

# **ACTUALIZACIONES EN SOBREPESO Y OBESIDAD**

**EPIDEMIOLOGIA EN ARGENTINA  
TERAPEUTICA  
LEY DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**CURSO ANUAL AUDITORIA MEDICA 2010  
HOSPITAL ALEMAN**

**AUTORES:**

**DRA. CLAUDIA ADAMO  
DRA. CAROLINA BAHAMONDE  
DRA. MARIA LAURA MANZANO**

# INDICE

- 03. INTRODUCCIÓN
- 06. SINTESIS DEL TRABAJO “Costos de la atención médica derivados del sobrepeso y la obesidad”
- 09. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE ARGENTINA
- 11. TERAPEUTICA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD
  - 12. PLAN ALIMENTARIO
  - 17. ACTIVIDAD FISICA
  - 18. PSICOTERAPIA
  - 19. FARMACOTERAPIA
  - 22. CIRUGIA BARIATRICA
- 26. LEY DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS
- 31. CONCLUSIONES
- 33. BIBLIOGRAFIA
- 35. ANEXO I: MEDIDAS POSIBLES PARA UNA PREVENCION EFECTIVA DE LA OBESIDAD
- 37. ANEXO II: TEXTOS COMPLETOS
  - LEY 26.396, DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS
  - DECRETO 1395/2008. Veto parcial de los artículos observados
  - DECRETO 1415/2008. Creación de la "Comisión Asesora para la Redacción de la Reglamentación de la Ley de Trastornos Alimentarios".
  - Resolución 742/2009 del Ministerio de Salud de la Nación. Reglamentación de la ley.

"La obesidad no es un problema con una única solución".  
Dr. Thomas G. Pickering

## INTRODUCCION

La OBESIDAD es una enfermedad crónica de origen multifactorial que se manifiesta por una alteración en la composición corporal caracterizada por un aumento del compartimiento graso. En la mayoría de los casos se acompaña de un incremento del peso corporal y supone un considerable aumento del riesgo de aparición de complicaciones o comorbilidades que afectan la calidad y la esperanza de vida.

A pesar de haber múltiples métodos para su evaluación, el método más utilizado es la medición del **Índice de Masa Corporal (IMC)** cuya fórmula es

$$\text{PESO} / \text{TALLA}^2$$

De esta manera:

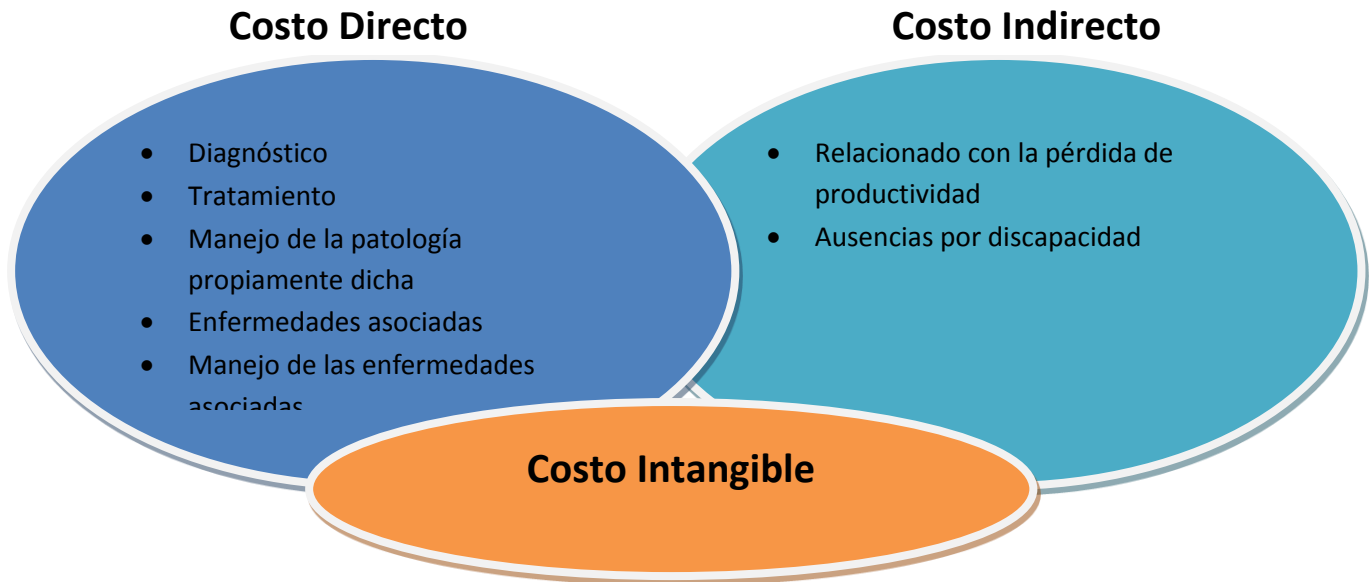
|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| IMC < 18.5      | BAJO PESO                 |
| IMC 18.5 – 24.9 | NORMOPESO                 |
| IMC 25 – 29.9   | SOBREPESO                 |
| IMC 30 – 34.9   | OBESIDAD LEVE             |
| IMC 35 – 39.9   | OBESIDAD MODERADA         |
| IMC 40 o >      | OBESIDAD SEVERA O MÓRBIDA |

Dado su alta y creciente prevalencia la **OMS** ha considerado a la obesidad como un **problema de la salud pública** de carácter mundial, catalogada como una **enfermedad crónica** que se caracteriza por presentar numerosas complicaciones. La ha considerado la "epidemia metabólica del siglo XXI".

Solo en Estados Unidos causa más de 350000 muertes por año y es un problema no solo médico, sino social de magnitud.

Los costos de esta enfermedad se pueden clasificar como:

- Costos Directos
- Costos Indirectos
- Costos Intangibles



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

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

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

No hemos podido encontrar información específica sobre los costos indirectos ni análisis de costo-efectividad en el tratamiento de estos trastornos.

En el año 2006 en este mismo curso se presentó un trabajo llamado “Costos de la atención médica derivados del sobrepeso y la obesidad” que presenta un enfoque completo sobre esta patología y sus consecuencias.

Tomando como base ese trabajo nos proponemos desarrollar algunos aspectos que nos parecen relevantes.

En primer lugar presentamos una síntesis de la monografía mencionada.

A continuación presentamos algunos datos epidemiológicos de nuestro país.

En tercer lugar desarrollamos aspectos del tratamiento del sobrepeso y la obesidad incluyendo la descripción de algunos cambios que se presentaron en la farmacopea en el último tiempo y el desarrollo de las distintas técnicas quirúrgicas.

Posteriormente describimos la Ley de Trastornos Alimentarios promulgada en el año 2008 y reglamentada por el Ministerio de Salud de la Nación por medio de la resolución 742/2009 que incorpora al PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO el conjunto de prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes.

Luego desarrollamos algunas conclusiones y, por último, a continuación de la bibliografía, presentamos dos anexos con información que nos parece accesoria para una mejor comprensión de los conceptos volcados en el trabajo. En el anexo I describimos algunas “Medidas posibles para una prevención efectiva de la obesidad” planteadas en la monografía aludida y en el anexo II transcribimos los textos completos de las leyes y decretos citados.

# SINTESIS DEL TRABAJO “Costos de la atención médica derivados del sobrepeso y la obesidad”

## INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso aumentan dramáticamente los riesgos de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y algunas formas de cáncer.

Según datos de Organización Mundial de la Salud, más de 1000 millones de personas adultas tienen sobrepeso y unos 300 millones son obesos.

Se considera que **la obesidad es hoy la segunda causa de muerte prevenible en todo el mundo detrás del tabaco.**

Los costos derivados de la falta de actividad física, el sobrepeso y la obesidad constituyen una porción significativa del total de los gastos médicos. En términos relativos, según un estudio conducido en Estados Unidos, la obesidad aumenta los costos de atención a la salud en un 37% y los de medicación en 77%, frente a los de una persona de peso normal.

[...]

La obesidad es el resultado de la interacción de factores genéticos, metabólicos, ambientales y conductuales (la dieta y la actividad física).

Los pacientes con **obesidad mórbida** son los que poseen **mayor riesgo** de padecer **enfermedades serias, debilitantes y progresivas y una menor expectativa de vida**. La obesidad mórbida se asocia a la aparición de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, problemas respiratorios, litiasis vesicular, incontinencia urinaria, edemas en miembros inferiores, úlceras vasculares, reflujo gastroesofágico, accidentes cerebrovasculares, infertilidad, ciertos tipos de cáncer, etc.

Las complicaciones de la obesidad no se limitan a los problemas fisiológicos. Es muy común que las personas obesas sufran distintos trastornos psicológicos, como depresión, baja autoestima y desórdenes de la alimentación.

## TRATAMIENTO

Todas las evidencias científicas indican que incluso una modesta reducción de peso, de un 5 a un 10%, resulta en significativos beneficios para la salud.

Un tratamiento efectivo contra la obesidad requiere una variedad de estrategias que incluye la prevención de evitar mayor aumento de peso, tratar las complicaciones, y lograr un descenso de peso.

Los mejores resultados han sido obtenidos a partir de programas multidisciplinarios, que combinan distintos acercamientos.

✂ **Terapia Cognitiva Conductual:** ha sido usada en el control de la obesidad bajo el supuesto que es una “enfermedad del aprendizaje”, que es posible controlar a través de un “re-aprendizaje”. La educación terapéutica, apunta a transferir al paciente el conocimiento, las herramientas y la responsabilidad para que pueda ajustar las recomendaciones médicas a sus propias circunstancias.

✂ **Actividad Física:** el ejercicio es esencial para una vida saludable. El ejercicio aeróbico, como la caminata diaria durante 30 minutos es el complemento ideal para un plan de descenso de peso.

∩ **Medicación:** el tratamiento en adultos utilizando drogas ha demostrado una reducción significativa de peso aunque requiere ser combinada con otros métodos. El **orlistat** inhibe irreversiblemente la lipasa gástrica y pancreática, reduciendo la absorción de grasas a nivel intestinal en un 30%. La **sibutramina** es un inhibidor de la recaptación de monoaminas, actúa suprimiendo el apetito de una forma similar a los inhibidores de la recaptación de serotonina. Estos dos agentes son los únicos aprobados por la FDA para el tratamiento crónico de la obesidad. Actualmente existe estudios de investigación en el desarrollo de una nueva droga, **Rimonabant**, cuyo mecanismo es el bloqueo selectivo de los receptores de cannabis en el cerebro y fue descubierto después de que los científicos decidieran investigar porqué los fumadores de marihuana desarrollaban ese apetito feroz que a menudo acompaña el fumar la droga. Los primeros resultados presentados en Nueva Orleans, mostraron que entre 1036 pacientes con sobrepeso tratados durante un año en Canadá, aquellos que recibían la dosis más alta de rimonabant perdían un promedio de 8,6 kilos, comparados con los 2,3 kilos que bajaban quienes recibían placebos. Parece muy prometedora pero todavía se encuentra en fase III.

∩ **Cirugía:** La Organización Mundial de la Salud recomienda la cirugía para aquellos obesos mórbidos que no hayan tenido éxito con los tratamientos tradicionales, cuya salud está en riesgo a causa de la obesidad.

En caso de existir enfermedades serias vinculadas a la obesidad -y ante el fracaso de otros métodos- puede considerarse la posibilidad de cirugía para un paciente con IMC 35-39.9.

