



Licenciatura en Nutrición

Trabajo Final Integrador

Comparación de costos entre la alimentación realizada por un obeso sin tratamiento y un obeso con un plan de alimentación hipocalórico indicado por un Lic. en Nutrición.

Presentado por: Ciappini, María Florencia

Año 2010

COMPARACIÓN DE COSTOS ENTRE ALIMENTACIÓN HABITUAL DE UN OBESO SIN TRATAMIENTO Y PLAN ALIMENTARIO HIPOCALÓRICO INDICADO POR UN LIC. EN NUTRICIÓN

Ciappini, M. F.

Universidad ISALUD

fcappini@yahoo.com.ar

RESUMEN

Introducción: Actualmente, la Obesidad representa uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes a nivel mundial y Argentina no es la excepción. Además, el incremento en el costo de los alimentos es cada día más evidenciable y si bien los productos dietéticos utilizados en planes alimentarios suelen ser más costosos, la cantidad de alimentos que ingiere un obeso normalmente se presume como muy elevada.

Objetivos: Comparar el costo total de la alimentación habitual de un paciente obeso y el del plan alimentario diseñado por un profesional. Relacionar la cantidad, la calidad y el precio de los alimentos consumidos habitualmente por un obeso y los consumidos durante la realización del plan de alimentación diseñado y guiado por un profesional.

Materiales y métodos: el trabajo se realizó mediante la recolección de datos de registros de frecuencia de consumo autoadministrado de historias clínicas de 16 pacientes de la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot, con posterior análisis de precios vigentes en el mercado.

Resultados: el periodo de alimentación habitual resultó un 57% más costoso que la etapa de realización del plan alimentario. Los mayores costos se observaron en los casos que realizaban un gran número de comidas fuera del hogar. Las kilocalorías resultaron más del doble en el periodo de alimentación habitual.

Conclusiones: la diferencia de costos fue mayor durante el periodo de alimentación habitual y se dió por el tipo de alimentos consumidos y no por la cantidad, ya que ésta fue similar en ambos. La diferencia de costos fue mayor dentro del periodo de alimentación habitual debido a la amplia variabilidad en cantidades y tipos de productos entre pacientes.

Palabras clave: obesidad, costo, alimentación, calidad.

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	1
Generales.....	1
Específicos.....	2
3. Marco teórico y Estado del arte	2
Marco teórico.....	2
Estado del Arte.....	3
4. Diseño	6
5. Metodología	6
Población y muestra.....	6
Criterios de Inclusión.....	6
Criterios de Exclusión.....	6
Materiales y métodos.....	7
Equipos técnicas e instrumentos.....	7
6. Resultados	8
7. Conclusiones	13
8. Bibliografía	14
9. Anexos	16
Planilla de registro de datos del paciente.....	16
Planilla de análisis de datos.....	18

1. Introducción

En la actualidad, la Obesidad representa uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes a nivel mundial, tanto por los problemas propios de la enfermedad como por problemas de salud secundarios que pueda originar (Diabetes, Insulinorresistencia, Síndrome Metabólico, trastornos osteo-articulares, cardiovasculares, respiratorios, etc.). Argentina no es la excepción a esta tendencia, ya que si bien no existen estudios recientes sobre el estado nutricional de la población, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) realizada entre los años 2004 y 2005 arrojó resultados sobre obesidad en mujeres de 18-49 años que alcanzaba el 20%¹.

Por otro lado, el incremento en el costo de los productos, entre ellos los alimentos, es cada día más evidenciable. Si bien los productos dietéticos que forman parte de un plan de alimentación diseñado por un profesional para personas con obesidad tienen muchas veces un valor mayor que los mismos productos en su versión regular, la cantidad de alimentos que ingiere un obeso sin tratamiento se presume muy elevada. Por eso es que la pregunta de investigación plantea *“¿Cuál es la relación entre la cantidad, la selección y el precio de los alimentos que consume una persona obesa durante un periodo de su alimentación habitual y durante el tratamiento diseñado por un profesional, realizado en la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot? ¿Cómo influye esta relación en el costo final de la alimentación?”*. Estas preguntas pretenden conducir a determinar si la mayor cantidad de productos consumidos por los pacientes obesos sin tratamiento genera un gasto mayor que el del plan de alimentación adecuado a dicha patología, caracterizado por un volumen determinado de alimentos con menor contenido calórico, lipídico y de carbohidratos (sobre todo simples), que justamente son los que suelen tener un precio más elevado en comparación con sus respectivas versiones regulares presentes en el mercado.

Reviste especial importancia la conducta que suelen tener los enfermos crónicos que requieren un cambio en el estilo de vida (previa aceptación de su enfermedad), entre los que el obeso es un referente importante ya que en principio, cuando la negación a su enfermedad es muy fuerte objetará características del plan de alimentación para encontrar razones para no realizarlo, y entre ellos se destaca el costo de los alimentos del plan hipocalórico. Según un estudio de Residencias de Nutrición 2010 realizado en el Hospital Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires, el elevado costo de los alimentos fue la segunda causa de abandono del tratamiento referida por pacientes con Obesidad e Hipertensión que no lograban la adherencia a las prescripciones².

Debido a lo mencionado anteriormente el presente trabajo pretende contribuir a la información actual sobre la Obesidad desde una perspectiva que no suele ser abordada: la económica. Con ello se pretende establecer el punto de partida para promover la reflexión de los profesionales que se dedican a esta área, e intenten comenzar a tener en cuenta este aspecto al momento de proponer un plan de alimentación, ya sea por real impedimento de los pacientes a acceder al plan prescripto o para obtener fundamentos para contrarrestar la posible excusa de los mismos para no realizar el tratamiento.

2. Objetivos

2.1. Generales:

- Comparar el costo total de la alimentación realizada habitualmente por un paciente obeso y el del plan hipocalórico diseñado por un profesional.

¹ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2007. http://www.msal.gov.ar/htm/site/ennys/pdf/ENNyS_Documento-de-resultados-2007-II.pdf. Septiembre de 2010.

² Ferreira A. Rebagliati V. Trabajo de Residencias en Nutrición. Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial. Año 2010.

- Relacionar la cantidad, la calidad y el precio de los alimentos consumidos habitualmente por un obeso y los consumidos durante la realización del plan de alimentación diseñado y guiado por un profesional.

2.2. Específicos:

- Conocer la cantidad y tipo de alimentos consumidos por una persona obesa sin tratamiento y durante la realización del plan alimentario en la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot.

- Investigar los precios vigentes en el mercado de los alimentos consumidos en cada periodo de ingesta.

- Calcular el costo total de la alimentación habitual de un obeso sin tratamiento y el del plan de alimentación diseñado por los profesionales de la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot para el mismo paciente.

3. Marco teórico y estado del arte

3.1. Marco teórico:

En el presente estudio se trabajó con conceptos que es necesario definir para situar al lector en la perspectiva de abordaje de los mismos.

