

**COSTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADOS DEL
SOBREPESO Y LA OBESIDAD**

AUTORES:

Dra. Karina Clausi

Dra. María Silvia Clausi

Lic. Hugo Rappetti

INDICE:

INTRODUCCIÓN	3
DEFINICIÓN	6
CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD	8
TRATAMIENTO	10
PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	15
MEDIDAS POSIBLES PARA UNA PREVENCIÓN EFECTIVA DE LA OBESIDAD	15
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	21

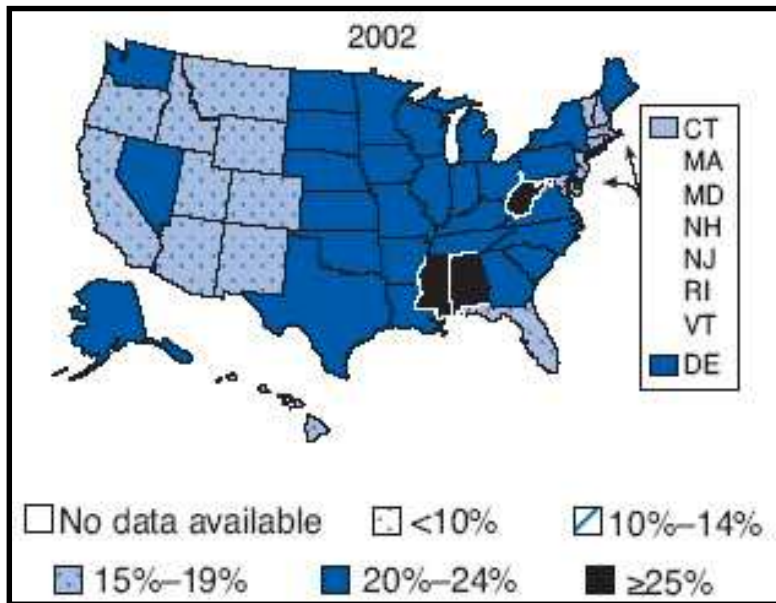
INTRODUCCIÓN

Por años, los esfuerzos en materia de nutrición se han concentrado en reducir el hambre y la desnutrición en el mundo. En las últimas décadas, no obstante, ha ido cambiando por las importantes modificaciones en hábitos y comportamientos con un impacto decisivo para la salud.

Uno de los más importantes es el que afecta a la dieta, que ha pasado de una base tradicional de vegetales a un consumo creciente de alimentos procesados con un alto contenido de grasas y azúcares.