Debe tenerse en cuenta que cualquier cirugía conlleva riesgos de complicaciones y en el caso de pacientes con obesidad mórbida estos riesgos son mayores que en población no obesa. Es por esto que los pacientes a ser considerados para cirugía bariátrica deben pasar por una minuciosa evaluación de los riesgos quirúrgicos.

Debido a que los cambios inducidos por la cirugía son muchos y de importancia, el paciente debe además conocer y asumir los cambios de alimentación y comportamiento que deberá poner en práctica después de la cirugía.

A través de la cirugía bariátrica, los pacientes pueden alcanzar una pérdida de sobrepeso del 50 al 75 %. La morbilidad en la cirugía bariátrica es < 10 % mientras que la mortalidad es < 1%.

**En la Argentina, con cerca de 360.000 obesos mórbidos, la obesidad no está considerada como una enfermedad y por lo tanto, la cirugía no forma parte de las prestaciones obligatorias de obras sociales. Muchos intentos se están realizando para generar la ley que incluya la obesidad como enfermedad dentro del Plan Médico Obligatorio.** (Esto ha sido modificado en el año 2009 como desarrollaremos más adelante)

#### PREVENCION DE LA OBESIDAD

Es posible diseñar y poner en práctica intervenciones que promuevan el desarrollo y reduzcan las desigualdades con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Una alimentación suficiente, sana y variada no sólo previene la malnutrición sino que además reduce el riesgo de enfermedades crónicas. La clave de una prevención efectiva puede sintetizarse en una consigna: hacer que las opciones saludables sean las más accesibles.

#### MEDIDAS POSIBLES PARA UNA PREVENCION EFECTIVA DE OBESIDAD

En este punto la monografía propone una serie muy interesante de medidas destinadas a disminuir el impacto de la obesidad en la población que excede a los objetivos de nuestro trabajo pero por considerarlas de gran interés adjuntamos en forma de anexo (Ver anexo I)

## CONCLUSIONES

La obesidad ha alcanzado las proporciones de una *EPIDEMIA* mundial.

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

Los mayores gastos incluyen costos de medicamentos para las patologías asociadas a la obesidad y costos de internación.

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

La prevención será la mejor forma de economizar gastos futuros, mejorar la calidad de vida de los individuos afectados, evitar miles de muertes prematuras, disminuir efectos económicos negativos importantes subestimados en la actualidad por familias, comunidades, sistemas de salud pública y privados y, en definitiva, por la sociedad en general.

Surge así la urgente necesidad de integración entre la salud pública, laboral y privada para desarrollar programas multidisciplinarios tendientes a enfrentar esta nueva epidemia.

Es indispensable que todos los sectores participen activamente para lograr prevenir o revertir la situación actual.

# DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ARGENTINA

En las ciudades de Venado Tuerto, Deán Funes, Oncativo y Pehuajó se realizaron, entre 1998 y 2000, estudios epidemiológicos donde se obtuvieron los siguientes datos de prevalencias: obesidad 25.95%, diabetes 6.97%, hipertensión arterial 36%, hiperlipidemia 30.62%.

Estas cifras se correlacionan de manera bastante adecuada con los datos epidemiológicos mundiales.

El **Ministerio de Salud de Argentina** realizó entre 2005 y 2006 una encuesta llamada **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)** que mostró que el 49.1% de la población presentó exceso de peso (34.5% sobrepeso y 14.6% obesidad).

Los autores del informe sobre esta encuesta concluyen:

- La prevalencia de exceso de peso fue mayor en la Región Patagónica.
- La relación observada entre grupos de sexo y edad es similar a la reportada en estudios epidemiológicos, donde también se observa un aumento de la prevalencia con el aumento de la edad y en hombres.
- A menor nivel educativo y menor nivel de ingresos mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, esta asociación no fue homogénea en todas las provincias para el ingreso, en especial para provincias con menor nivel de ingreso. Aunque son necesarios estudios especialmente diseñados para evaluar esta situación, una posible relación causal sería la elevada prevalencia de inactividad física y el bajo consumo de frutas y verduras.
- En otros países las estimaciones obtenidas fueron similares o algo mayores. En Brasil la prevalencia de sobrepeso en adultos (IMC > 25) fue entre 23 y 30%. Chile reportó una prevalencia de obesidad (IMC > 30) de 21,9%. En Estados Unidos la prevalencia de obesidad es 29,5%.
- **Aunque intentáramos reducir el impacto del sobrepeso y obesidad en la salud poblacional a través del sistema de salud, el alcance de las intervenciones sería limitado. Los tratamientos para reducir de peso son complejos, costosos y a menudo no muy efectivos a mediano plazo.**
- La reducción de peso ha demostrado mejorar el nivel de diversos factores de riesgo y condiciones, aunque no contamos todavía con evidencia sobre el impacto de intervenciones de reducción de peso en puntos finales clínicos.
- En este contexto, **las estrategias de promoción de la salud se imponen como herramientas fundamentales para detener el avance de esta condición.**

- El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con algunas herramientas para implementar estas políticas, como la ley nacional nro. 25.724 “Programa de Nutrición y Alimentación Nacional”, aunque esta ley está orientada en especial a garantizar el derecho a la alimentación, en especial en niños hasta 14 años, mujeres embarazadas y ancianos en situación de pobreza, con foco en los requerimientos nutricionales y seguridad alimentaria, pero sin herramientas específicas en relación a la alimentación saludable.
- En relación al rotulado de alimentos, en agosto de 2006 entró en vigencia para todo el Mercosur (MERCOSUR \GMC\ RES N° 18/94) la obligatoriedad del rotulado nutricional, que constituye una herramienta útil para empoderar a los consumidores a realizar elecciones saludables. Sin embargo, esta intervención aislada no logrará cambiar sustancialmente el nivel de consumo si no se acompaña de otras medidas.
- El Ministerio de Salud de la Nación participa de la conformación del Código Alimentario Argentino, creado a partir de la ley 18284, a través del cual es posible regular los contenidos de los alimentos. Las modificaciones del código alimentario requerirán no sólo una evaluación de su impacto en términos de salud, sino la participación activa de la industria alimentaria y la sociedad en su conjunto.

Nos resulta llamativa la diferencia que hay entre los datos de los estudios regionales con una prevalencia global de obesidad de casi 26% con el 15%, aproximadamente, de la ENFR. Pensamos que esto podría relacionarse con diferencias metodológicas surgidas en el hecho de que ambos grupos de estudios fueron realizados con encuestas a los habitantes y no por medición directa de índices antropométricos, entre otros factores.

Independientemente de estas diferencias estos datos tienen el valor de ser la única información disponible en nuestro país y conforman el paso inicial para ir desarrollando estudios epidemiológicos locales de calidad creciente.

# TERAPEUTICA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

No tratar el sobrepeso con todos los recursos posibles puede considerarse iatrogenia, ya que se sabe que en 10 años una gran proporción de obesos “sanos” tendrá una enorme posibilidad de padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, o enfermedad cardiovascular que se podrían haber previsto y evitado.

Los 5 pilares del tratamiento son:

1. PLAN ALIMENTARIO
2. ACTIVIDAD FISICA
3. PSICOTERAPIA
4. FARMACOTERAPIA
5. CIRUGIA BARIATRICA

## INDICACIONES

Cuando el IMC es  $> 30$  o el IMC es  $> 25$  y se asocia a

- Factores de riesgo de otras patologías metabólicas
- Hipertrofia del ventrículo izquierdo
- Hipoventilación alveolar y apnea de sueño
- Enfermedades articulares: artrosis bilateral de rodillas o caderas
- Antecedentes familiares de carcinoma de endometrio
- Insuficiencia venosa moderada o severa
- Problemas psicológicos vinculados con desadaptación social
- Exceso de peso en el embarazo

## OBJETIVOS

OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL PESO:

- Reducir del 8% al 15% del peso inicial y mantener esa pérdida entre 1 y 2 años.
- A partir del 10% al 15% su primer prioridad pasa a ser no recuperar peso y la segunda, el intento de seguir con el descenso ponderal.

OBJETIVOS GENERALES:

- Lograr una adecuada aptitud metabólica, como normalizar la presión arterial, corregir las dislipemias, disminuir la insulinoresistencia, mejorar la homeostasis glucosa-insulina.
- Lograr que el paciente incorpore pautas permanentes en cuanto a comer cuidadosa y moderadamente, aprender a seleccionar sus alimentos.

- Lograr individuos físicamente activos y mejorar la relación con el propio cuerpo.

#### PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS ES IMPORTANTE:

- Reconocer que la obesidad es heterogénea. Algunas de sus formas son claramente patológicas y requieren tratamiento.
- Verificar que el tratamiento de la obesidad es posible.
- Apreiciar que el llamado “fracaso” es más bien el error en la fijación de los objetivos del tratamiento.
- Señalar que el objetivo final del tratamiento de la obesidad es que el paciente incorpore pautas adecuadas de alimentación y sea físicamente sano.
- Confirmar que no se concibe un tratamiento de obesidad sin balance negativo de calorías, es decir, comer menos calorías cada día que las requeridas para el Gasto Energético. Como de todos modos las calorías hay que gastarlas, la única opción es utilizar las calorías de reserva del tejido adiposo. Eso se llama adelgazar.
- Tener presente el dilema entre la demanda del paciente y la propuesta del profesional.
- Adherencia al tratamiento.

#### **BENEFICIOS DE LA PERDIDA DE PESO**

MORTALIDAD: 20-25% disminución de la mortalidad total

30-40% disminución de las muertes asociadas con diabetes

40-50% disminución de muertes relacionadas con cáncer.

TA: Reducción de aproximadamente 10 mm de Hg en PA sistólica y diastólica.

DIABETES: Reduce el riesgo de desarrollar Diabetes en un 50%

Reduce 30-50% la glucemia en ayunas

Reduce 15 % la Hemoglobina glicosilada

LIPIDOS: Disminución del 10% del colesterol total

Disminución del 15% de LDL

Disminución del 30% de los triglicéridos

Aumento del 8 % de HDL.

PSIQUIS: Mejora la autoestima, la imagen corporal y disminuye la discriminación laboral.

CANCER: Disminuye el riesgo de aparición de cáncer de mama y colon.

APARATO OSTEOARTICULAR: Disminuyen las afecciones articulares crónicas.

#### **1. PLAN ALIMENTARIO**

El tratamiento médico nutricional es la piedra angular de la terapéutica para todas las personas obesas porque las prácticas dietéticas adecuadas disminuyen todos sus riesgos y tienen el potencial de reestablecer una esperanza de vida normal.

Las Guías alimentarias constituyen una herramienta fundamental para lograr un adecuado diseño del plan dietoterápico, promover hábitos de vida saludables y prevenir enfermedades.

Son formuladas en términos de mensajes positivos destinados a la población y comunicados a través de representaciones gráficas.

Incluyen los grupos de alimentos en proporciones óptimas para la población a la cual están destinadas.

En 1992 el departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA) publicó la pirámide alimentaria que comunicaba tres conceptos claves: variedad, proporcionalidad y moderación. La forma de la pirámide es probablemente la forma más clara para jerarquizar los grupos de alimentos, existe gran variedad de ellas en el mundo.