La **obesidad** es actualmente considerada como uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998 como la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo hasta el punto que pudiera dañar la salud³. Una de las herramientas más utilizadas a nivel poblacional para el diagnóstico de esta enfermedad es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se define como el cociente entre el peso en kilogramos y la talla al cuadrado, expresada en metros (kg/m^2). Según la OMS, un resultado de IMC mayor a 30 es diagnóstico de obesidad, pero si bien este índice es práctico para la evaluación poblacional, para el diagnóstico individual, es imprescindible contar con indicadores que permitan valorar el riesgo asociado y la presencia de comorbilidades. Para ello, existen dos marcadores prácticos: el cociente entre la circunferencia de la cintura y la cadera y el perímetro de cintura, que permiten determinar la distribución de la grasa corporal y con ello el riesgo de comorbilidades que trae aparejado esta patología. Mediante la medición de estas circunferencias se puede distinguir entre dos tipos de obesidad: central o abdominal que representa un riesgo aumentado de padecer enfermedades cardiovasculares; y periférica o ginoide, la cual no ejerce influencia en el riesgo cardiovascular⁴.

Además, se definirá para el presente estudio el concepto **alimentación habitual de un obeso**, entendido como el tipo y cantidad promedio de alimentos consumidos en un día comprendido entre Lunes y Viernes y otro de fin de semana (Sábado ó Domingo) por la población en estudio durante el periodo de ingesta en la que las personas no se encuentran realizando ningún plan de alimentación como tratamiento de dicha enfermedad.

Para el análisis del **plan de alimentación hipocalórico** se tendrá en cuenta este concepto, definido como un plan de menor contenido calórico, lipídico y de hidratos de carbono que un plan para un individuo normopeso.

Revisten importancia en el presente estudio, cuatro conceptos básicos de la Ciencia de la Nutrición, que en conjunto fueron denominados por el Dr. Escudero “Leyes de la alimentación”. En principio se debe tener presente el concepto de adecuación, que si bien no se manifiesta en forma explícita en este trabajo, se encuentra de manera tácita en la realización de un plan alimentario

³ World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (WHO technical report series; 894). Año 1998 www.ncbi.nih.gov Septiembre de 2010.

⁴ Scarsella C. Després JP. Tratamiento de la Obesidad: necesidad de centrar la atención en los pacientes de alto riesgo caracterizados por obesidad abdominal. Revisión de Quebec Heart Insitute. Año 2003. www.scielo.br

modificado con respecto a uno destinado a la población normal. Entonces, se define *adecuación* de un plan alimentario como la adaptación del mismo de acuerdo a diversas características de una persona, de las cuales la más relevante en este estudio es el estado de salud, el cual determina la necesidad de realizar modificaciones en la alimentación, principalmente reducción del valor calórico total a expensas de grasas y carbohidratos simples. Para cumplir con esta ley se deben respetar los gustos, hábitos y situación económica del paciente.

Los siguientes conceptos forman parte de las leyes de la alimentación y son relevantes en el presente estudio ya que se evaluarán en cada periodo de ingesta, para efectuar la comparación económica de ambos: son la *calidad* y *cantidad* de alimentos. La cantidad está relacionada a la suficiencia del volumen de alimentos para cubrir las necesidades calóricas del organismo y para su determinación se tienen en cuenta algunos factores como las patologías. En el caso de la obesidad, la cantidad de alimentos debe ser la suficiente para que el individuo pueda llevar adelante sus actividades diarias, adecuándola al objetivo principal que es descender de peso para mejorar el estado de salud. En cuanto a la calidad, ésta se define como la necesidad de contar con una dieta completa en cuanto a su composición, asegurando el correcto funcionamiento de órganos y sistemas mediante el aporte adecuado de hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, vitaminas y minerales⁵.

3.2. Estado del arte

Si bien es cierto que la sociedad moderna ejerce una gran influencia en el aumento mundial de la prevalencia de obesidad, ya que se caracteriza por ser cada vez menos apta para realizar actividad física, poseer una mayor oferta de productos de alta densidad calórica (ricos en grasas y azúcares simples), menor comensalidad en los hogares, etc.,¹ el aumento de precio que se evidencia diariamente en los alimentos es un factor a tener en cuenta ya que es influyente a la hora de realizar un plan alimentario. Este aspecto se encuentra en reciente estudio por lo que no se cuenta aún con una gran cantidad de antecedentes sobre la “microeconomía de la alimentación”.

El primer trabajo a mencionar en el presente apartado es “Food choices and diet costs: an Economic Analysis”, realizado por Adam Drenowski y publicado en el año 2005 por The Journal of Clinical Nutrition. En el mismo se estableció como objetivo principal el análisis de la relación entre la calidad y el costo de la dieta y el precio de los alimentos. Incluye además un análisis del medio ambiente actual, en el que la tendencia en la oferta de alimentos se caracteriza por el aumento en el tamaño de las porciones, en especial de los alimentos que no son saludables.

La hipótesis del estudio presume que como factor mediador de la relación entre las tendencias en el suministro de alimentos y el aumento de los índices de obesidad, se encuentra el aspecto económico, es decir el costo de los alimentos.

En el análisis se muestra que ante la relación inversa que existe entre el precio y la densidad energética y calidad de los alimentos, las personas con menores recursos económicos realizan una dieta basada en una gran cantidad de granos refinados, azúcares y grasas como una estrategia más para cuidar el dinero. No deja de lado el hecho de que estos alimentos poseen un sabor más agradable, brindado por el azúcar y las grasas, por lo que las personas terminan por convencerse de que ese tipo de alimentos son su mejor opción.

Menciona además, la importancia de las políticas de salud pública en relación con la oferta y publicidad de alimentos. También le otorga valor a las reformas en las subvenciones agrícolas, las tarifas de importación y los programas de asistencia alimentaria, con el objetivo de mejorar el acceso a alimentos más saludables y nutritivos.

El trabajo concluye afirmando que los estudios enfocados en la microeconomía se encuentra enormemente atrasada, ya que la mayor parte de la bibliografía sobre obesidad tiene en cuenta una

⁵ López L, Suárez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Capítulo 2: Definición de conceptos relacionados con la nutrición. Editorial El Ateneo. Año 2002.

gran cantidad de aspectos sobre ella, pero no menciona lo referido a los costos de los diferentes tipos de alimentos.

Incluye además, entre las estrategias para reducir el consumo de alimentos de bajo costo, la implementación de impuestos y restricciones por parte del Estado. Asimismo, propone la realización de más estudios referidos a la calidad de los alimentos en relación con sus costos en las que posteriormente se puedan basar posibles intervenciones nutricionales y políticas de fiscalización de alimentos.⁶

Continuando con éste abordaje de la temática, un nuevo trabajo publicado por The American Journal of Clinical Nutrition en el presente año, actualiza la comparación de costos en alimentos relacionándolo con su energía y el valor nutricional de los mismos.

El trabajo tiene como objetivo restablecer las relaciones entre costo de alimentos, la energía y los nutrientes que aporta, basándose en la composición actual de los alimentos y la información actual de precios brindada por el United States Department of Agriculture (USDA).