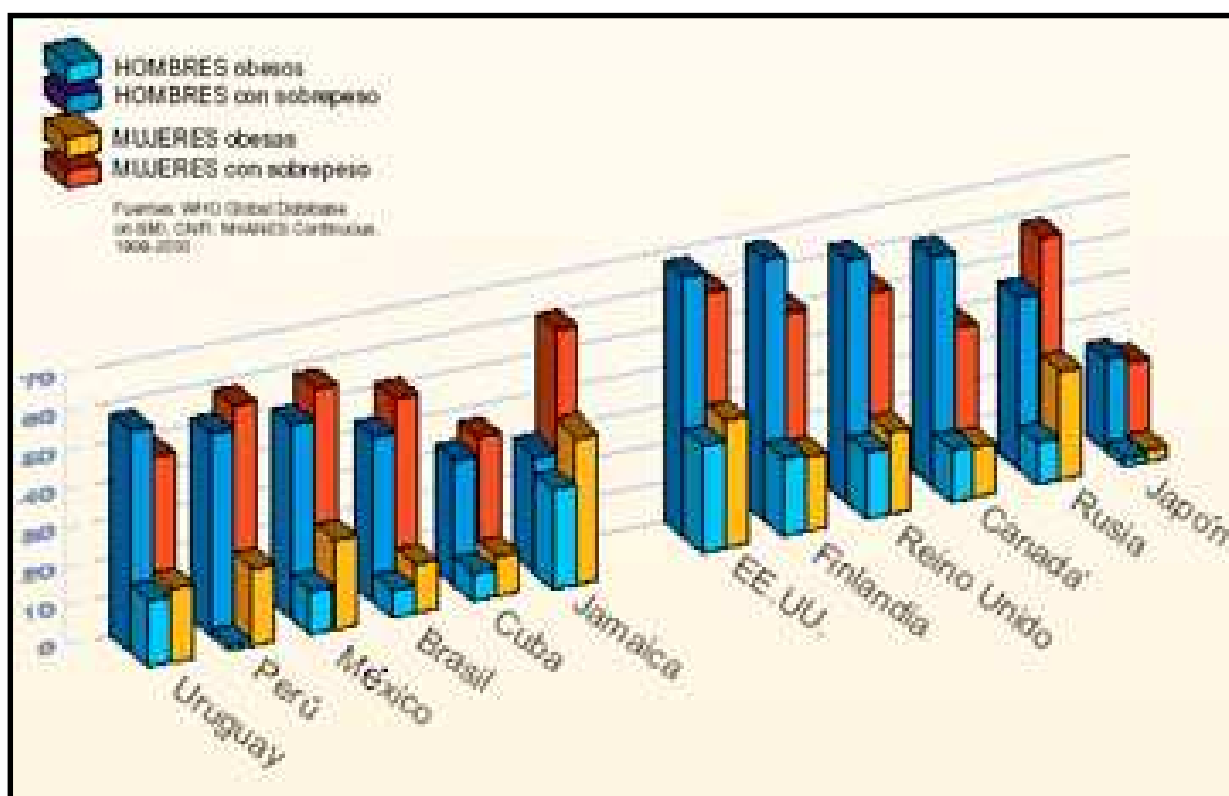
Otro cambio de importancia es el aumento del sedentarismo en la vida moderna. Estas transformaciones han contribuido a un incremento de la población con sobrepeso, que por primera vez iguala al número de personas con desnutrición. Así mismo, dos prejuicios fuertemente arraigados han obstaculizado durante años la verdadera dimensión del problema. Por un lado, aquél que considera a la obesidad como un tema estrictamente estético que concierne exclusivamente a la voluntad personal; por otro el que vincula al sobrepeso con la abundancia y la buena salud.

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, entre más de 140 complicaciones. Según datos de Organización Mundial de la Salud, más de 1000 millones de personas adultas tienen sobrepeso y unos 300 millones son obesos. Por su parte UNICEF estima que 2000 millones de niños y adolescentes en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso, lo que se traducirá en un futuro cercano en un problema de salud pública de difícil solución. En Estados Unidos, por ejemplo, la obesidad y el sobrepeso alcanza al 65 por ciento de la población, con más de 9 millones de niños con problemas de peso. En Europa, si bien las cifras son menores, la prevalencia de la obesidad ha aumentado entre un 10 y un 40 por ciento en apenas una década.



Distribución según BMI

Lejos de ser una “enfermedad de la riqueza”, la obesidad afecta en gran medida a los países en desarrollo y la Argentina no es una excepción. Aunque en nuestro país existen pocos datos, se calcula que entre el 55 y 60 por ciento de la población adulta sufre problemas con el peso, mientras que el número de muertes atribuible a esta enfermedad es de 30.000 al año.



Si en el pasado la principal amenaza a la salud pública eran las enfermedades infecciosas, hoy los especialistas de la salud advierten sobre las enfermedades crónicas, es decir, aquellas para las que no hay cura definitiva sino sólo formas de controlarlas. Debido a estas complicaciones, **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 reciente 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. Según cifras recientes, en los Estados Unidos la obesidad significó unos U\$S 300 extra en gastos médicos para el año 2001. Los investigadores creen que las cifras actuales son todavía mayores.

DEFINICIÓN:

La Organización Mundial de la Salud, define a la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, como consecuencia de un desequilibrio producido cuando el consumo de calorías supera al gasto durante un lapso prolongado. La obesidad es el resultado de la interacción de factores genéticos, metabólicos, ambientales y conductuales (la dieta y la actividad física).