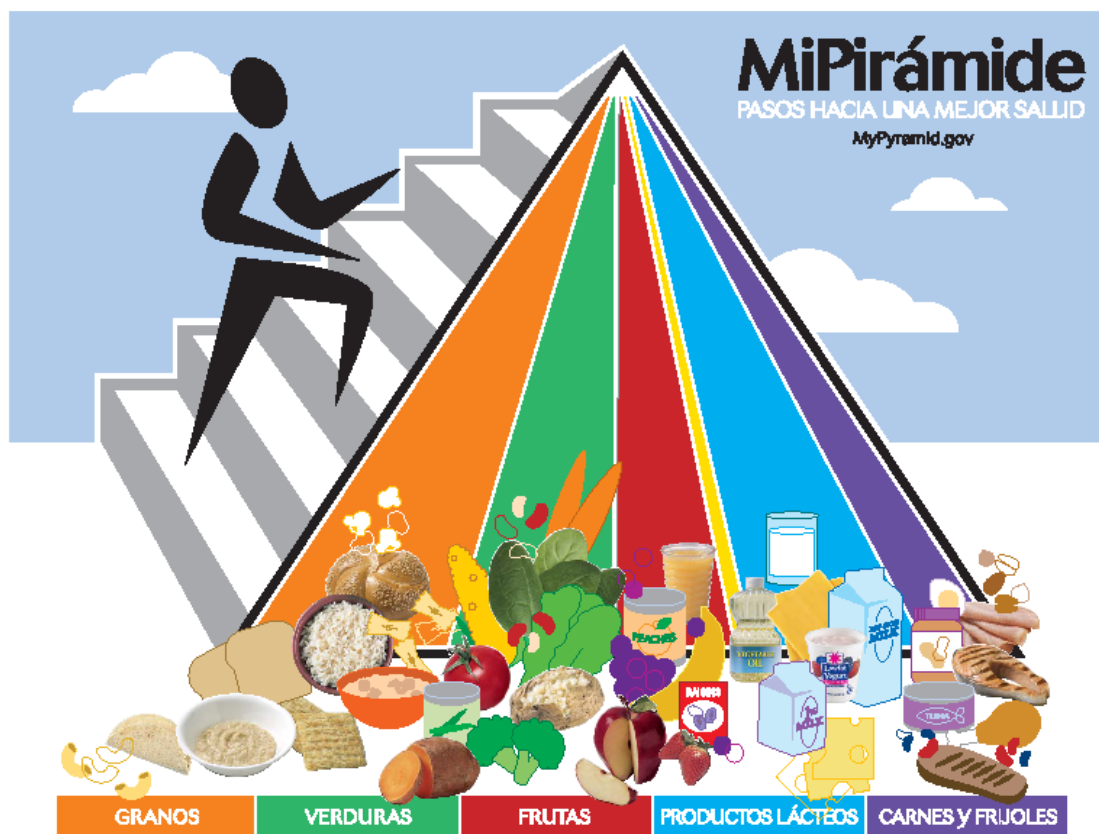
Pirámide alimentaria; USDA 1992



Esta pirámide fue extraída del sitio de la USDA y traducida por [www.nutrinfo.com.ar](http://www.nutrinfo.com.ar)

La nueva recomendación, llamada “Mi pirámide” anima al público a adaptar su dieta y su actividad física conforme a 12 modelos elaborados a partir de las necesidades calóricas específicas y diversos niveles de ejercicio físico.

Dentro de la nueva pirámide los grupos alimenticios están representados por varias bandas verticales, con los colores del arco iris, que descienden desde la cúspide hasta la base. Las bandas son más anchas para los granos, las hortalizas, los productos lácteos y las frutas.



| <b>GRANOS</b><br>Consuma la mitad en granos integrales   | <b>VERDURAS</b><br>Varíe las verduras   | <b>FRUTAS</b><br>Enfóque en las frutas  | <b>PRODUCTOS LÁCTEOS</b><br>Come alimentos ricos en calcio   | <b>CARNES Y FRIJOLES</b><br>Elija proteínas bajas en grasas  |
|--|---|---|--|--|
| <p>Consuma al menos 3 onzas de cereales, panes, galletas, arroz o pasta provenientes de granos integrales todos los días.</p> <p>Una onza es, aproximadamente, 1 rebanada de pan, 1 taza de cereales para el desayuno ó 1/2 taza de arroz, cereal o pasta cocidos.</p> | <p>Consuma mayor cantidad de verduras de color verde oscuro como el brócoli, la espinaca y otras verduras de color verde oscuro.</p> <p>Consuma mayor cantidad de verduras de color naranja como zanahorias y batatas.</p> <p>Consuma mayor cantidad de frijoles y guisantes secos como frijoles pinto, colorados y lentejas.</p> | <p>Consuma una variedad de frutas.</p> <p>Elija frutas frescas, congeladas, enlatadas o secas.</p> <p>No tome mucha cantidad de jugo de frutas.</p> | <p>Al elegir leche, opte por leche, yogur y otros productos lácteos descremados o bajos en contenido graso.</p> <p>En caso de que no consuma o no pueda consumir leche, elija productos sin lactosa u otra fuente de calcio como alimentos y bebidas fortificados.</p> | <p>Elija carnes y aves de bajo contenido graso o magras.</p> <p>Cocínelas al horno, a la plancha o a la parrilla.</p> <p>Varíe la rutina de proteínas que consume – consuma mayor cantidad de pescado, frijoles, guisantes, nueces y semillas.</p> |

En una dieta de 2.000 calorías, necesita consumir las siguientes cantidades de cada grupo de alimentos. Para consultar las cantidades correctas para usted, visite [MyPyramid.gov](http://MyPyramid.gov).

|                       |                           |                       |   |                           |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---|---------------------------|
| Coma 6 onzas cada día | Coma 2 1/2 tazas cada día | Coma 2 tazas cada día | Coma 3 tazas cada día; para niños edades 2-8, 2 tazas | Coma 5 1/2 onzas cada día |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---|---------------------------|

#### Encuentre el equilibrio entre lo que come y su actividad física

- Asegúrese de mantenerse dentro de sus necesidades calóricas diarias.
- Manténgase físicamente activo por lo menos durante 30 minutos la mayoría de los días de la semana.
- Es posible que necesite alrededor de 60 minutos diarios de actividad física para evitar subir de peso.
- Para mantener la pérdida de peso, se necesitan al menos entre 60 y 80 minutos diarios de actividad física.
- Los niños y adolescentes deberían estar físicamente activos durante 60 minutos todos los días o la mayoría de los días.



#### Conozca los límites de las grasas, los azúcares y la sal (sodio)

- Trate de que la mayor parte de su fuente de grasas provenga del pescado, las nueces y los aceites vegetales.
- Límite las grasas sólidas como la mantequilla, la margarina, la manteca vegetal y la manteca de cerdo, así como los alimentos que los contienen.
- Verifique las etiquetas de Datos Nutricionales para mantener bajo el nivel de grasas saturadas, grasas trans y sodio.
- Elija alimentos y bebidas con un nivel bajo de azúcares agregados. Los azúcares agregados aportan calorías con pocos o ningún nutriente.



U.S. Department of Agriculture  
 Center for Nutrition Policy and Promotion  
 Septiembre de 2005  
 CNPP-15-5



USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.

## Guías Alimentarias Argentina 2000

Su objetivo principal es aumentar el consumo de alimentos variados, corregir los hábitos alimentarios perjudiciales y reforzar aquellos adecuados para mantener la salud. Estas se acompañan de una gráfica “la gráfica de la alimentación saludable” para reflejar cuatros aspectos fundamentales en la alimentación cotidiana:

- Consumir una amplia variedad de alimentos
- Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día
- Consumir una proporción adecuada de cada grupo
- Elegir agua potable para beber y preparar los alimentos

La gráfica pretende transmitir la idea de que la alimentación diaria puede ser planificada adecuadamente sin ser esquemática. Está formada por 6 grupos de alimentos fuentes.



En términos generales e independientemente de las variables propuestas en los distintos modelos de pirámides hay consenso en que el plan alimentario en el tratamiento de la obesidad debe ser:

- Completo en sus principios nutritivos
- Moderado o bajo en grasas, las cuales deben cubrir entre 22% y 28% del valor calórico total (VCT)
- 50% de las proteínas deberán ser de alto valor biológico
- Bajo en azúcares simples y alto en fibras.

### **TIPOS DE PLANES DE ALIMENTACION**

- ✓ Plan balanceado, moderado en calorías, hipograso y fraccionado: Aporta más de 1200 Kcal/día. Es muy útil en la reeducación alimentaria. Es particularmente útil en el mediano y largo plazo y permite que el paciente se instale en el plan.
- ✓ Plan de bajas calorías: Aporta entre 900 y 1200 Kcal/día. Se procura cumplir con los requerimientos de proteínas de alto valor biológico, vitaminas y minerales. Estos planes son importantes en una primera etapa de tratamiento, cuando se cuenta con una fuerte motivación del paciente.
- ✓ Plan de muy bajo valor calórico: para uso especializado, aporta menos de 800 Kcal/día. Deben ser suplementados con vitaminas y minerales. Estos planes debieran reservarse para ciertas ocasiones médicas muy precisas (cirugías, alto requerimiento insulínico en paciente diabético).

## **2. ACTIVIDAD FISICA**

La actividad física se puede definir en forma simple como toda actividad corporal realizada o no en ocio, que deriva en un aumento del gasto en relación con el reposo. Puede también definirse como una acción que involucra la masa muscular y produce una consiguiente elevación en el metabolismo energético.

Los beneficios de la actividad física adecuada son: aumenta el gasto energético, mejora el nivel de glucemia por aumento del consumo, disminuye la concentración basal y postprandial de insulina, aumenta la respuesta de los tejidos a la insulina, mejora la hemoglobina glicosilada, mejora el perfil lipídico, contribuye a disminuir la tensión arterial, detiene la salida de calcio de los huesos, mejora la circulación, mejora la dinámica respiratoria, aumenta la autoestima, disminuye la liberación de catecolaminas, aumenta liberación de endorfinas.

## PRESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

El objetivo del ejercicio es provocar cambios intracelulares que consistan básicamente en modificación (por lo general aumento) de la síntesis de proteínas funcionales y estructurales, que son las responsables de mejorar la capacidad funcional del músculo. Esto en definitiva significa una buena capacidad de metabolizar grasas y azúcares.

Antes de la actividad física es fundamental una evaluación clínica exhaustiva que incluya los siguientes aspectos:

- Examen clínico general
- Examen oftalmológico (fondo de ojo)
- Examen osteoarticular
- Examen neurológico
- Examen cardiovascular
- Laboratorio

### **Plan de programa aeróbico de ejercicio**

Hacer ejercicios aerobicos 3-5 veces por semana durante 20-60 minutos, dependiendo de su nivel de condición física. Esto incluye un caminar enérgico, andar en bicicleta, nadar, o subir las escaleras. En personas sedentarias se puede recomendar: bailar, nadar, lavar el auto, subir las escaleras, paseos, juegos activos con niños, etc.

## **3. PSICOTERAPIA**

Hasta el momento ningún estudio ha revelado una personalidad o un trastorno propio del obeso.

Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras, interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona. Estas características pueden o no estar presentes en el individuo obeso y no son patognomónicas de la obesidad.

Sin embargo son de fundamental importancia a la hora de planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado además de no permitir un compromiso adecuado.

Al no existir claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc). Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que los profesionales tratantes deben proveer de apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente.

El tratamiento debe ser integral para facilitar no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un **fortalecimiento interno básico**.

Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.

#### **4. FARMACOTERAPIA**

Parece evidente que añadir fármacos a los pilares iniciales del tratamiento (plan de alimentación, actividad física, técnicas conductuales) resulte con frecuencia no solo lógico sino necesario.

A pesar de ello existe una llamativa ausencia de medicamentos para tratar la obesidad. Las razones son diversas, algunas sin duda relacionadas con la complejidad del problema: la obesidad está multideterminada, por lo que es difícil hallar un agente que de por si sea eficaz.

No obstante, la mayoría de los medicamentos que se utilizan no son más o menos peligrosos que cualquier otro empleado en los tratamientos de diversas patologías.

##### **Barreras para el uso de fármacos en la obesidad**

- Creencia por parte de la población de que la obesidad es una muestra de falta de voluntad.
- Creencia médica de que los fármacos deberían curar la obesidad y que el no lograrlo demuestra su inutilidad.
- Regulaciones rígidas en muchos países que limitan su uso a unas pocas semanas.
- Sanciones a médicos que la utilizan.
- Fondos limitados para la investigación clínica.

## **Historia de la intervención farmacológica en la obesidad**

Luego de varios intentos infructuosos a principios de siglo XX debido a efectos adversos inaceptables en 1937 se redescubre un derivado de una planta que se utilizaba en China desde hacía 7000 años: la Ephedra sínica y la Ephedra mayor. Esta nueva sustancia se llamó ANFETAMINA (es una de las feniletilaminas o FEA). Entre sus efectos se encuentran el aumento del estado de alerta y la iniciativa, supresión del apetito, mejoría del ánimo y la confianza y disminución del sueño y la fatiga. No obstante comenzaron a relatarse numerosos casos de adicción a estas drogas con resultados a veces fatales. Finalmente su prescripción fue prohibida en la lista IV (receta simple archivada) y pasó a la lista II (recetario oficial triplicado del Ministerio de Salud Pública) en 1979. A partir de su descubrimiento se desarrollaron varios derivados y otras sustancias afines (incluido en 1947 la aprobación del Mazindol por la FDA) en un intento de potenciar sus efectos benéficos y minimizar sus efectos adversos. Anfetamina y mazindol se siguen utilizando en el mundo entero en la actualidad aunque cada vez menos debido a los efectos adversos que presentan.

En los últimos años se introdujeron la Sibutramina, una molécula con doble acción, serotoninérgica y catecolamínica y el Orlistat, el fármaco más importante con acción periférica disponible hasta hoy.

En el año 2004 aparece un antagonista de los receptores cannabinoides, el Rimonabant.

El balance histórico deja la idea de la dificultad que existe para acercarse a lo que podrá llamarse el "fármaco ideal".

## **ORLISTAT**

Aprobada en 1999 por la FDA.

Es un inhibidor de la lipasa gastrointestinal producido por el *Streptomyces toxytricini* que se utiliza para el tratamiento de la obesidad y el mantenimiento del peso en conjunción con una dieta hipocalórica.

Está indicado en pacientes con un IMC > 30 o > 27 si adicionalmente están presentes otros factores de riesgo (hipertensión, diabetes o dislipidemia).

Mecanismo de acción: produce una pérdida de peso mediante la inhibición de la absorción de grasas. Con las dosis recomendadas de 120 mg de orlistat 3 veces al día, la absorción de grasas se reduce en un 30%.

Está contraindicado en pacientes con colestasis y síndrome de malabsorción crónica. Contraindicaciones relativas: pacientes con anorexia nerviosa o bulimia, pacientes con historia de nefrolitiasis por oxalato de calcio con hiperoxaluria. No está demostrada su seguridad en lactancia y embarazo por lo que no se recomienda su uso.

## **INTERACCIONES**

Reduce la absorción de vitaminas liposolubles por lo que recomiendan un suplemento de ellas.

Puede disminuir la absorción de los siguientes fármacos: acitretina, bexaroteno, calcifediol, calcitriol, dihidrotaquisterol, doxercalciferol, ergocalciferol, vitamina D2, isotretinoína, y tretinoína.

Se recomienda precaución en el uso de orlistat en pacientes tratados con: anticoagulantes orales, ciclosporina, sulfonilureas.

No se han observado interacciones en sujetos normales tratados con orlistat y contraceptivos orales, digoxina, nifedipina de acción prolongada y fenitoina. El alcohol tampoco altera los efectos del orlistat.

#### REACCIONES ADVERSAS

Los efectos secundarios más frecuentes son los gastrointestinales. Entre ellos se incluyen flatulencia, urgencia fecal, incontinencia fecal, esteatorrea, manchas aceitosas y aumento de las defecaciones. En general estas reacciones adversas fueron ligeras o moderadas y de una duración de menos de una semana en el 50% de los casos.

Otros efectos secundarios observados con menor frecuencia fueron: dolor abdominal, náusea/vómitos, diarrea infecciosa, gingivitis, dolor de espalda, artritis, mialgia, dismenorrea y fatiga.

#### SIBUTRAMINA

Suspendida por ANMAT el 19/10/2010.

La sibutramina es una droga aprobada por la FDA a principios de 1999 para el tratamiento prolongado de la obesidad. Presentado como un supresor no anfetamínico del apetito.

Su acción farmacológica consiste en la inhibición de la recaptación de serotonina, dopamina y norepinefrina a través de sus dos metabolitos activos, provocando de esta manera un estímulo prolongado sobre el centro de saciedad, disminuyendo el apetito del paciente tratado, y generando -en forma paralela- un aumento en el gasto de energía. Por otro lado esto provoca aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

El 19/10/2010 ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología, agencia reguladora de nuestro país) publica la suspensión de la comercialización y uso de todas las especialidades medicinales que contengan en su formulación la droga sibutramina como consecuencia de los reportes recibidos de eventos cardiovasculares.

En el mes de septiembre próximo pasado, la revista New England Journal of Medicine publicó los resultados del estudio de seguridad SCOUT, realizado en una población de pacientes con sobrepeso u obesidad con antecedentes de enfermedad cardiovascular preexistente y/o diabetes mellitus tipo II. Este estudio demostró, en el grupo que recibió sibutramina, un aumento del 16% del riesgo de **eventos serios cardiovasculares** (incluyendo infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal, reanimación después de episodios de paro cardíaco y muerte) en comparación con el que recibió placebo.

En base a los resultados parciales de este estudio la agencia europea de medicamentos (EMA) decidió suspender la comercialización de sibutramina

en ese continente. Con posterioridad la FDA (Food and Drug Administration, agencia regulatoria de Estados Unidos) anunció el retiro del mercado de la droga, debido al riesgo aumentado de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

### **RIMONABANT**

Suspendido por ANMAT el 24/10/2008.

Este medicamento estuvo autorizado en Argentina al igual que en la Unión Europea para el tratamiento de pacientes obesos o pacientes con sobrepeso con factores de riesgo asociados, en combinación con una dieta y la realización de ejercicio físico.

Durante el año 2007 se detectaron eventos adversos en relación a que la toma del medicamento podía estar asociada a la aparición de serios desordenes psiquiátricos y requerían entonces de una vigilancia intensiva. Como resultado de esas acciones de vigilancia, se detectaron 47 notificaciones de efectos adversos, de los cuales, nueve, fueron serios y estaban asociados a alteraciones psiquiátricas severas como suicidio, ansiedad y ataques de pánico.

A raíz de estos hallazgos EMEA comunicó que los resultados del análisis de datos sobre la seguridad de los medicamentos conteniendo RIMONABANT, confirmaban una negativa relación beneficio-riesgo para la población indicada y decidió la suspensión de la comercialización de este medicamento, tomando ANMAT la misma decisión.

### **OTROS FARMACOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

Además de los medicamentos de acción específica, actualmente se utilizan también otros fármacos de acción central y efecto indirecto sobre la disminución de peso. Son ejemplos de estos fármacos: fluoxetina, topiramato, paroxetina, venlafaxina, sertralina.

## **5. CIRUGIA BARIATRICA**

La cirugía bariátrica nació en la década de 1950, cuando se desarrollaron las primeras intervenciones quirúrgicas dirigidas a la pérdida de peso. Las técnicas iniciales como la derivación yeyunoileal y la derivación yeyunocolónica causaban una rápida pérdida de peso, por lo que adquirieron gran popularidad. Con el paso del tiempo, la mayoría de los pacientes desarrollaron diversas y muy variadas complicaciones, de modo que fue necesario buscar nuevas alternativas quirúrgicas que lograran una buena pérdida de peso evitando el riesgo de padecer las alteraciones metabólicas de estos procedimientos.

Con esto en mente, a mediados de la década de 1960 se desarrollaron las primeras versiones del *bypass* gástrico, logrando muy buenos resultados con un número aceptable de complicaciones.

## TECNICAS QUIRURGICAS ACTUALES

Las cirugías bariátricas pueden dividirse en **RESTRICTIVAS, MALABSORTIVAS Y MIXTAS.**

**Las restrictivas** son aquellas que limitan la capacidad gástrica y de esta manera el paciente pierde peso al ingerir menos alimento, ejemplo de estas son el balón intragástrico, la banda gástrica, la gastroplastia vertical y el marcapasos gástrico.

Las técnicas **malabsortivas** tienden a disminuir la absorción de determinado tipo de nutrientes cambiando por medios quirúrgicos el trayecto de las secreciones biliares y pancreáticas y su unión con los alimentos. La "derivación bilio pancreática" y el cruce duodenal son ejemplos de estas técnicas **netamente malabsortivas.**

El **By pass gástrico**, considerado por mucho el estándar de oro en la cirugía bariátrica utiliza una parte restrictiva y otra malabsortiva.

Se ha discutido mucho sobre la cirugía bariátrica y un buen número de expertos considera que aún no se ha ideado un procedimiento ideal, libre de eventuales problemas y complicaciones.

A continuación vamos a describir aspectos técnicos de los dos procedimientos incluidos en el Plan Médico Obligatorio (banda gástrica y by-pass gástrico) y otros dos no contemplados en la ley. La manga gástrica es un procedimiento prometedor en desarrollo y la cirugía de revisión es útil en caso de fallo de cirugía.

### BANDA GASTRICA AJUSTABLE LAPAROSCÓPICA

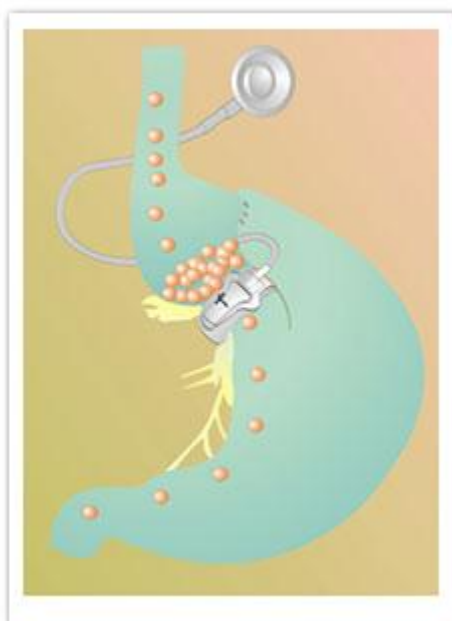
*Tipo de cirugía: Restrictiva*

#### **Descripción:**

La banda gástrica ajustable consiste en la colocación, utilizando cirugía laparoscópica de un dispositivo que se coloca alrededor del estómago y este posee un balón que a su vez se puede ajustar a través de una válvula (puerto) que queda en la pared abdominal del paciente. De esta forma el dispositivo limita la cantidad de alimentos produciendo saciedad y hasta malestar cada vez que el paciente come en una proporción no permitida.