El estudio utiliza información sobre densidad energética (Kilocalorías/gramos), tamaño de la porción (gramos), precio unitario (precio/100g), precio de la porción y costo de la energía (precio/kilocaloría) para realizar el análisis. A partir de esta información los resultados afirman que los costos más altos por unidad de energía son los de los vegetales y las frutas, mientras que los costos más elevados por porción son los de carne vacuna, pollo y pescado, siendo el otro extremo, el grupo más económico, el de las grasas. Finalmente, concluye reafirmando que en todas las comparaciones realizadas, los grupos más costosos eran los vegetales y frutas, relacionando nuevamente la mayor prevalencia de obesidad en sectores de bajos ingresos económicos que basan sus elecciones alimentarias tanto en el costo de los alimentos como en la palatabilidad que ofrece los grupos de alimentos más económico: las grasas, azúcares, granos refinados y dulces.⁷

Por otra parte, un estudio realizado por The Nielsen Company en Estados Unidos en el año 2009, afirma que en ese país la alimentación saludable no tiene porque ser más costosa ya que existen alternativas en los supermercados de productos saludables a un bajo costo y sostiene que lo que determina la alimentación general de la población no es el costo de los productos sino los hábitos de las personas, que varían según la época del año. El mismo además, crea un índice propio para evaluar la evolución en las ventas de productos de selección propia designados como “saludables”, que fueron elegidos por las inscripciones de los mismos en sus envases como “natural”, “reducido en calorías”, “granos enteros”, “orgánico”, “antioxidantes”, etc. Es importante tener en cuenta que los resultados de estudios sobre esta temática son muy variables entre países, ya que entre éstos existen diferencias en hábitos y costumbres, implementación de políticas públicas para la regulación de precios, publicidades, tipos de alimentos en oferta, etc.⁸.

Otro estudio, publicado por The American Journal of Clinical Nutrition en el año 2007 tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el costo de una dieta, su calidad y la densidad calórica de la misma. El trabajo se realizó de forma transversal mediante un registro de comidas de 7 días con adultos franceses y arrojó como resultado principal que las dietas de mayor calidad eran las de menor densidad calórica y también las más costosas. Este tipo de dietas eran las que mayor

⁶ Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an Economic Analysis. The Journal of Clinical Nutrition Abril 2005; 135:900-904.

⁷ Drewnowski A. The cost of US foods are related to their nutritive value. The Journal of Clinical Nutrition. Noviembre 2010. 92(5):1181-8.

⁸ Pirovano T. US Healthy eating trends. Parte 1 y 3. The Nielsen Company. Febrero de 2009. www.nielsen.com

cantidad de nutrientes aportaba en una cantidad saludable y resultaba ser más costosa que la que aportaba principalmente grasas, productos envasados y azúcares refinados⁹.

En un estudio similar publicado por la American Dietetic Association en el año 2009 se evaluó la relación entre la densidad energética, los costos ajustados a la energía y se adicionaron una serie de indicadores socioeconómicos de los participantes para lograr obtener un contexto del estudio. Los resultados obtenidos fueron semejantes a los del estudio mencionado anteriormente, ya que las dietas de menor densidad calórica fueron las que tenían una mejor ingesta de nutrientes y a su vez, resultaban más costosas. Las dietas de alta densidad energética se relacionaron con una ingesta menor de micronutrientes y fibra, y con un menor costo económico.

Con respecto a los indicadores socioeconómicos, se relacionó a un mayor nivel educativo e ingreso económico con dietas de menor densidad calórica, que a su vez, tienen mayor costo y mejor calidad nutricional. Las personas con menor nivel educativo y menores ingresos se relacionaron con dietas de mayor densidad calórica a las que accedían a un menor costo¹⁰.

Como referencia argentina existe un informe realizado por el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil publicado en el año 2006, que analiza las preferencias de los consumidores hacia alimentos que promueven la obesidad, denominados “obesogénicos” (ricos en grasas y azúcares simples), el posible impacto de una disminución de los precios de los productos saludables y las posibilidades de intervenir en los factores relacionados a la provisión de información al consumidor.

Entre otros análisis, establece una comparación entre la composición de las canastas de consumo de hogares de diferentes niveles de ingreso de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Gasto de Hogares (ENGHO) realizada en 1996 y la normativa propuesta por la Asociación Argentina de Nutricionistas en las Guías Alimentarias para la población argentina¹¹.

En relación a la calidad y características de dos momentos de alimentación en una persona, existe un trabajo publicado por la revista de la Asociación Argentina de Nutricionistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND), que si bien no se enmarca en un contexto económico, sí lo hace comparando las características de los productos regulares y sus versiones dietéticas en el mercado; productos que son incluidos en los dos periodos de ingesta alimentaria que se analizarán en este trabajo. El estudio en un principio aborda la temática de la utilización de los productos alimentarios dietéticos como nuevo hábito alimentario en la sociedad actual. Sostiene que la industria alimentaria, con la introducción de productos en versiones dietéticas en el mercado, responde a una demanda originada por los consumidores, quienes viven preocupados por su peso corporal. Refleja cómo la sociedad moderna sobrevalora el cuerpo delgado y cómo éste se asocia al éxito profesional, a la plenitud y a la felicidad. En adición a esto, también analiza cómo con el pasar de los años ha disminuido el gasto energético diario y cómo ha crecido el consumo de alimentos industrializados y fuera del hogar.

El objetivo principal del estudio es comparar la diferencia de contenido lipídico y energético de productos alimentarios de consumo frecuente en sus versiones regulares y dietéticas para establecer su utilidad en planes de alimentación hipocalóricos.

Los métodos utilizados por el estudio consistieron en una selección de productos alimentarios de marcas líderes en el mercado local de diferentes grupos de alimentos de consumo

⁹ Maillot M, Darmon N, Drewnowski A. Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 86, No. 3, 690-696, Septiembre 2007.

¹⁰ Monsivais P, Drewnowski A. Lower density diets are associated with higher monetary costs per kilocalorie and are consumed by women of higher socioeconomic status. *Research of American Dietetic Association*. Vol. 109(5):814-822. Mayo de 2009.

¹¹ Britos, S. Obesidad en Argentina: también una cuestión económica. Informe del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. Año 2006.

habitual; se elaboraron tablas comparativas de la información nutricional entre las dos versiones de cada producto. Luego se calculó una fórmula desarrollada armónica y suficiente en base a los requerimientos nutricionales de un adulto equivalente hombre y mujer y se calculó el impacto del reemplazo de algunos productos de tipo regular por su versión dietética.

Los resultados indicaron que uno de los inconvenientes que presenta el reemplazo es que las personas no se acostumbrarían a reducir el volumen de alimentos, lo que generaría un posterior aumento de peso si después de un tiempo vuelven a utilizarse productos regulares. Otro punto de énfasis en los resultados considera que no se realizaría una adecuada educación alimentaria si el paciente, por medio de este plan entiende que los productos dietéticos, por ser reducidos en grasas, azúcares y por lo tanto en energía son de libre consumo.

Como conclusión final establece que un reemplazo de la mayor parte de alimentos regulares por sus versiones dietéticas sería de utilidad en los planes hipocalóricos para el descenso de peso en personas adultas con sobrepeso ú obesidad o para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.¹²

Como se ha mencionado, los trabajos referidos a la temática microeconómica de la obesidad no abundan y serían de utilidad para evaluar las reales diferencias entre los dos periodos de ingesta que transita un paciente antes y durante un tratamiento, teniendo en cuenta que no está claro hasta qué punto los pacientes utilizan el factor económico como excusa para realizar el plan alimentario ó si realmente el costo de la alimentación prescrita es mayor al gasto que tienen hasta el momento de comenzar el plan.

4. Diseño

El trabajo fue de carácter exploratorio, transversal, observacional. Fue de carácter exploratorio dado que existe poca información sobre el tema a nivel mundial; transversal, ya que se realizó sólo una medición de las variables; y será observacional, ya que el objeto de estudio será analizado sin intervención sobre el mismo.