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

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

- IMC < 18

clasificación del peso: Bajo

clasificación de riesgo: Bajo

- IMC 18 - 25

clasificación del peso: Normal

clasificación de riesgo: Peso saludable

- IMC 25 - 30
clasificación del peso: Sobrepeso
clasificación de riesgo: Moderado
- IMC 30 - 35
clasificación del peso: Obesidad GRADO I
clasificación de riesgo: Alto
- IMC 35 - 40
clasificación del peso: Obesidad GRADO II
clasificación de riesgo: Muy alto
- IMC > 41
clasificación del peso: Obesidad GRADO III
clasificación del riesgo: Extremo o mórbida

El IMC permite predecir el riesgo en buena medida, pero no desde el punto de vista patológico, ya que el aumento de peso se puede deber a un incremento muscular, como en el caso de los fisicoculturistas, o a retención de líquidos, etc.

De acuerdo a los datos anteriores, la obesidad se clasifica en:

SEGÚN GRADO:

- Grado I: con ICM entre 30 - 35.
- Grado II: con ICM entre 35 - 40.
- Grado III: con ICM de 41 o más.

SEGÚN DISTRIBUCION DE GRASA:

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

Dentro del grupo de obesos, aquellos que presentan más de 40 kg por encima de su peso ideal se los considera obesos mórbidos. Estas personas son los que poseen mayor riesgo de padecer enfermedades serias, debilitantes y progresivas y una menor expectativa de vida. La obesidad mórbida se asocia a la aparición de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis,

problemas respiratorios, litiasis vesicular, incontinencia urinaria, edemas en miembros inferiores, úlceras vasculares, reflujo gastroesofágico, accidentes cerebrovasculares, infertilidad, ciertos tipos de cáncer, depresión, ansiedad, etc.

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

Riesgos de la Obesidad

La obesidad es la punta de un iceberg de un grupo de enfermedades definidas para las que representa un riesgo aumentado:

Muy Aumentado	Moderadamente aumentado	Ligeramente aumentado
☒ Diabetes	☒ Enfermedad cardíaca coronaria	☒ Cáncer (de mama en mujeres postmenopáusicas, cáncer endometrial, cáncer de colon y próstata)
☒ Cálculos de la vesícula	☒ Artrosis (rodillas)	☒ Alteración hormonal en mujeres
☒ Hipertensión	☒ Hiperuricemia	☒ Síndrome de ovario poliquístico
☒ Dislipidemia	☒ Gota	☒ Problemas de fertilidad
☒ Resistencia a la Insulina		☒ Lumbalgias

<ul style="list-style-type: none"> ☒ Desórdenes de la respiración 		<ul style="list-style-type: none"> ☒ Aumento del riesgo quirúrgico
<ul style="list-style-type: none"> ☒ Apnea de sueño ☒ Desórdenes de la alimentación 		<ul style="list-style-type: none"> ☒ Problemas fetales

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

Prejuicios similares se han observado en médicos, estudiantes de medicina y enfermeros. Un estudio muestra que el 48% de las enfermeras estudiadas confesaron sentirse incómodas atendiendo a pacientes obesos y el 31% afirmó que preferiría no tener que atenderlos. Estas actitudes de los profesionales de la salud podrían afectar los juicios clínicos. Al mismo tiempo varios estudios de investigación sugieren que los pacientes obesos podrían tener menos accesos a los métodos de detección clínica y prácticas preventivas (palpación mamaria, PAP, exámenes pelvianos) y además existe la dificultad en la realización del examen físico (palpación abdominal, medición de tensión arterial) y acceso a estudios complementarios, especialmente métodos de imágenes.

Por otra parte, en general, los sistemas de cobertura médica excluyen explícitamente el tratamiento de la obesidad. Los médicos a menudo se ven en dificultades para cobrar sus honorarios. Negar acceso al tratamiento a las personas obesas podría tener graves consecuencias para la salud, negándoseles además la oportunidad para que inicien tratamiento y puedan perder peso.

TRATAMIENTO

La pérdida de peso en personas con sobrepeso y obesidad mejora notoriamente las complicaciones físicas, metabólicas y endocrinológicas (problemas de corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión, cáncer, etc.). También puede mejorar los problemas de ansiedad y depresión, el funcionamiento psicosocial, el estado de ánimo y la calidad de vida en general.

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.

Personas con hipertensión que redujeron un promedio de 5 kilos durante seis meses disminuyeron los niveles de presión sanguínea. Una pérdida de peso intencional de 0,5 a 9 Kg. en mujeres con sobrepeso que sufren enfermedades relacionadas con la obesidad, llevaron a una caída del 20% de la mortalidad total, a una reducción del 40-50% de la mortalidad por cáncer vinculado con la obesidad, y a una reducción del 30-40% de las muertes relacionadas con la diabetes.