#### **Ventajas:**

- a) No altera la anatomía gástrica en forma importante.
- b) Reversible.
- c) Técnicamente más rápida.



**Desventajas:**

- Requiere de ajustes para su funcionamiento apropiado.
- No se logra un porcentaje de pérdida de peso superior a un 50% del exceso.

**Complicaciones:**

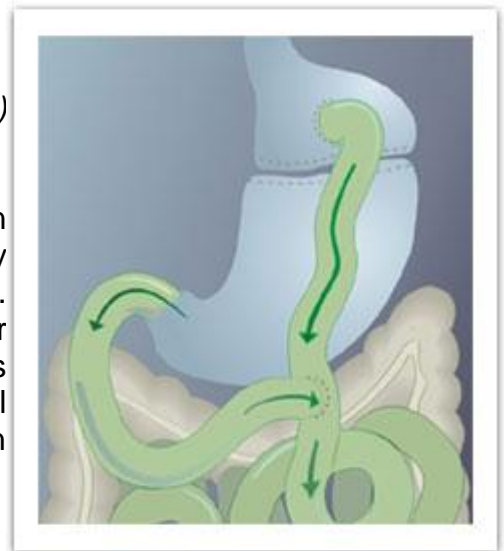
- Deslizamiento
- Perforación gástrica
- Erosión gástrica
- Vómitos
- Imposibilidad de producir restricción
- Imposibilidad para colocarla

**BY PASS GASTRO-YEYUNAL  
LAPAROSCÓPICO**

*Tipo de cirugía: mixta (restrictiva y malabsortiva)*

**Descripción:**

El By pass gástrico laparoscópico consiste en reducir el tamaño gástrico cortando el estómago y dejando un reservorio de aproximadamente 30 ml. Luego se divide el intestino delgado para formar una "y" y así cambiar el curso de las secreciones biliopancreáticas y además unir esta "y" al reservorio gástrico para que el alimento siga por un curso diferente.



Una vez realizada la cirugía el paciente debe someterse a dietas específicas y suplementos vitamínicos para poder lograr un descenso de peso con adecuada nutrición.

**Ventajas:**

- a) Una vez realizado no requiere de ajustes, pero sí de un control periódico.
- b) Es considerado el estándar de la cirugía bariátrica pues se logran muy buenos resultados en el descenso de peso (aproximadamente 80 % del exceso).

**Desventajas:**

- Posibilidad de complicaciones quirúrgicas
- Vómitos ocasionales
- Pueden requerirse reintervenciones quirúrgicas
- Alteración irreversible de la anatomía gastrointestinal
- Requiere suplir con vitaminas en el post quirúrgico

**Complicaciones:**

- Sangrado trans y pos quirúrgicos
- "Fugas" anastomóticas
- Hernia interna
- Obstrucción intestinal
- Embolismo pulmonar

- Síndrome de distress respiratorio del obeso
- Muerte

## **GASTRECTOMÍA TUBULAR O MANGA GÁSTRICA (sleeve gastrectomy)**

*Tipo de procedimiento: Restrictivo*

Este tipo de operación se ha popularizado recientemente, consiste en una gastrectomía utilizando la laparoscopia que reseca una gran área del estómago que se encarga de producir una hormona llamada Grelina que es la hormona del apetito. La resección gástrica se realiza con endocortadoras quirúrgicas realizando un reservorio gástrico de forma tubular que produce restricción al paso del alimento. Los resultados de esta técnica se comparan bastante a los resultados del by pass gástrico y puede ser usada como cirugía de primer paso en pacientes con superobesidad.

## **CIRUGÍAS DE REVISIÓN**

La cirugía de revisión, se refiere a cirugías en pacientes que ya tienen un procedimiento bariátrico que por alguna razón ha fallado.

# LEY DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## ("LEY DE OBESIDAD")

En agosto de 2008 se promulga la **Ley 26.396 de Trastornos alimentarios** vulgarmente conocida como Ley de Obesidad. Ver texto completo en anexo II del presente trabajo.

La misma surge luego de veinte años desde la primera iniciativa presentada por el Dr. Alberto Cormillot en el Congreso de la Nación en 1989, y cerca de veinte proyectos más que en agosto de 2008 se concentraron en un sólo dictamen en la comisión de salud del Senado de la Nación.

A continuación describimos los principales lineamientos vinculados a los servicios de salud (ver texto anexo II para otros lineamientos establecidos por la ley):

- Declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios.
- Define como trastornos alimentarios a la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa, y las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia. La Cámara de Diputados intentó excluir de la ley a estos dos padecimientos, pero el Senado decidió hacer omisión de la enmienda y reincorporarlos a la ley.
- Crea el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud. Este último deberá instrumentar diversas acciones a fin de lograr objetivos como disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades y otras.
- Prohíbe la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en nutrición.
- Establece que los anuncios publicitarios en medios masivos de comunicación de productos para bajar de peso y/o alimentos bajos en calorías, deberán dirigirse exclusivamente a mayores de veintiún (21) años de edad, debiendo ser protagonizados también por personas mayores de edad.
- El **Art. 15** incorpora en el **Programa Médico Obligatorio** (PMO), la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios.
- Establece que la cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales y las empresas que presten servicios de medicina prepaga, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas

las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

- La Cámara de Diputados propuso que fuera la APE (Administración de Programas Especiales) el organismo que se hiciera cargo de los costos que surgieran de los tratamientos especiales. En este sentido, la Cámara de Senadores reforzó el artículo 16 de la ley, que obliga a prepagas y obras sociales a hacerse cargo de la totalidad de los costos.
- Los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general, no podrán negarse a proporcionar el bien o servicio solicitado. Si se negaran se considerará acto discriminatorio.
- Los gobiernos (nacional, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires) deberán disponer las medidas necesarias para que los establecimientos educativos y sanitarios tengan las comodidades y equipamiento adecuado para el uso de las personas que padezcan obesidad.
- Todas las instituciones de atención médica deberán llevar un registro estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas.
- En referencia a la importancia de la educación en este ámbito, **la ley involucra a los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social** para incorporar la educación alimenticia al sistema educativo. Además, obliga a los comercios de alimentos radicados en escuelas a ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada.
- La Ley propone al **Ministerio de Salud** como el encargado de tomar medidas para evitar que los anuncios publicitarios y los diseñadores de modas utilicen imágenes de extrema delgadez como símbolo de salud o belleza.

El **poder Ejecutivo** observó los siguientes:

-Artículo 5. Inclusión de los trastornos alimentarios en el SIAVE (sistema nacional de vigilancia epidemiológica).

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

-Artículo 20. Establece que el Poder Ejecutivo dispondrá las medidas necesarias a fin de que los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas “trans” lleven en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: “El consumo de grasa “trans” es perjudicial para la salud”. Observado por conflicto con el Código Alimentario Argentino armonizado con reglas del MERCOSUR.

-Artículo 21. Faculta al Poder Ejecutivo, a dictar las disposiciones de carácter sancionatorio ante el incumplimiento de la norma, teniendo en cuenta la gravedad de la falta y la reiteración de la misma.

El Decreto 1415/2008 del P.E.N. (Poder Ejecutivo Nacional) establece la creación en el ámbito del Ministerio de Salud de la “Comisión Asesora para la Redacción de la Reglamentación de la Ley de Trastornos Alimentarios”.

**Integrantes de la Comisión Asesora:** 1 representante titular y uno alterno de:

Ministerio de Salud  
Ministerio de Desarrollo Social  
Ministerio de Educación  
Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)  
Comisión Nacional de Alimentos (CONAL)  
Superintendencia de Servicios de Salud  
Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.YP.)  
Consejo científico asesor en Políticas de Salud del Ministerio de Salud  
Universidad de Buenos Aires  
Sociedad Argentina de Nutrición  
Federación de asociaciones de graduados en nutrición  
Sociedad Argentina de Pediatría  
Sociedad Argentina de Diabetes  
Sociedad Argentina de Cardiología  
Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios  
Federación Argentina de Cardiología  
Coordinadora de las industrias de Productos Alimenticios  
Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la Republica Argentina (C.O.S.S.P.R.A)  
Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA)  
Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI)  
Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP)  
Red Argentina de Salud  
Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil  
y expertos de reconocida trayectoria en la materia que se consideren adecuados a propuesta del MINISTERIO DE SALUD.

En mayo de 2009 se reglamenta la ley por la resolución 742/2009.

Esta resolución establece la incorporación al **PMO** del conjunto de **PRESTACIONES BASICAS ESENCIALES PARA LA COBERTURA DE LA OBESIDAD EN PACIENTES**, y determina que los Establecimientos de Salud que quieran realizar procedimientos quirúrgicos vinculados al tratamiento de la obesidad deberán estar registrados en la DIRECCION NACIONAL DE REGULACION SANITARIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD.

### **COBERTURA DE PACIENTES ADULTOS CON IMC $\geq$ 30 CON AL MENOS UNA COMORBILIDAD.**

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

#### **1- COBERTURA AMBULATORIA**

- Consulta diagnóstica realizada por médico de primer nivel de atención.
- Interconsulta con licenciado en nutrición o médico especialista en nutrición.
- Interconsulta con médico con experiencia en obesidad.

## **2- COBERTURA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

- 3 meses con cobertura del control y seguimiento por un profesional de la salud reconocido por autoridad competente y preferentemente de un equipo multidisciplinario hasta una vez por semana.
- Ampliación por 3 meses más en la medida que se haya asegurado que el paciente esté bajando de peso a un ritmo de no menos de 1,5% de su peso al menos por mes.
- 1 consulta mensual a partir del descenso de al menos el 10% de su peso de inicio el paciente para el plan de mantenimiento.

## **3- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

Estarán cubiertos con el 70% de descuento:

- **ORLISTAT.** Inhibidor de la absorción de grasas.
- **SIBUTRAMINA.** Anorexígeno. (Medicamento suspendido por ANMAT)

## **4- TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PARA IMC $\geq$ 40**

Podrán acceder al tratamiento quirúrgico los pacientes que cumplan los siguientes:

### **Criterios de inclusión**

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

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

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

### **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON COBERTURA: banda gástrica ajustable (BGA) y by pass gástrico.**

#### **Contraindicaciones para la cirugía**

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

## CONCLUSION

El surgimiento de la obesidad como una problemática de salud, y particularmente como un objeto de análisis desde una perspectiva de salud pública, ha cobrado un interés preponderante en los últimos años.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha crecido en el mundo entre 10% y 40% en las últimas tres décadas y actualmente la OMS la considera una pandemia, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. Calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Las características del genotipo humano son indiscutibles y se ven potenciadas por los cambios en el estilo de vida en los últimos 150 años, representados por la mejor accesibilidad alimentaria, modificaciones en la composición de los alimentos y en el hábito de comer, y el sedentarismo obligado.

La obesidad es una enfermedad que afecta a niños y adultos, trae consigo complicaciones médicas crónicas, disminuye la calidad de vida y aumenta los costos de salud. Es por eso que debe ser entendida por las comunidades médica, biológica, sociológica y económica como un problema que afecta a todos y cada uno de estos campos.