5. Metodología

5.1. Población y muestra

Personas mayores de 18 años, con diagnóstico de obesidad (Índice de Masa Corporal mayor a 30kg/m²), que asistieron a la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot entre los años 2006 y 2009.

5.2. Criterios de inclusión

-Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con un Índice de Masa Corporal mayor a 30 que asistieron a la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot para comenzar un tratamiento de descenso de peso.

-Pacientes que completen el registro de alimentación habitual antes de comenzar el tratamiento

-Pacientes cuyas historias clínicas cuenten con la información del plan alimentario prescripto por el profesional a cargo.

5.3. Criterios de exclusión

-Pacientes con Índice de Masa Corporal menor a 30.

-Pacientes que concurren a la Clínica de Nutrición y Salud para realizar un tratamiento diferente al de descenso de peso.

¹² Gabin de Sardoy M. Productos alimentarios dietéticos en la sociedad moderna: utilidad e impacto en la alimentación hipocalórica en adultos. DIAETA 2009; 27: 7-14.

-Pacientes que no hayan completado el registro de alimentación habitual antes de comenzar el tratamiento para descenso de peso.

-Pacientes menores de 18 años.

5.4. Materiales y métodos

5.4.1. Variables relevantes

-Edad de los pacientes

-Índice de Masa Corporal

-Ingesta habitual descripta

-Plan alimentario prescripto

5.4.2. Variables no relevantes

-Sexo de los pacientes

-Otras patologías

5.5. Equipos, técnicas e instrumentos

La presente investigación se realizará mediante el registro de datos de fuentes secundarias, constituidos por las Historias clínicas de la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot.

Para cumplir dicha tarea se contará con una primera planilla de toma de datos que incluirá los datos del paciente (Nº de historia clínica, peso, edad, sexo e Índice de Masa Corporal), y los datos de la ingesta (cantidad y tipo de alimentos consumidos en un día tipo de semana y de fin de semana antes de comenzar el tratamiento). Se realizará esta diferenciación de días, ya que está comprobado que la ingesta difiere entre días de semana y de fin de semana, sobre todo en alimentos fuente de grasas, carbohidratos simples y alcohol¹³

Se tendrá en cuenta como otro dato relevante, la actividad de la persona y el lugar donde cada persona hace las comidas del día, ya que una misma comida preparada con productos adquiridos en el supermercado ó comprada lista para consumir en un establecimiento gastronómico no tiene el mismo precio e influye sobre el resultado del costo total de alimentación.

En la misma planilla, se contará con la información de dos días tipo de la dieta indicada por el profesional (cantidad y tipo de alimentos), previamente consensuada con el paciente de acuerdo a sus gustos y hábitos alimentarios y a los lineamientos dietoterápicos que caracterizan un plan de alimentación para descender de peso.

A partir de los datos relevados en las planillas anteriormente descriptas, se volcarán éstos a una planilla que contiene una lista de alimentos dividida en dos categorías para tener en cuenta las diferentes posibilidades que tiene una persona para hacer sus comidas diarias:

-Alimentos adquiridos en supermercados, para preparar y realizar las comidas dentro del hogar.

-Preparaciones y productos comerciales, que incluye productos envasados adquiridos en supermercados y las preparaciones listas para el consumo adquiridas en establecimientos gastronómicos: consumidas en el mismo, consumidas en el lugar de trabajo ó solicitadas por teléfono.

Para analizar los dos días tipo de ambas etapas de alimentación se adicionarán a ésta planilla tres columnas: una para cada día de ingesta relevado y otra para calcular el promedio por alimento. Se incluirá este conjunto de tres columnas para cada periodo de ingesta con el objetivo de obtener el promedio de consumo en dinero de cada fase de alimentación y lograr realizar la comparación.

Debe tenerse en cuenta que los datos incluidos en ésta planilla serán expresados en gramos ó unidades, de acuerdo a lo declarado por los pacientes en su registro, quienes incluyen algunos alimentos como medidas estandarizadas (plato playo, plato hondo, cucharada, vaso, taza, etc.) y

¹³ Haines P. Hama M. Weekend eating in the United States is linked with greater energy, fat and alcohol intake. Obesity Research Journal. Nº 11, 945-949. Junio de 2003.

éstas medidas han sido traducidas a gramos ó mililitros según los patrones establecidos en la bibliografía^{5,14}.

Para obtener los datos de precios de los productos incluidos en cada etapa de alimentación que permitan realizar el cálculo del costo total, se realizará un relevamiento de precios en dos supermercados de Capital Federal, y los resultados obtenidos serán volcados a la lista de alimentos de acuerdo al tipo de presentación de cada producto en el mercado (gramos, kilogramos, unidad), y estableciendo un promedio de costos de cada producto entre los diferentes comercios se procederá a ajustar el precio vigente por presentación en el mercado a la cantidad consumida por la persona en cada período de ingesta. Una vez completos los precios de cada alimento por la cantidad consumida por el paciente, se sumarán los datos de esta columna para obtener el costo total.

El **precio por unidad** de un producto, en este caso un alimento, se define como el precio final, incluyendo I.V.A. y otros impuestos del mismo, expresado en una unidad de medida determinada (kilogramo, litro, centímetro cúbico, etc.).¹⁵ Este concepto permitirá la comparación de precios de los productos consumidos en los dos periodos de ingesta a estudiar en esta población. Como concepto de **costo final** se entenderá a la suma de los productos consumidos en cada periodo de ingesta de la población, ajustada a las cantidades declaradas por los mismos participantes y que permitirá cumplir con el objetivo principal de este estudio: comparar el costo total de cada periodo de ingesta.

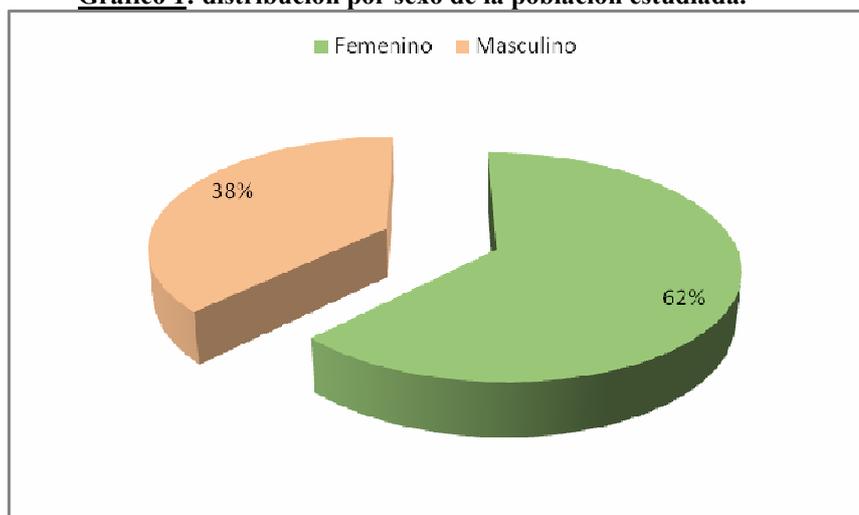
Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa Microsoft Excel 2007.

6. Resultados

Luego de analizar la ingesta habitual de una persona obesa y durante la realización de un plan alimentario, se ha podido calcular el gasto en alimentos de cada periodo.