Beneficios de la pérdida de peso

Co-morbilidad	Pérdida de Peso	Beneficios de la pérdida de Peso
Mortalidad	10 kg	<ul style="list-style-type: none">☒ >20% descenso en mortalidad total☒ >30% descenso en muertes relacionadas con diabetes☒ Disminución de las muertes por cáncer

		relacionados con la obesidad
Diabetes	10 kg	Disminución de 50% de personas con hiperglucemia en ayuno
Hipertensión	10 kg	<input type="checkbox"/> Descenso de 10 mmHg presión sistólica <input type="checkbox"/> Descenso de 20 mmHg presión diastólica
Lípidos Sanguíneos	10 kg	<input type="checkbox"/> Descenso de 10 % colesterol total <input type="checkbox"/> Descenso de 15% LDL <input type="checkbox"/> Descenso 30% triglicéridos <input type="checkbox"/> Aumento de 8% HDL
Índices de coagulación sanguínea		<input type="checkbox"/> Disminución de la coagulabilidad sanguínea <input type="checkbox"/> Mejoramiento de la capacidad fibrinolítica (fluidez)
Complicaciones Físicas	5-10 KG	<input type="checkbox"/> Mejoramiento en el dolor de espalda y articulaciones <input type="checkbox"/> Mejoramiento de la función pulmonar <input type="checkbox"/> Disminución de las dificultades para respirar <input type="checkbox"/> Disminución de la frecuencia de la apnea de sueño
Función ovárica	>5%	<input type="checkbox"/> Mejoramiento de la función ovárica

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.

Varios métodos se han estudiado para el tratamiento de la obesidad, incluyendo dieta, terapia conductual, actividad física, medicación y cirugía. Sin embargo, 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 el American College of Cardiology, 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 (aquellos con más de 40 kg de sobrepeso) que no hayan tenido éxito con los tratamientos tradicionales, cuya salud está en riesgo a causa de la obesidad. Quienes presentan esta patología, tienen una incidencia 4 veces mayor de padecer cáncer de colon, próstata, mama y ovario y un riesgo elevado de mortalidad como consecuencia de enfermedades cardiovasculares y trastornos respiratorios. 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 de peso menor (desde un IMC de 35). Como en cualquier intervención seria, existen riesgos en la cirugía bariátrica. Debe tenerse en cuenta que cualquier obeso mórbido que vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica tiene un riesgo mayor de sufrir complicaciones que un enfermo de peso menor o normal. A mayor exceso de peso y comorbilidades presentes -especialmente respiratorias y cardíacas- mayor será el riesgo. De aquí que los pacientes a ser considerados deban 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 orden de 50 al 75 por ciento, con un importante impacto en la calidad de vida del paciente. La morbilidad en la cirugía bariátrica es menor al 10 % mientras que la mortalidad es inferior al 1%.

Entre otros beneficios se pueden destacar los resultados a corto plazo, un mantenimiento prolongado del descenso de peso, y una relación costo beneficio positiva en relación al tratamiento de las comorbilidades. 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.

En el año 1991 el National Institutes of Health (NIH) de Estados Unidos reunió un panel multidisciplinario que generó guías para la selección de pacientes.

Indicaciones de Cirugía Bariátrica según el National Institutes of Health
BMI de 40 kg per m ² o mayor, o BMI de 35 kg per m ² o mayor con importantes comorbilidades derivadas de la obesidad (e.j., diabetes, apnea, enfermedad coronaria, artritis invalidante)
Intentos previos para bajar de peso, incluyendo un programa especial con dieta, actividad física, terapia conductual.
Tener motivación y estabilidad psicológica para entender los riesgos y beneficios del procedimiento, así como también los cambios de estilo de vida post operatorios y el control médico posterior.