El surgimiento de la obesidad como una problemática de salud, y particularmente como un objeto de análisis desde una perspectiva de salud pública, ha cobrado un interés preponderante en los últimos años. Durante mucho tiempo ha sido minimizada y desvalorizada como problema de salud pública y política no considerando su prevalencia, costos directos, indirectos e intangibles con las consecuencias económicas que ello implica.

A pesar de contar con datos algo discrepantes, es muy importante comenzar a obtener información epidemiológica local que nos permita establecer medidas adecuadas a nuestra realidad.

Con la aprobación de la Ley de Trastornos Alimentarios surge como primer impacto las consecuencias económicas, sobre el sector de salud, y la repercusión que esto provoca pudiendo llevar al colapso del sistema. Se ha generado un importante debate en los medios de comunicación sobre este aspecto.

Es importante tener en consideración que todos los planteos con respecto al alto costo que impone la ley se dirigen hacia el costo directo de la cirugía bariátrica pero debemos tener presente que una pequeña proporción de pacientes obesos presentan obesidad mórbida, y de éstos últimos, solo una mínima fracción son candidatos a cirugía bariátrica. La ley especifica una gran cantidad de medidas no relacionadas con el tratamiento farmacológico ni quirúrgico que impulsan a prevenir la obesidad y tratarla antes de llegar a estos estadios graves.

Adicionalmente, aunque no pudimos encontrar análisis de costo efectividad en las fuentes bibliográficas consultadas, parece evidente que la prevención y el tratamiento temprano de estas condiciones y el tratamiento específico en casos

bien seleccionados resultarán en un beneficio no solo económico sino social que supera el costo monetario de la cirugía bariátrica en sí.

Nos parece importante agregar que, aunque la ley adjudica a las obras sociales y empresas de medicina prepaga la responsabilidad de asumir el costo del tratamiento, nos han informado que, en casos bien seleccionados, con cumplimiento estricto de los criterios de inclusión y exclusión, es posible solicitar el reintegro del costo de la cirugía bariátrica a la APE por “vía de excepción”. (Comunicación personal)

Es cada vez más evidente que el enfoque multidisciplinario será el camino a seguir. Surge así la urgente necesidad de integración entre la salud pública, laboral y privada para desarrollar programas tendientes a enfrentar esta nueva epidemia. Es importante que todos los sectores participen activamente para revertir la situación actual.

Además de buscar programas y planes terapéuticos más eficaces, se hace imprescindible también la adopción de medidas de prevención para contener el surgimiento de nuevos casos y evitar que la prevalencia de la enfermedad continúe creciendo a pesar de todos los esfuerzos realizados para su tratamiento.

Consideramos que es fundamental que las autoridades de las distintas instituciones involucradas en la prevención y tratamiento de estas condiciones adquieran conciencia de la magnitud del problema y las múltiples herramientas disponibles actualmente para enfrentarlo.

Podemos citar como un ejemplo la importancia de la participación de personal capacitado y con una frecuencia de contacto con el paciente adecuada para la prescripción y seguimiento de la actividad física y los planes de alimentación.

En la mayoría de los casos nos encontramos con pacientes que enfrentan profesionales que no tienen conocimientos suficientes sobre estos temas, o no tienen tiempo para explicarles correctamente las pautas y esto lleva a generarles potenciales daños o frustración frente a un fracaso que no es responsabilidad del paciente.

Desde la óptica de la Auditoría Médica y la Gestión de Recursos en Salud debemos comprender la magnitud del problema y la amplia gama de intervenciones que disponemos para modificar esta situación. Es importante que tengamos presente que un gasto bien hecho en el presente puede representar un enorme beneficio económico y social en el futuro.

## BIBLIOGRAFIA

ACAMI (Asociación Civil de entidades Médicas Integradas). La ley de Obesidad Puede hacer colapsar el sistema de salud. Artículo publicado el 19/08/2008 en:  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55083>

ANMAT. Alerta. Suspensión y retiro del mercado de rimonabant. EN:  
<http://www.anmat.gov.ar/webanmat/comunicados/Prensa/2008/RIMONABANT24-10-08.pdf>

ANMAT. La ANMAT suspende comercialización de medicamentos que contienen sibutramina. EN:  
[http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Sibutramina\\_suspension\\_profesionales.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Sibutramina_suspension_profesionales.pdf)

Braguinsky, Jorge y col. Obesidad: Saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud (ACINDES). Editorial Médica AWWWE. 2007.

Braguinsky J, Sereday M et al. Unexpected prevalence of obesity and associated metabolic risk factors in a medium size city (Venado Tuerto) of Argentina. Int J Obes 1998;22 (Suppl 3):215.

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

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

Csendes A, Burdiles P, Papapietro K et al. Results of gastric bypass plus resection of the distal excluded gastric segment in patients with morbid obesity. J Gastrointest Surg 2005; 9: 121-131.

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

Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, et al. Prevalence and Trends in Obesity among US Adults, 1999-2008 JAMA. 2010; 303(3):235-241.

Foster C; Rotimi C, Fraser H et al. Hypertension, diabetes, and obesity: findings from a recent population-based survey. Ethn Dis 1993; 3(4):404-12.

Guzmán S, Manrique M. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Cuad Cir 1999; 13: 24-28.

James WPT, Caterson D, et al. For the SCOUT Investigators. Effect of Sibutramine on Cardiovascular Outcomes in Overweight and Obese Subjects. N Engl J Med 2010; 363:905-917.

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

Ley 26396. Veto parcial por decreto 1395/2008. En:  
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php>

Ley 26396. Complemento por decreto 1415/2008. En:  
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php>

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

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

Montero JC. Obesidad: una visión antropológica. UBA. Facultad de Medicina. 2001.  
En:  
<http://www.ama-med.org.ar/obesidad/ANTROPOLOGIA%20-%20Montero.pdf>

Onzari, M. Fundamentos de Nutrición en el Deporte. Editorial El Ateneo. 2004.

Pérez Zabala, V. "Ya rige la reglamentación que disparará las cuotas de las prepagas".  
Publicado el 03/06/2009 en:  
<http://abogados.iprofesional.com/notas/82885-Ya-rige-la-reglamentacion-que-disparara-las-cuotas-de-las-prepagas>

Publicación digital Mendoza On line. "Advierten que la ley de Obesidad puede hacer colapsar la salud pública". Agosto 2008. EN:  
<http://www.mdzol.com/mdz/nota/64853>

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

Seijas Buschiazzo D, Feuchtmann Sáez C. Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997; 26:38-41.

Sociedad Española para el estudio de la Obesidad y Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. 2004

Topol EJ, Bousser MG, Fox KAA, et al. for the CRESCENDO Investigators. Rimonabant for prevention of cardiovascular events (CRESCENDO): a randomized, multicentre, placebo-controlled trial. The Lancet 2010;376:517-523.

Wee, Christina C. A 52-Year-Old Woman with Obesity: Review of Bariatric Surgery JAMA. 2009; 302(10):1097-1104.

# ANEXO I

## MEDIDAS POSIBLES PARA UNA PREVENCIÓN EFECTIVA DE LA OBESIDAD

### 1. Comunicación y Educación

La prueba de una comunicación efectiva es su capacidad de crear conciencia, mejorar el conocimiento, e inducir cambios de largo plazo en comportamientos individuales y sociales.

▣ Financiar campañas de promoción en los medios para:

- Destacar los beneficios de comer sano y de la actividad física.
- Aumentar la conciencia de los consumidores acerca de las consecuencias del sobrepeso sobre la salud en general y sobre los tamaños razonables de las porciones de alimentos y bebidas.

### 2. Actividad Física

*Promover*

- la actividad física cotidiana (caminar y andar en bicicleta).
- programas de actividad física extracurricular, especialmente fuera de la escuela
- olimpiadas y/o campeonatos escolares
- lugares de reunión, centros comunitarios y otras instalaciones para jubilados y pensionados.
- la creación de un Sistema Nacional de Actividad Física.

### 3. Atención de la salud y capacitación

▣ Requerir que los profesionales de la salud:

- aprendan sobre las conductas de riesgo para la obesidad, evaluación del peso y cómo aconsejar a sus pacientes sobre el cambio hacia conductas sanas.
- enseñen en escuelas, oficinas y otros ámbitos los principios y beneficios del ejercicio y la dieta sana.

▣ Entrenar a los proveedores de servicios de la salud y a los estudiantes de profesiones vinculadas a la salud en técnicas de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

▣ Financiar y desarrollar agendas de investigación sobre los distintos determinantes de la conducta sana que previenen la obesidad.

▣ Revisar las regulaciones del sistema de salud para la buena nutrición y el tratamiento de la obesidad.

▣ Promover la cobertura total o parcial de los servicios de salud para los problemas asociados con el peso, incluyendo programas de nutrición, educación y actividad física.

### 4. Transporte y desarrollo urbano

El cambio individual es más probable si el ambiente promueve elecciones saludables y gratificantes.

- Construir veredas seguras, espacios verdes, "bici-sendas", y campos deportivos accesibles.
- Construir estacionamientos para bicicletas.
- Designar áreas para peatones, zonas sin automóviles, y modificar los espacios (empresas, shoppings, residenciales, parques) para promover la actividad física segura.
- Mejorar la seguridad de quienes desean hacer ejercicio mediante una mejor iluminación nocturna en los lugares públicos y presencia de personal de seguridad.

### 5. Etiquetas y publicidad de alimentos y bebidas

▣ Establecer alianzas funcionales con actores claves: industrias privadas con interés en la producción de alimentos, envasado, logística, venta y marketing, y otras entidades relacionadas con estilos de vida, deportes, turismo, recreación y salud.

▣ Regular

-La densidad energética de los productos alimenticios

-El tamaño de los paquetes en los cuales se venden los alimentos ricos en calorías

▣ Restringir las propagandas de alimentos de elevadas calorías y grasas en horarios de protección al menor.

## **6. Programas de ayuda alimentaria**

- ▣ Los programas alimentarios destinados a familias pobres, niños, enfermos y otros necesitados deben prestarse especial atención a la calidad de los alimentos y a la educación nutricional, contribuyendo a una dieta sana.
- ▣ Proteger a los programas de alimentación infantil, eliminando la venta de gaseosas, y alimentos elevados en calorías, grasas o azúcar en las escuelas, comedores escolares, máquinas expendedoras de golosinas, etc.
- ▣ Requerir que cualquier comida que compita con las comidas escolares sean consistentes con las recomendaciones de salud sobre los alimentos con grasa, grasa saturada y contenido de sodio.
- ▣ Reestructurar los programas de almuerzo en las escuelas para que incluya educación en nutrición, la participación de estudiantes y padres.
- ▣ Desarrollar incentivos y recompensas para la alimentación sana.

## **7. Impuestos**

- ▣ Subsidiar los costos de alimentos nutritivos, bajos en calorías.
- ▣ Eliminar impuestos o dar incentivos para la venta de elementos deportivos o de ejercicio.
- ▣ Brindar incentivos impositivos para los empresarios que brinden programas de control de peso y actividad física en diferentes edades.