La población estudiada estuvo conformada por 16 pacientes de la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot, de los cuales 10 eran de sexo femenino y 6 de sexo masculino.

Gráfico 1: distribución por sexo de la población estudiada.



¹⁴ Vazquez M. Witriw A. Modelos Visuales de Alimentos y Tablas de relación peso Volumen. 1º Ed. 1997

¹⁵ Servicio Nacional del Consumidor de Chile. Decreto supremo. Artículo N°229. Diario Oficial. Marzo de 2003. www.sernac.cl

El peso promedio de la población estudiada fue de 140,8kg, siendo el peso mínimo encontrado de 113,4kg. y el máximo de 162,3kg. El promedio de Índice de Masa Corporal de la población fue de 41,3kg/m² encontrándose todos por encima de 35 kg/m².

Una vez calculado el gasto en pesos de la ingesta de cada paciente, tanto en el periodo de alimentación habitual como en el periodo de realización del plan alimentario se obtuvieron los costos totales de cada uno, permitiendo la comparación de los mismos.

Los resultados obtenidos de estos cálculos permiten observar la gran variabilidad que existe tanto entre pacientes, como en un mismo paciente entre las dos etapas de ingesta evaluadas.

Los resultados de los cálculos realizados reflejan que el periodo denominado “Alimentación habitual” resulta más costoso en todos los casos, con respecto al periodo en el que el paciente realiza el plan alimentario. El costo total mínimo encontrado durante la etapa de alimentación habitual fue de \$40,27 y el máximo de \$109,51, mientras que en el periodo de realización del plan alimentario los extremos de los costos totales encontrados fueron de \$31,50 y \$61,17 respectivamente.

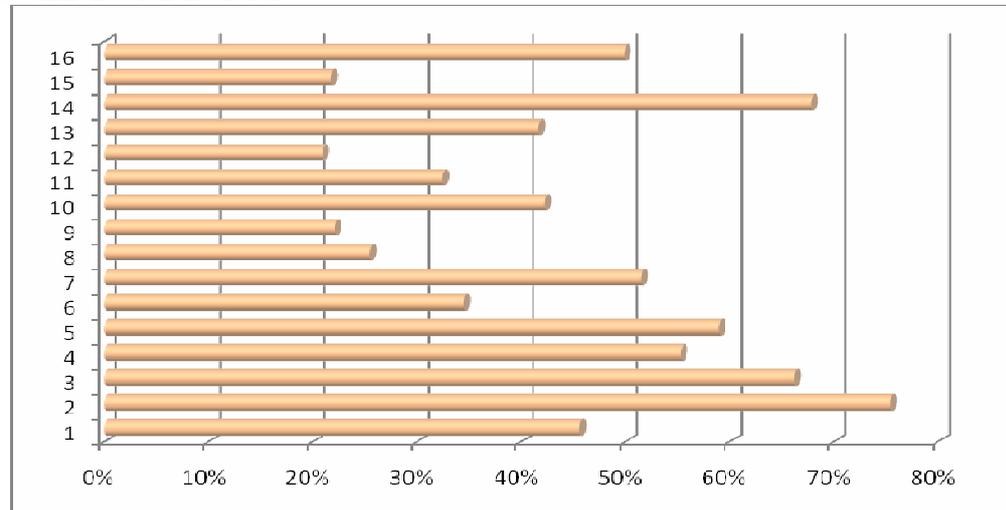
Tabla 1: gasto total diario promedio en alimentos en ambos periodos de ingesta y diferencia entre los mismos.

Caso	Gasto (\$)		Diferencia
	Periodo de alimentación habitual	Periodo de realización del plan alimentario	
1	65,29	55,99	9,3
2	100,1	47,81	52,29
3	59,95	37,68	22,27
4	75,82	43,33	32,49
5	71,84	41,66	30,18
6	48,59	37,05	11,54
7	109,51	61,17	48,34
8	55,98	46,73	9,25
9	56,04	37,21	18,83
10	74,03	55,53	18,5
11	81,63	43,05	38,58
12	58,54	31,5	27,04
13	62,82	36,24	26,58
14	78,82	45,75	33,07
15	40,27	31,22	9,05
16	66,02	52,01	14,01
PROMEDIO	69,08	44,00	25,08

Las diferencias de costo encontradas en cada caso, entre las diferentes etapas de ingesta evaluadas se encontraron en rangos entre \$9,05 y \$52,29.

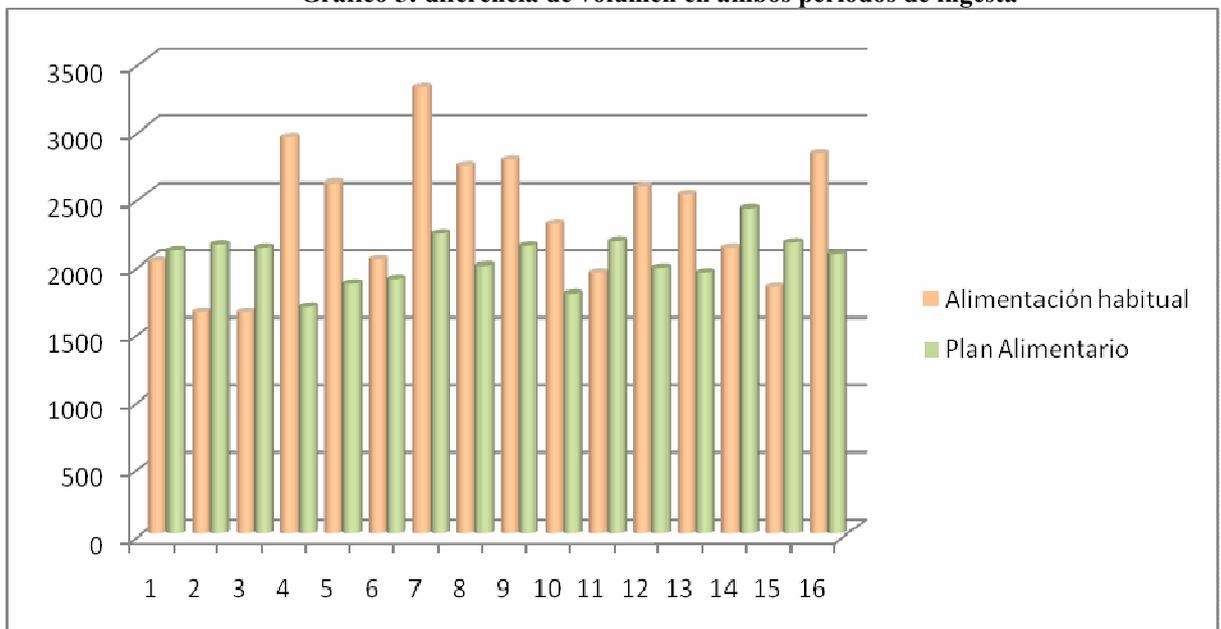
De la ingesta habitual de cada paciente, se observó un porcentaje considerable en la mayoría de los casos (en otros, excesivo) de comidas realizadas fuera del hogar. Al ser éstas más costosas que una comida preparada en el hogar, poseen un impacto en el gasto total aún mayor.

Gráfico 4: porcentaje de gasto en comidas realizadas fuera del hogar sobre el total del costo de alimentación habitual.