Tipos de Cirugía

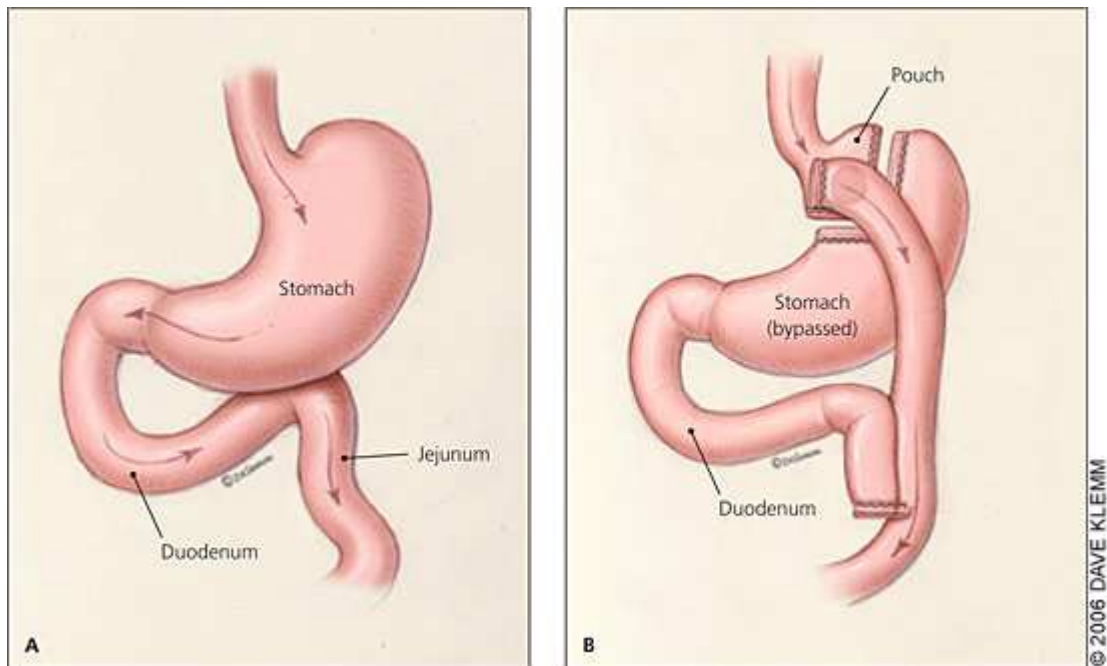


Figura 1. (A) Estómago antes del procedimiento. (B) Estómago luego del by pass gástrico en Y de Roux; la comida es redirigida a la porción media del intestino delgado, limitando así la absorción de calorías. Costo aproximado de \$8000.

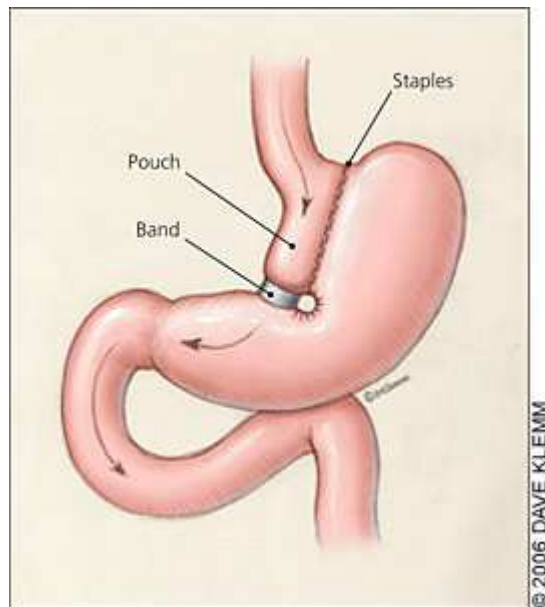


Figura 2. La Gastroplastía en manga divide al estómago usando suturas y direcciona la comida hacia un pequeño sector, limitando la ingesta de calorías. Costo aproximado \$3500.