## **8. Desarrollo de políticas**

- ▣ Formular una Política Alimentaria Nacional con las bases y líneas de acción para la elaboración de políticas provinciales y municipales de nutrición y alimentación.
- ▣ Usar los congresos nacionales de nutrición para desarrollar una campaña nacional contra la obesidad.
- ▣ Producir un informe Nacional sobre Prevención de la Obesidad.
- ▣ Incluir datos referidos al IMC, en los Censos y establecer un Mapa de la nutrición.
- ▣ Formar un cuadro de técnicos especializados y promover la investigación aplicada, especialmente en proyectos piloto comunitarios y en la evaluación de diferentes políticas e intervenciones, asegurando un seguimiento permanente y a largo plazo.
- ▣ Expandir los alcances del centro nacional de alto rendimiento deportivo (CENARD) para incluir la nutrición y destacar la prevención de la obesidad.
- ▣ Desarrollar un plan coordinado por el gobierno y ministerios (Salud, Economía) para los objetivos de nutrición y actividad física para la Gente Sana 2010.
- ▣ Las estrategias deben apuntar explícitamente a disminuir las desigualdades y concentrarse en las comunidades y grupos poblaciones más pobres

## ANEXO II

### TEXTOS COMPLETOS DE LEYES, DECRETOS Y RESOLUCIONES CITADOS

#### LEY 26.396, DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

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

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

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

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

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

a) Instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, en particular:

1. sobre las características de los mismos y de sus consecuencias;
2. sobre sus aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales y de las formas apropiadas e inapropiadas de su tratamiento
3. sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor.

b) Disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades.

c) Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios.

d) Propender al desarrollo de actividades de investigación.

e) Promover, especialmente ente los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables.

f) Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades.

g) Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de los trastornos alimentarios.

h) Promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) en las acciones previstas por el presente programa.

i) Promover y coordinar, con las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la implementación de programas similares a nivel local.

j) Desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y de instruir a la población sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 18.- El Poder Ejecutivo, dispondrá las medidas necesarias a fin de que los establecimientos educacionales y sanitarios de su jurisdicción, cuenten con las comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de las personas que padecen obesidad. Asimismo gestionará ante los gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adopción de normas de similar naturaleza.

ARTICULO 19.- Todas las instituciones de atención médica, públicas y privadas, deberán llevar un registro estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas. A tal efecto la autoridad de aplicación confeccionará los formularios de recolección y registro.

La autoridad de aplicación elaborará periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe sobre las acciones llevadas a cabo a nivel nacional y en conjunto con las autoridades provinciales. También se informará de los adelantos e investigaciones que sobre las enfermedades se estuvieren llevando a cabo a nivel oficial o con becas oficiales.

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

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

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

ARTICULO 23.- Comuníquese al Poder Ejecutivo."

## **DECRETO 1395/2008**

### **PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)**

Veto parcial de la ley 26.396. del 02/09/2008; Boletín Oficial 03/09/2008

VISTO el Proyecto de Ley registrado bajo el Nº26.396, sancionado por el HONORABLE CONGRESO DE LA NACION el 13 de agosto de 2008, y

CONSIDERANDO:

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

Que, asimismo, se determina que debe entenderse por trastornos alimentarios, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

Que, por otra parte, se crea el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, detallándose los objetivos del mismo.

Que el artículo 5º del Proyecto de Ley incluye a los trastornos alimentarios en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-, o en el que, en el futuro, corresponda.

Que el SINAVE tiene por objeto la detección temprana y monitoreo de brotes o modalidades epidemiológicas de enfermedades que impliquen un riesgo para la población y que, por lo tanto, requieran la inmediata intervención para su control, siendo además, por tales características, de notificación obligatoria.

Que los trastornos alimentarios y las enfermedades vinculadas mencionadas en la norma sancionada no cumplen con ese criterio, toda vez que el mismo atiende a razones que se relacionan con la magnitud, gravedad del daño, vulnerabilidad, impacto social, régimen sanitario internacional y compromisos internacionales.

Que en virtud de ello, los trastornos alimentarios no constituyen una modalidad epidemiológica de las que, conforme los criterios señalados, deben incluirse en el SINAVE.

Que en consecuencia, corresponde observar el artículo 5º del Proyecto de Ley registrado bajo el Nº23.696.

Que el artículo 11 del Proyecto de Ley establece que la publicidad y/o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda "El consumo excesivo es perjudicial para la salud".

Que la clasificación de "nutrientes esenciales" no es clara y no tiene un sustento científico.

Que resulta difícil encontrar ejemplos de un alimento que por sí solo cumpla con los requisitos de elevado contenido calórico y pobre en nutrientes esenciales. No existe un valor o un umbral que clasifique a un alimento como de "elevado o bajo valor energético", cada alimento aporta una cierta cantidad de calorías por porción, y de acuerdo a las necesidades diarias de energía se pueden consumir más o menos porciones de ese alimento.

Que, desde un punto de vista estrictamente normativo, el Código Alimentario Argentino (CAA) expresa en su artículo 221: "En la publicidad que se realice por cualquier medio deberá respetarse la definición, composición y denominación del producto establecido por el presente Código".

Que, al rotular a determinados alimentos con la frase "El consumo excesivo es perjudicial para la salud", se estarían modificando las normativas MERCOSUR en materia de rotulado de alimentos (Resoluciones GMC Nros. 26/03, 44/03, 46/03, 47/03).

Que, en virtud de las consideraciones expuestas, corresponde observar el artículo 11 del Proyecto de Ley registrado bajo el Nº26.396.

Que el artículo 20 del Proyecto de Ley establece que el Poder Ejecutivo dispondrá las medidas necesarias a fin de que los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas "trans" lleven en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: "El consumo de grasa "trans" es perjudicial para la salud".

Que el Código Alimentario Argentino contiene las disposiciones higiénico-sanitarias, bromatológicas y de identificación comercial de los alimentos destinados a consumo humano, armonizado según las modificaciones incorporadas como consecuencia de la internalización de normas emanadas del MERCOSUR.

Que, en tal sentido, debe tenerse en cuenta que el Capítulo V del CAA incorporó, a través de la Resolución Conjunta ex SPRyRS 149/05 y SAGPyA 683/05, el Reglamento Técnico MERCOSUR para Rotulación de Alimentos Envasados -Resolución GMC 26/03- y el Reglamento Técnico MERCOSUR sobre Rotulado Nutricional de Alimentos Envasados -Resolución GMC 46/03-.

Que corresponde tener en cuenta asimismo la Resolución Conjunta ex SPRyRS 150/05 y SAGPyA 684/05, que incorporó al referido Código el "Reglamento Técnico MERCOSUR de Porciones de Alimentos Envasados a los Fines del Rotulado Nutricional" -Resolución GMC 47/03-.

Que si se estimara necesario actualizar o modificar algún aspecto del Código Alimentario Argentino, el artículo 6º inciso b) del Decreto Nº815/99 faculta a la Comisión Nacional de Alimentos a proponer la actualización del mismo recomendando las modificaciones que resulte necesario introducirle para mantener su permanente adecuación a los adelantos que se produzcan en la materia, tomando como referencia las normas internacionales y los acuerdos celebrados en el MERCOSUR.

Que, por otra parte, las normas de rotulación aplicables a los alimentos, mediante las cuales se actualizó el Código Alimentario Argentino, son normas MERCOSUR incorporadas por los Estados Partes a sus ordenamientos jurídicos (Resoluciones GMC Nros. 26/03, 46/03 y 47/03), por lo que no es posible modificar las reglamentaciones sin el acuerdo de dichos Estados Partes.

Que, atendiendo a la preocupación generada por los efectos del estilo de vida y la dieta que contribuyeron a la alta incidencia de sobrepeso, obesidad y enfermedades cardiovasculares, los países del MERCOSUR elaboraron las mencionadas Resoluciones que fueron, como ya se expresara, incorporadas al Código Alimentario Argentino por Resoluciones Conjuntas ex SPRyRS 149/2005 y SAGPyA 683/2005 y ex SPRyRS 150/2005 y SAGPyA 684/2005, respectivamente.

Que, en virtud de ello es dable hacer notar la conflictividad potencial que existiría entre la redacción del artículo 20 del Proyecto de Ley sancionado y el Código Alimentario Argentino, armonizado según las reglas emanadas del MERCOSUR.

Que en consecuencia, corresponde observar el artículo 20 del Proyecto de Ley registrado bajo el Nº26.396.

Que el artículo 21 del Proyecto de Ley faculta al Poder Ejecutivo, a dictar las disposiciones de carácter sancionatorio ante el incumplimiento de la norma, teniendo en cuenta la gravedad de la falta y la reiteración de la misma.

Que, al respecto, Marienhoff, sostiene que los reglamentos delegados "Son los que emite el Poder Ejecutivo en virtud de una atribución o habilitación que le confiere expresamente el Poder Legislativo". Asimismo, señala que "...a la emisión de reglamentos delegados debe restringírsela o limitársela, en beneficio de las libertades públicas; y que "deben limitarse a desarrollar principios básicos contenidos en la ley que hace la delegación. Tales reglamentos tienen un doble límite: uno inmediato, que es la ley de referencia, otro mediato, que es la Constitución, cuyos principios, en lo atiente a la materia delegada y a la extensión de la delegación, deben ser respetados por el delegante." (Tratado de Derecho Administrativo, Tomo I, pág. 267)

Que, además, agrega que "la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACION acepta que el reglamento delegado pueda emitirse en nuestro país, sin que ello implique agravio a texto o principio alguno de orden constitucional. Pero supedita la validez de esos reglamentos a ciertas condiciones: las facultades normativas otorgadas al Poder Ejecutivo deben serlo dentro de un ámbito cierto y determinado expresamente. Ultimamente, con referencia a materia punitiva (legislación de policía), circunscribió aún más el ámbito de los decretos delegados" (Tratado de Derecho Administrativo, Tomo I, pág. 269).

Que, por otra parte, expresa que "...el acto que emita el Ejecutivo como consecuencia de esta delegación legislativa, desde que integra la respectiva ley, participa de los caracteres de ésta; en consecuencia, dicho acto podría ser enjuiciado por los mismos medios por los que podría serlo la ley que integra (verbigracia, podría ser tachado de inconstitucional, si existiere tal vicio). Si la ley que efectúa la delegación se refiere a una facultad indelegable -por ejemplo, creación de impuestos o configurando delitos, etc.-, y el Ejecutivo emitiera un acto creando impuestos o configurando delitos, tanto la ley que contenga esa delegación, como el acto del Ejecutivo que le dio curso, pueden ser objetados de inconstitucionales". (Tratado de Derecho Administrativo, Tomo I, pág. 274).

Que, "al emitir un reglamento, el órgano Ejecutivo debe respetar la llamada "reserva de la ley", en cuyo mérito ha de abstenerse de estatuir sobre materias reservadas a la competencia del legislador. En ese orden de ideas, no podría establecer impuestos, configurar delitos y establecer penas..." (Tratado de Derecho Administrativo Tomo I pág. 282).

Que además, señala que "Las autoridades administrativas, nacionales o provinciales, cualquiera fuera su jerarquía o rango, carecen de imperio para configurar o crear figuras contravencionales o faltas. Tal configuración o creación debe ser, indefectiblemente, obra del legislador: el Poder Ejecutivo -y con mayor razón sus subordinados- tan solo podrá reglamentar esa ley, a los efectos de su ejecución o cumplimiento, pero cuidando siempre de no alterar su espíritu" (Tratado de Derecho Administrativo Tomo IV pág. 560).