Con respecto al volumen de alimentos consumidos en ambos períodos no se encontró una gran diferencia en los casos analizados, siendo el promedio de volumen de consumo de 1709g. de alimentos durante la fase de alimentación habitual y de 1850g. durante la etapa de realización del plan alimentario hipocalórico prescrito.

Gráfico 5: diferencia de volumen en ambos periodos de ingesta

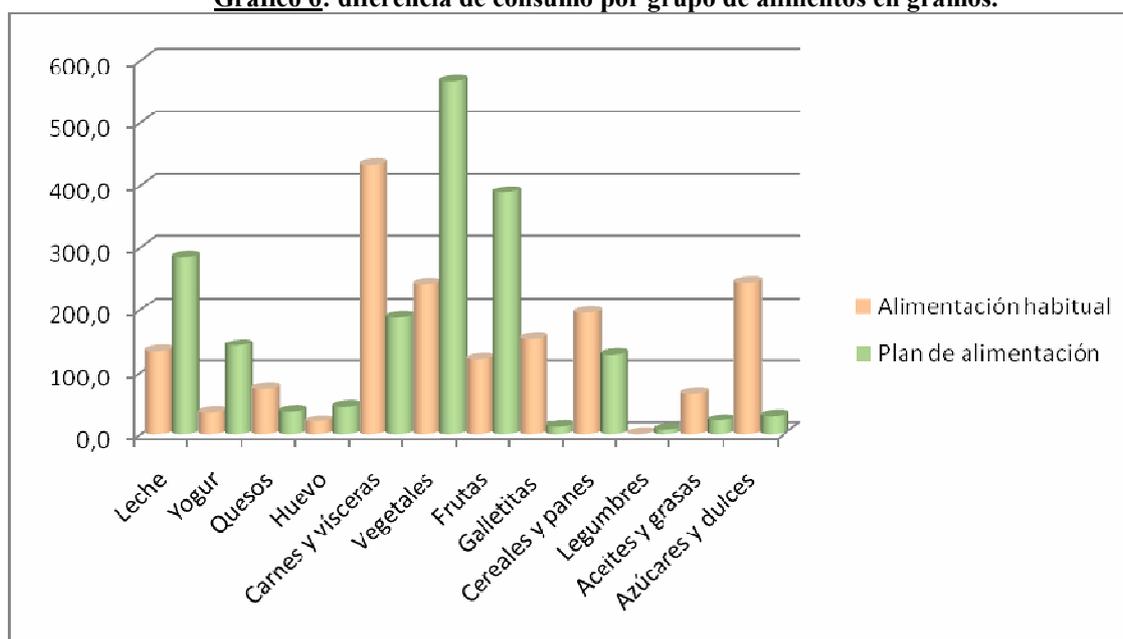


cuanto a la calidad de la alimentación se observó un gran desequilibrio en la primera etapa (la de alimentación habitual) en cuanto a las cantidades de cada grupo de alimentos, aspecto que obviamente se logra corregir mediante la realización del plan alimentario.

Tabla 2: diferencia de consumo por grupo de alimentos en gramos.

	Cantidad (g)	Cantidad (g)
Leche	132,8	284,4
Yogur	35,3	142,2
Quesos prom.	72,2	36,9
Huevo	20,5	44,4
Carnes y vísceras	431,9	186,9
Vegetales	240,3	565,6
Frutas	120,0	388,1
Galletitas	154,1	11,6
Cereales y panes	194,7	127,2
Legumbres	0,0	6,9
Aceites y grasas	64,4	22,2
Azúcares y dulces	242,9	29,7
Gramos	1709,0	1845,9

Gráfico 6: diferencia de consumo por grupo de alimentos en gramos.



Al realizar el cálculo de calorías promedio consumidas en cada etapa y el respectivo desglose en macronutrientes se observó una importante diferencia en cuanto al valor calórico total, pero no así en la distribución de macronutrientes. Si bien ésta distribución porcentual de macronutrientes en cada etapa es similar, las diferencias entre las cantidades de los mismos son importantes. El valor calórico total fue de 3577,2kcal en la etapa de alimentación habitual y 1811,2 en etapa de realización del tratamiento, determinando así una diferencia de valor calórico de 1766kcal a favor de la fase de alimentación habitual, es decir, casi el doble de lo que consumen en promedio los pacientes en período de realización del tratamiento.

Entre las cantidades de macronutrientes que determinaron el valor calórico total de cada etapa, existen diferencias importantes entre ambos periodos. La diferencia más importante se dio en el caso de las grasas en las que el consumo fue más del doble en la etapa de alimentación habitual. La cantidad de carbohidratos superó el doble de la cantidad, dado principalmente por la ingesta de galletitas, azúcares y dulces y cereales y panes.

El consumo de proteínas fue mayor durante la etapa sin tratamiento en un 69,5% más con respecto a la etapa de realización del plan alimentario. Esto se dio fundamentalmente por el alto consumo promedio de carnes, encontrando en algunos casos una ingesta mayor a 500g.

La diferencia entre la densidad calórica de cada período evaluado superó el doble en la fase de alimentación habitual, siendo la relación Kcal/volumen de esta fase de 2,1 y de 0,9 para la etapa de realización del tratamiento.

Con respecto a los resultados de tipo cualitativos del consumo durante la etapa de alimentación habitual, se pudo notar un elevado consumo de carnes y vísceras, azúcares y dulces y galletitas y cereales, mientras que los grupos de menor preferencia para los pacientes en esta fase fueron la leche, el yogur y las frutas, encontrándose un consumo nulo de estos grupos en algunos casos. El consumo de legumbres fue nulo en casi todos los casos analizados.

Tabla 3: fórmula desarrollada de cada etapa de alimentación promedio.

ALIMENTACION HABITUAL					PLAN ALIMENTARIO				
	Cantida d	HC	Prot	Grasas		Cantida d	HC	Prot	Grasa s
Leche	132,8	6,6	4,0	2,0	Leche	284,4	14,2	8,5	4,3
Yogur	35,3	2,3	1,3	0,0	Yogur	142,2	9,1	5,1	0,1
Quesos prom.	72,2	0,0	15,9	17,3	Quesos prom.	36,9	0,0	8,1	8,9
Huevo	20,5	0,0	2,5	2,5	Huevo	44,4	0,0	5,3	5,3
Carnes y vísceras	431,9	0,0	90,7	32,4	Carnes y vísceras	186,9	0,0	39,2	14,0
Vegetales	240,3	24,8	3,1	0,0	Vegetales	565,6	58,3	7,4	0,0
Frutas	120,0	14,4	1,2	0,0	Frutas	388,1	46,6	3,9	0,0
Galletitas	154,1	111,7	15,4	19,3	Galletitas	11,6	8,4	1,2	1,4
Cereales y panes	194,7	126,5	21,4	0,0	Cereales y panes	127,2	82,7	14,0	0,0
Legumbres	0,0	0,0	0,0	0,0	Legumbres	6,9	3,4	1,4	0,1
Aceites y grasas	64,4	0,5	0,5	48,1	Aceites y grasas	22,2	0,2	0,2	16,6
Azúcares y dulces	242,9	161,1	4,9	5,5	Azúcares y dulces	29,7	19,7	0,6	0,7
Gramos	1709,0	447,8	160,7	127,0	Gramos	1845,9	242,4	94,8	51,4
Kcal		1791,3	643,0	1142,9	Kcal		969,7	379,3	462,2
Kcal totales			3577,2		Kcal totales			1811,2	
Distribución calórica		50,1	18,0	32,0	Distribución calórica		53,5	20,9	25,5

A partir de esto se calculó el costo por kilocaloría (Kcal.) de cada período, para realizar otra comparación teniendo en cuenta la energía ingerida y el costo total. En este caso, por la menor cantidad de kilocalorías ingeridas, la etapa de realización del plan alimentario obtuvo un valor de \$0,024/Kcal. ingerida mientras que la fase de alimentación habitual costó \$0,019/Kcal. ingerida, siendo más costosa en este caso cada kilocaloría ingerida durante el plan alimentario.