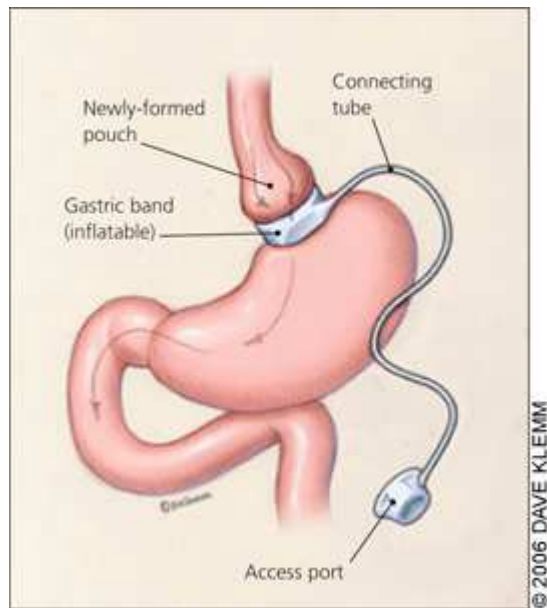


Figura 3. La banda Gástrica ajustable consiste en insetar un dispositivo inflable con forma de anillo, generalmente por vía laparoscópica, que puede ajustarse mediante una válvula subcutánea. Costo aproximado \$3500.

PREVENCION DE LA OBESIDAD

Afirmar que la obesidad es una enfermedad crónica no significa que su desarrollo sea inevitable. La experiencia de algunos países revela que 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

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 sobre peso 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 servicio 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.

CONCLUSIONES

La obesidad ha alcanzado las proporciones de una *EPIDEMIA* mundial. Lo que antes era sólo un problema de los países ricos, hoy en día aqueja también a las naciones en desarrollo. Los expertos señalan que en los países más pobres, la obesidad suele coexistir con la desnutrición y, al igual que ésta, debe considerarse como una *enfermedad nutricional* – no sencillamente como una abundancia descontrolada.

La tendencia creciente de esta patología está relacionada con costos médicos directos e indirectos, que en conjunto superan a los costos relacionados con el cigarrillo y el alcohol. 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 por ciento de todos los gastos privados de salud, en comparación con sólo el 2 por ciento en 1987.

Al intentar analizar las causas de estos incrementos en los costos, podemos dividir los gastos de salud médica en dos partes. Una es que estamos tratando cada vez más personas enfermas (obesas) y, la segunda es que cuesta más tratar a esos pacientes.

Los aumentos de peso corporal, incluso modestos, están asociados con significativos aumentos de riesgo de enfermedad crónica. Un aumento de entre 5 a 10 Kg. se asocia con un aumento de riesgo relativo de enfermedad cardíaca en mujeres de 1.2 y en hombres de 1.65. Un aumento de entre 10 y 20 kg. Eleva el riesgo de enfermedad cardíaca aún más fuertemente, de 1.75 para mujeres y 2.65 para hombres. Un incremento de 5,5 a 9 kg. Duplica el riesgo de diabetes tipo 2 en relación con personas que mantienen su peso, en tanto que los que aumentan 20 Kg. o más cuadruplican el riesgo de esta enfermedad. Según datos de USA. , en 1995 el costo atribuible a la obesidad fue de 99 mil millones , mientras que en el 2000 subió a 117 mil millones y actualmente se registran costos mucho más altos para aquellos que se clasifican inicialmente como con sobrepeso u obesos. Los mayores gastos incluyen costos farmacéuticos, particularmente medicaciones para la diabetes y enfermedades cardiovasculares, así como pacientes ambulatorios y costos de internación. En un estudio de adultos japoneses que examinó los cambios en los costos de cuidado de la salud durante un periodo de 4 años, estos fueron un 9.8% más altos para los que tenían un IMC base de 25-29.9 y fueron un 22% más altos en aquellos que tenían un IMC > 30. Otro estudio de control de cuidado de salud de la 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.

Como se desprende de lo antes expuesto, las consecuencias económicas son enormes, en término de costos directos e indirectos , en tanto aumenta la prevalencia de la obesidad.

La prevención será la mejor forma de economizar gastos futuros, mejorar la calidad de vida de los individuos afectados, evitar miles de muertes prematuras y 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 (educación, salud, sector privado de salud, industria, organizaciones no gubernamentales, etc), para lograr prevenir o revertir la situación actual.