Que, la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACION, en el caso "Mouviel, Raúl Oscar y otros" (Fallos CSJN 237:626) ha expresado: "... es una de las más preciosas garantías consagradas por la Constitución la de que ningún habitante de la Nación puede ser penado sin juicio previo fundado en ley anterior al hecho del proceso" (Fallos 136:200); que "toda nuestra organización política y civil reposa en la ley. Los derechos y obligaciones de los habitantes así como las penas de cualquier clase que sean, sólo existen en virtud de sanciones legislativas y el Poder Ejecutivo no puede crearlas ni el Poder Judicial aplicarlas si falta la ley que las establezca" (Fallos 178:355); y que "la configuración de un delito, por leve que sea, así como su represión, es materia que hace a la esencia del Poder Legislativo y escapa de la órbita de las facultades ejecutivas. Nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda ni privado de lo que ella no prohíbe (art. 19 de la CN). De ahí nace la necesidad de que haya una ley que mande o prohíba una cosa, para que una persona pueda incurrir en falta por haber obrado u

omitido obrar en determinado sentido. Y es necesario que haya, al mismo tiempo, una sanción legal que reprima la contravención para que esa persona deba ser condenada por tal hecho (art. 18 de la CN). Estos dos principios fundamentales y correlativos en el orden penal, imponen la necesidad de que sea el Poder Legislativo quien establezca las condiciones en que una falta se produce y la sanción que le corresponde, ya que el Poder Ejecutivo solamente puede reglamentar la ley, proveyendo a su ejecución, pero cuidando siempre de no alterar su sentido" (Fallos 191:245).

"Que conforme a esta doctrina, la "ley anterior" de la garantía constitucional citada y del principio "nullum crimen, nulla poena sine lege", exige indisolublemente la doble precisión por la ley de los hechos punibles y de las penas a aplicar, sin perjuicio de que el legislador deje a los órganos ejecutivos la reglamentación de las circunstancias o condiciones concretas de las acciones reprimidas y de los montos de las penas dentro de un mínimo y máximo (Fallos 148:430). En el sistema representativo republicano de gobierno adoptado por la Constitución y que se apoya fundamentalmente en el principio de la división de los poderes, el legislador no puede simplemente delegar en el Poder Ejecutivo o en reparticiones administrativas la total configuración de los delitos ni la libre elección de las penas, pues ello importaría la delegación de facultades que son por esencia indelegables. Tampoco al Poder Ejecutivo le es lícito, so pretexto de las facultades reglamentarias que le concede el art. 99, inc. 2 de la CN, sustituirse al legislador y por supuesta vía reglamentaria dictar, en rigor, la ley previa que requiere la garantía constitucional del art. 18 de la CN".

Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la PROCURACION DEL TESORO DE LA NACION en el dictamen 244:833: "Esta Procuración del Tesoro ya ha señalado antes de ahora la improcedencia de plasmar conductas punibles penalmente por medio de normas administrativas, en mérito a la flagrante trasgresión que ello supone a la garantía del artículo 18 de la Constitución Nacional (v. Dictámenes 188:85)".

Que, en consecuencia, corresponde observar el artículo 21 del Proyecto de Ley registrado bajo el Nº26.396.

Que la medida que se propone no altera el espíritu ni la unidad del Proyecto de Ley sancionado por el HONORABLE CONGRESO DE LA NACION.

Que el presente se dicta en uso de las facultades conferidas al PODER EJECUTIVO NACIONAL por el Artículo 80 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA

DE LA NACION ARGENTINA

EN ACUERDO GENERAL DE MINISTROS

DECRETA:

Artículo 1º - Obsérvense los artículos 5º, 11, 20 y 21 del Proyecto de Ley registrado bajo el Nº26.396.

Art. 2º - Con las salvedades establecidas en el artículo precedente, cúmplase, promúlgase y téngase por Ley de la Nación el Proyecto de Ley registrado bajo el Nº26.396.

Art. 3º - Dése cuenta a la Comisión Bicameral Permanente del HONORABLE CONGRESO DE LA NACION.

Art. 4º- Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

FERNANDEZ DE KIRCHNER; Sergio T. Massa; Aníbal F. Randazzo; Jorge E. Taiana; Carlos R. Fernández; Julio M. De Vido; Aníbal D. Fernández; Carlos A. Tomada; Alicia M. Kirchner; María G. Ocaña; Juan C. Tedesco.

**DECRETO 1415/2008**  
**PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N. del 03/09/2008; Boletín Oficial**  
**04/09/2008)**

Prevención y control de los trastornos alimentarios. Creación en el ámbito del Ministerio de Salud de la "Comisión Asesora para la Redacción de la Reglamentación de la Ley de Trastornos Alimentarios".

VISTO la Ley N°26.396, y

CONSIDERANDO:

Que por la citada Ley se declaró de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios.

Que, asimismo, por dicha Ley se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD.

Que por el artículo 4º de la referida Ley se estableció que el MINISTERIO DE SALUD, como autoridad de aplicación de la misma, coordinará acciones en el ámbito del CONSEJO FEDERAL DE SALUD con las demás Jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de dicha Ley.

Que, en esta instancia y a los fines indicados en el párrafo que antecede, dada la tecnicidad y complejidad de las afecciones involucradas, resulta necesario que en la reglamentación de la misma participen expertos y profesionales en la materia, tanto del sector público como del ámbito privado.

Que en función de ello, resulta pertinente la creación, en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD, de una COMISION ASESORA para la redacción de la reglamentación de la ley de trastornos alimentarios.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 99 inciso 1 de la Constitución Nacional.

Por ello,

LA PRESIDENTA

DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1º - Créase, en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD, la "COMISION ASESORA PARA LA REDACCION DE LA REGLAMENTACION DE LA LEY DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS" con el objeto de analizar, redactar y proponer las normas reglamentarias necesarias para el cumplimiento de lo establecido en la Ley N°26.396 de prevención y control de los trastornos alimentarios.

Art. 2º - La Comisión Asesora estará integrada por un representante titular y uno alterno del MINISTERIO DE SALUD, un representante titular y uno alterno del MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, un representante titular y uno alterno del MINISTERIO DE EDUCACION, un representante titular y uno alterno del CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES NUTRICIONALES de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD (ANLIS), un representante titular y uno alterno de la COMISION NACIONAL DE ALIMENTOS (CONAL), un representante titular y uno alterno de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, un representante titular y uno alterno del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (I.N.S.S.J.YP.), un representante titular y uno alterno del CONSEJO CIENTIFICO ASESOR EN POLITICAS DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD, un representante titular y uno alterno de la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES de la carrera Licenciatura en Nutrición, un representante titular y uno alterno de la SOCIEDAD ARGENTINA DE NUTRICION, un representante titular y uno alterno de la FEDERACION DE ASOCIACIONES DE GRADUADOS

EN NUTRICION, un representante titular y uno alterno de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, un representante titular y uno alterno de la SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES, un representante titular y uno alterno de la SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA, un representante titular y uno alterno de la SOCIEDAD ARGENTINA DE OBESIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS, un representante titular y uno alterno de la FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA, un representante titular y uno alterno de la COORDINADORA DE LAS INDUSTRIAS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, un representante titular y uno alterno de la CONFEDERACION DE OBRAS Y SERVICIOS SOCIALES PROVINCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA (C.O.S.S.P.R.A), un representante titular y uno alterno de la CAMARA DE INSTITUCIONES MEDICO ASISTENCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA (CIMARA), un representante titular y uno alterno de la ASOCIACION CIVIL DE ACTIVIDADES MEDICAS INTEGRADAS (ACAMI), un representante titular y uno alterno de la ASOCIACION DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (ADEMP), un representante titular y uno alterno de la RED ARGENTINA DE SALUD, un representante titular y uno alterno del CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICION INFANTIL (CESNI), y por expertos de reconocida trayectoria en la materia que se consideren adecuados a propuesta del MINISTERIO DE SALUD.

Art. 3º - La Presidencia de la Comisión recaerá sobre un representante del MINISTERIO DE SALUD, quien tendrá a cargo la coordinación de las tareas que ésta desarrolle, debiendo cursar las invitaciones pertinentes, cuando así correspondiere, a los organismos e instituciones cuyos representantes habrán de integrar la misma, a los fines de la elevación de la propuesta de sus respectivos representantes.

Art. 4º - Facúltase a la Comisión que se crea por el artículo 1º a dictar su reglamento de funcionamiento interno.

Establécese que la labor de los integrantes de la citada Comisión tendrá carácter "ad honorem".

Art. 5º - El MINISTERIO DE SALUD suministrará el apoyo material y humano necesario para el funcionamiento de la referida Comisión.

Art. 6º - La Comisión que se crea por el artículo 1º, propondrá dentro del plazo de NOVENTA (90) días de la fecha del presente, el proyecto de reglamentación de la citada Ley, el que será elevado al PODER EJECUTIVO NACIONAL, a través del MINISTERIO DE SALUD.

Art. 7º - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

FERNANDEZ DE KIRCHNER; Sergio T. Massa; María G. Ocaña.

### **Resolución 742/2009 - Ministerio de Salud - SALUD PUBLICA –**

Apruébanse e incorpóranse al Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes.

Bs. As., 21/5/2009

Publicación en B.O.: 01/06/2009

VISTO el Expediente 2002-3583/09-2 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, las Leyes Nros. 26.396, 24.754, 23.660 y 23.661, y la Resolución del ex MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE Nº 1991 del 28 de diciembre de 2005, y

CONSIDERANDO:

Que por la Ley Nº 26.396 se declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación. Que se entiende por trastornos alimentarios, entre otros, a la obesidad.

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

Que, asimismo, se determina que la cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N° 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N° 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley N° 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades. Que varias de las prácticas y tratamientos que forman parte del tratamiento integral de la obesidad ya están incluidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO hoy vigente.

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

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

Que la DIRECCION NACIONAL DE REGULACION Y FISCALIZACION, la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS han prestado conformidad a esta propuesta.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificada por Ley N° 26.338 y las Leyes N° 26.396 y N° 23.660.

Por ello, LA MINISTRA DE SALUD RESUELVE:

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

Art. 2° - Los Establecimientos de Salud que quieran realizar procedimientos quirúrgicos vinculados al tratamiento de la obesidad a pacientes afiliados a las Obras Sociales incluidas en la Ley N° 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N° 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley N° 24.754, deberán estar registrados en la DIRECCION NACIONAL DE REGULACION SANITARIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD. La SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS del MINISTERIO DE SALUD establecerá los requisitos para ser inscriptos en dicho Registro.

Art. 3° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

María G. Ocaña.

## **ANEXO I**

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

Comorbilidades:

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

#### **1- COBERTURA AMBULATORIA**

1. 1 Consulta diagnóstica realizada por médico de primer nivel de atención.
2. 1 Interconsulta con licenciado en nutrición o médico especialista en nutrición.
3. 1 Interconsulta con médico con expertiz en obesidad.

## **2- COBERTURA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

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

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

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

## **3- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.**

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

- ORLISTAT. Inhibidor de la absorción de grasas.
- SIBUTRAMINA. Anorexígeno. (Medicamento suspendido. Octubre 2010).

## **4- TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PARA INDICE DE MASA CORPORAL IGUAL O MAYOR A CUARENTA (40) KG/M2**

Podrán acceder al tratamiento quirúrgico los pacientes que cumplan los siguientes:

### **Criterios de inclusión**

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

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

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

**Procedimientos quirúrgicos con cobertura: banda gástrica ajustable (BGA) by pass gástrico.**

**Contraindicaciones para la cirugía**

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