7. Conclusiones

El objetivo inicial del presente estudio consistió en comparar el costo total de dos periodos en la alimentación de una persona con obesidad, teniendo en cuenta la relación entre la calidad y la cantidad de alimentos ingeridos en los momentos evaluados, presuponiendo que la etapa denominada “alimentación habitual” sería la más costosa debido a la cantidad de alimentos consumidos por los pacientes que se creía, era mucho mayor.

Luego de obtener los resultados de esta investigación, se ha podido observar que el costo total fue mayor en el periodo de alimentación habitual (sin tratamiento), pero a diferencia del supuesto previo al inicio del trabajo de campo, se observó que entre la cantidad de alimentos consumidos en ambas etapas no existe una gran diferencia, e incluso ésta es mayor en la segunda etapa. A partir de esto, se podría deducir que es el grupo de alimentos y la manera de adquirirlos predominante en cada fase el que define el costo total de cada una. En el primer período evaluado, se observó una gran ingesta de alimentos del grupo de las carnes, los dulces y además existía una gran ingesta de alimentos más procesados ó comidas fuera del hogar que poseen un costo mayor y ejercen un gran impacto sobre el costo total de la alimentación clasificándola como más costosa, aunque ésta tenga un volumen menor de alimentos que los prescritos en la segunda etapa. La diferencia entre los dos periodos se encuentra además de en el costo total, en la armonía y la densidad energética de las mismas, que resultó excesiva para la etapa de alimentación habitual.

Al realizar el cálculo del costo por kilocaloría éste resultó mayor en la etapa de realización del plan alimentario, pero es importante tener en cuenta que además de que el costo total fue menor en esta etapa, el abordaje dietoterápico constituye uno de los pilares fundamentales para lograr los principales objetivos que se deben plantear en el paciente con esta enfermedad, por lo que la calidad de la alimentación también debe tenerse en cuenta y ésta sin duda está presente en la etapa en la que el paciente se encuentra en tratamiento acompañado por un profesional.

Con respecto a la variación de costos, ésta fue mayor durante la alimentación habitual, debido a que en esta etapa existe una gran variabilidad en el tipo y las cantidades de alimentos, ya que en el mercado existen muchas versiones de un mismo producto con precios muy diferentes entre sí, lo que genera una amplia oferta que las personas eligen según sus gustos, hábitos, posibilidades económicas, confiabilidad, etc. En cambio, en el plan alimentario las cantidades y tipos de alimentos están seleccionadas y limitadas por el/los profesional/es que guía/n el tratamiento, quienes en este grupo manejaron cantidades similares de alimentos, ya que la población estudiada se caracterizó por tener un rango estrecho de peso.

Al analizar los datos, se observó que si bien la población era homogénea en cuanto al peso y el Índice de Masa Corporal, existían unos pocos casos en los que la ingesta no era coherente con el estado nutricional de los pacientes. Esto puede suceder por varias razones:

-La ingesta declarada por los pacientes al llegar a la Clínica antes de comenzar el tratamiento pudo ser ficticia, debido a temor o vergüenza a los juicios que pudiera hacer quien lo leyera.

-El/la paciente podría haber modificado su alimentación en base a información obtenida por otros medios (medios de comunicación, parientes, etc.) antes de comenzar el tratamiento sin contar con la planificación, acompañamiento y seguimiento de un profesional.

Debido a lo mencionado anteriormente se sugiere que para futuros trabajos de estas características se cuente con una población previamente seleccionada, que no se encuentre en ningún tipo de tratamiento ni haya modificado su ingesta habitual, la que lo condujo a su estado nutricional actual. Además sería de gran utilidad contar con técnicas de recolección de datos más precisas y diseñadas para el fin específico y con mayor cantidad de días en los periodos de ingesta analizados, idealmente siete.

Si bien en el presente estudio se evaluó sólo los aspectos relacionados con la alimentación es importante que se consideren en otros trabajos especializados otro tipo de costos que puede generar esta enfermedad: internaciones, tratamiento ambulatorio, medicación, estudios diagnósticos, etc.

Es importante destacar que actualmente los porcentajes más altos de prevalencia de obesidad se dan en poblaciones de bajos recursos económicos, por lo que se considera que éste es un tema en el que se debe profundizar para promover el interés y la reflexión de los profesionales dedicados a ésta área para abarcar todos los aspectos inherentes a la vida del paciente y de esta manera conformar un abordaje integral hacia el mismo que permita, a largo plazo, lograr los objetivos principales que serían: descender de peso, mejorar el estado de salud previniendo o minimizando las complicaciones asociadas.

8. Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2007.
http://www.msal.gov.ar/htm/site/ennys/pdf/ENNYs_Documento-de-resultados-2007-II.pdf
2. Ferreira A. Rebagliati V. Trabajo de Residencias en Nutrición. Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial. Año 2010.
3. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (WHO technical report series; 894). Año 1998 www.ncbi.nih.gov
4. Scarsella C. Després JP. Tratamiento de la Obesidad: necesidad de centrar la atención en los pacientes de alto riesgo caracterizados por obesidad abdominal. Revisión de Quebec Heart Institute. Año 2003. www.scielo.br
5. López L, Suárez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Capítulo 2. Editorial El Ateneo. Año 2002.
6. Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an Economic Analysis. The Journal of Clinical Nutrition Abril 2005; 135:900-904.
7. Drewnowski A. The cost of US foods are related to their nutritive value. The Journal of Clinical Nutrition. Noviembre 2010. 92(5):1181-8.
8. Pirovano T. US Healthy eating trends. Parte 1 y 3. The Nielsen Company. Febrero de 2009.
www.nielsen.com
9. Maillot M, Darmon N, Drewnowski A. Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. The American Journal of Clinical Nutrition. Vol. 86, No. 3, 690-696, September 2007.
10. Monsivais P, Drewnowski A. Lower density diets are associated with higher monetary costs per kilocalorie and are consumed by women of higher socioeconomic status. Research of American Dietetic Association. Mayo de 2009.
11. Britos, S. Obesidad en Argentina: también una cuestión económica. Informe del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. Año 2006.

- 12.** Gabin de Sardoy M. Productos alimentarios dietéticos en la sociedad moderna: utilidad e impacto en la alimentación hipocalórica en adultos. DIAETA 2009; 27: 7-14.
- 13.** Haines P. Hama M. Weekend eating in the United States is linked with greater energy, fat and alcohol intake. Obesity Research Journal. N° 11, 945-949. Junio de 2003.
- 14.** Vazquez M. Witriw A. Modelos Visuales de Alimentos y Tablas de relación peso Volumen. 1° Ed. 1997
- 15.** Servicio Nacional del Consumidor de Chile. Decreto supremo. Artículo N°229. Diario Oficial. Marzo de 2003. www.sernac.cl

9. Anexo

Planilla de registro de datos del paciente

ALIMENTACIÓN HABITUAL

Nº Historia Clínica:.....