Dentro de las actividades propuestas se pueden destacar:

En el marco de las *obras sociales y prepagas*:

- Registrar peso y talla de los nuevos adherentes a fin de identificar población de riesgo y poder realizar con ella un seguimiento
- Exigir a los profesionales médicos valores de BMI de cada consulta, junto con las planillas de facturación.
- Proporcionar información adecuada a sus afiliados acerca de los riesgos de la obesidad y demás enfermedades crónicas.
- Realizar programas de control de obesidad, donde además de promover estilos de vida saludables, se premie con reducción de cuotas al descender de categoría de IMC en determinado tiempo.
- Proporcionar descuento en gimnasios o brindar entrenamiento a aquellas personas con valores elevados de BMI.

En el marco del *gobierno*:

- implementar leyes que consideren a la obesidad como enfermedad y obliguen al sistema público y privado a cubrir medicación y tratamientos disponibles.
- Realizar encuestas y trabajos epidemiológicos para obtener datos estadísticos de prevalencia, costos, etc regionales y así poder elaborar un plan integral y preventivo acorde a las necesidades y realidad local.
- Transmitir esta información desde el nivel primario de escolaridad (debido a la importante amenaza de la obesidad infantil en aumento) , incentivando a los niños a realizar trabajos e investigaciones sobre las propiedades nutricionales de los distintos alimentos y controlando el consumo de los mismos en comedores y kioscos.
- Crear espacios verdes para facilitar la práctica de deportes a todos los niveles

En el marco *laborar*:

- Llevar registro del status nutricional de los empleados con el fin de detectar población de riesgo
- Crear lugares donde realizar actividad física dentro del espacio laboral

- Proporcionar un menú equilibrado con la actividad del individuo dentro del ámbito laboral
- Estimular la práctica de actividad física dentro de sus empleados y sus familias

BIBLIOGRAFÍA:

1. National Center for Health Statistics. "Prevalence of Overweight among Obesity Adults: United States – 1999-2002"
2. "La Obesidad dispara los Costos de la Salud". Medicina Geriátrica. Junio, 2005
3. Ley 1906- Ley Básica de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad y Diabetes – Legislatura de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, 6 de Diciembre de 2005

4. "U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services". 2d ed. Washington, D.C.: Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996
5. Dr. Jorge Braguinsky." La Pandemia de obesidad un fenómeno natural y esperable" – Nutrinfo, abril 2006
6. " Costos de la Atención Médica derivada de la falta de actividad física, sobrepeso y obesidad" - CDC, Preventing Chronic Diseases – Public Health Research Practice and Policy – Octubre 2005
7. Michelle M. Mello JD – " Obesity – The New Frontier of Public Health Law", NEJM, Vol, 354:2601-2610; N°24 –Junio 15,2006
8. Natinal Institute of Health – NHLBI – Obesity Education Initiative, "The Practical Guide: Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults" – N°00-4084 – Oc tubre,2000
9. "La obesidad en el Siglo XXI" – Fundación ALCO
10. "Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale" – American Family Physician (AFP), Vol 69 N°8, Ab ril 15, 2004
11. Walkers S. Carlos Porton II, MPH. " Successful Management of the obese patient" – AFP, Vol 61 N°12, Junio 15, 2000
12. Ethan M. Beke, MD. "Medical Management of Obesity"- AFP, Vol 62 N°2, Julio 15, 2000
13. " Medical Care for Obese Patients: Advice for Health Care Professionals" – AFP, Vol 65 N°1, Enero 1, 2002
14. Lori M. Dickerson, PharmD. "Drug Therapy for Obesity" – AFP, Vol 61 N°7, Abril 1, 2000
15. Susan Z. Yanovski, MD. " Pharmacotherapy for Obesity – Promise and Uncertainty" – NEJM, Vol 353:2187-2189 N°20, No viembre, 2005
16. "Pharmacologic Therapy with Counseling is Best for Obesity" – AFP, Vol 73 N°11, Junio, 2006
17. Arthur Frank, MD."Bariatric Surgery: Too many unanswered questions", AFP, Vol 73 N°8, Abril, 2006
18. Ayaz Vriji, MD. "Caring for patients after bariatric surgery" – AFP, Vol 73 N°8, Abril , 2006

19. "Obesity – A Global Epidemic" – American Obesity Association (AOA) – Fact Sheets. Mayo 2005
20. "Health Effects of Obesity" – AOA - Fact Sheets. Mayo 2005
21. "Obesity Research"- AOA - Fact Sheets. Mayo 2005