Peso:.....

Talla:.....

IMC:.....

Sexo:.....

COMIDA	ALIMENTO	CANTIDAD
Desayuno		
Fin de semana		
Media mañana		
Fin de semana		
Almuerzo		
Fin de semana		
Merienda		
Fin de semana		
Media tarde		
Fin de semana		
Cena		
Fin de semana		
Después de cenar		
Fin de semana		
Durante la noche		
Fin de semana		

PLAN DE ALIMENTACIÓN

COMIDA	ALIMENTO	CANTIDAD
Desayuno Fin de semana		
Media mañana Fin de semana		
Almuerzo Fin de semana		
Merienda Fin de semana		
Media tarde Fin de semana		
Cena Fin de semana		
Después de cenar Fin de semana		
Durante la noche Fin de semana		

9.2. Planilla de análisis de datos

ALIMENTACIÓN HABITUAL					PLAN DE ALIMENTACIÓN				
Día 1	Día 2	PROMEDIO	CANT. PRESENTACION	PRECIO UNIT.	PRECIO POR U. DE CONSUMO	Día 1	Día 2	PROMEDIO	PRECIO POR U. DE CONSUMO
ALIMENTOS CONSUMIDOS EN EL HOGAR									
LECHE									
Fluida parc. Desc.									
Fluida Entera									
Chocolatada cindor									
Leche fibra activa									
YOGUR									
Descremado prom.									
Desc. por pote chico Ser									
Entero prom.									
QUESO									
Reggianito-Parmesano-Sardo									
Queso crema									
Queso crema light									
-En fetas									
Cuartirollo-cremoso									
-Mozzarella									
Blandos descremados-magros									
CARNES Y VISCERAS									
Asado									
Vacío									
Bife angosto-ancho-americano									
-Cuadril									
-Peceto									
Bola de lomo									
-Lomo									
-Cuadrada									
-Pollo (pechuga)									
Pollo entero									
-Pollo (muslo)									
-Merluza									
-Salmón									
Atún enlatado									

Chorizo										
Morcilla										
Chinchulín										
Riñón										
Molleja										
FIAMBRES										
-Jamón crudo										
Lomito										
Salame										
-Jamón Cocido										
-HUEVO										
VEGETALES										
Lechuga										
Tomate										
Cebolla										
Papa										
Zanahoria										
Calabaza										
Rúcula										
Repollo blanco										
Arvejas enlatadas										
Tomate per. Lata										
Zapallito										
FRUTAS										
-Manzana										
-Banana										
-Uvas										
-Durazno										
-Mandarina										
-Pera										
-Frutilla										
-Sandía										
-Naranja										
Melón										
GALLETITAS										
Galletitas Criollitas										
Galletitas Express										
Galletitas Mayco Sandwich										
Bizcochos de grasa										
Galletitas Pepas										
Frutigran Salvado										

Frutigran Avena y Chips de chocolate										
Galletitas Oreo										
Chocolinas										
Galletitas Pepitos x paquete										
Galletitas Opera por paquete mediano										
Galletitas Maná										
Galletas de arroz										
Galletitas dulces Ser										
Galletitas Salvado Bagley										
Tostadas comerciales										
CEREALES Y DER.										
Barra de cereal Cereal Mix Yogur										
-Arroz blanco										
Tallarines Secos										
Fideos tirabuzón secos										
Fideos soperos										
Ravioles artesanales por caja (rinde 2 platos hondos)										
Pan miñón										
Pan lactal Blanco										
Pan lactal integral										
Pan para hamburguesas										
Figaza										
Barra Cereal Cereanola										
Barra de cereal Nature Valley										
Barra Cereal Ser pausa										
Pan rallado										
LEGUMBRES										
-Garbanzos										
-Porotos										
-Arvejas										
-Lentejas										
-Soja										
ACEITES Y GRASAS.										
-Maiz										
-Oliva										
-Canola										

Mezcla																				
-Uva																				
-Soja																				
-Girasol																				
- Margarina, manteca																				
-Mayonesa																				
Crema de leche																				
Manteca																				
Mayonesa																				
AZUCAR Y DULCES																				
Mermelada																				
-Mermelada BC																				
-Dulces compactos																				
Alfajor Terrabusi simple																				
Dulce de leche																				
Chocolate Cadbury c/ pasas de uva																				
Chocolate Milka Paradise Oreo																				
Chocolate Aguilá Extrafino Semiamargo																				
Chocolate Biznike por unidad																				
Confités de chocolate Rocklets por paquete																				
Postre Nucrem																				
Postre Mantecol																				
Helado artesanal prom.																				
Alfajor Cachafaz Chocolate por unidad																				
Alfajor triple Milka																				
Alfajor Cachafaz maicena																				
Azúcar blanca																				
Edulcorante de mesa en sobres																				
PREPARACIONES Y PROD. COMERCIALES																				
Caldo en cubos por unidad																				
Milanesa vacuna c/ guarn.																				
Combo Hamburguesa +Papas fritas+Gaseosa																				
Filet de merluza con puré por plato																				

Sandwich de Jamón y Queso en pan árabe por porción																				
Sandwich completo de pollo por unidad																				
Sandwich completo de milanesa vacuna por unidad																				
Papas fritas por porción																				
Café con leche por taza																				
Medialunas x unidad																				
Facturas x unidad																				
Galletitas Rex por paquete chico																				
Snacks Twistos por paquete grande																				
Snacks Saladix x envase																				
Ensalada 6 ingredientes por porción																				
Tarta ind. por unidad																				
Empanadas x unidad																				
Postre Danette																				
Flan tipo casero comercial Sancor																				
Gelatina Light																				
Flan Ser																				
Postre Ser																				
Ravioles de verdura con crema x plato																				
Alfajor triple Milka																				
Té por taza																				
Torta por porción																				
Pancho																				
Pizza indiv. con jamón y morrones																				
Chau-fan por porción																				
Suprema de pollo con puré																				
Café por pocillo																				
Carne con ensalada mixta por plato																				
Sopas Quick																				
Sopas Quick Light																				
Ñoquis comerciales envasados																				
Papas fritas congeladas																				

Hamburguesas comerciales congeladas por unidad										
Milanesas de soja tradicionales										
Chocoarroz										
Pollo al horno con ensalada por porción										
Arrollado primavera										
Chop Suey de carne por porción										
Entraña a la parrilla con papas fritas x plato										
Flan casero comercial por unidad										
Paté de Foie por lata										
BEBIDAS INFUSIONES										
Jugos de fruta										
Sprite										
Sprite Zero										
Coca Cola común										
Coca cola Zero-Light										
Agua saborizada Aquarius										
Agua saborizada V. del Sur Levité										
Agua saborizada sin gas Ser										
Agua saborizada Nestlé										
Agua mineral										
Jugo en polvo Clight										
Agua saborizada con gas Ser										
Yerba										
-Te negro										
-Mate cocido										
Vino tinto										
-Te saborizado										
-Café										
TOTAL										