



REVISTA DE DIFUSIÓN ACADÉMICA

ISSN 2718-6318

Año VII | Número 23 | Abril 2026

Análogos de GLP1 Y GIP: inversión, salud y economía en el tratamiento de la obesidad

María Virginia Borga¹

lic.borga@gmail.com

¹ MSc. en Nutrición Humana UNLP. MSc Global Health Heidelberg University. Doctoranda en Ciencias de la Salud FURG. Universidad Católica de Santa Fe. Sanatorio Santa Fe.

Más allá del precio de una inyección

Los análogos de GLP1 se han convertido en una de las drogas más revolucionarias en el tratamiento de la obesidad. En el caso del semaglutide, derivada del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), actúa a nivel del sistema nervioso central, regulando el apetito, retardando el vaciamiento gástrico y promoviendo una mayor sensación de saciedad. Su eficacia en la reducción del peso corporal está ampliamente documentada, con descensos que pueden superar el 15% del peso inicial en algunos casos clínicos, de ahí su gran éxito en el tratamiento y la difusión del mismo.

Los análogos duales de GIP y GLP-1, como tirzepatide, representan una nueva generación de terapias en el tratamiento de la obesidad y la diabetes tipo 2. A diferencia de los agonistas exclusivos de GLP-1, la tirzepatida combina la acción sobre ambos receptores, potenciando los efectos metabólicos y ofreciendo resultados superiores en la reducción de peso y control glucémico.

En el sistema nervioso central, terzipatide regula el apetito y promueve una mayor sensación de saciedad, mientras que a nivel gastrointestinal contribuye a retardar el vaciamiento gástrico. Además, su acción sobre el receptor de GIP parece mejorar la sensibilidad a la insulina y favorece un metabolismo más eficiente de los nutrientes. Los estudios clínicos han demostrado reducciones de peso corporal que en algunos casos superan el 20% del peso inicial, cifras que marcan un hito en la terapéutica de la obesidad.

Sin embargo, el debate público suele centrarse casi exclusivamente en el alto costo de carga del medicamento, es decir, en su valor mensual de adquisición. En Argentina y en muchos otros países, el tratamiento puede representar un gasto considerable para los pacientes, lo que lleva a cuestionar su accesibilidad y la sostenibilidad del tratamiento en el tiempo.

No obstante, limitar el análisis únicamente a ese número es un error conceptual. Estos fármacos no son un gasto si pueden verse como una inversión en salud, con múltiples beneficios económicos indirectos y ahorros asociados que van desde la reducción de consultas médicas hasta el menor consumo de alimentos.

La obesidad es una enfermedad

La prevalencia de la obesidad viene en aumento desde hace décadas. En Argentina los números son alarmantes: 6 de cada 10 argentinos tiene Sobrepeso u Obesidad. Como nutricionista especialista en el tema, todos los tratamientos de la obesidad hasta el momento no han sido generalmente exitosos. Estos fármacos, que actúan a nivel del sistema nervioso central, lo que se traduce luego en más tiempo de reservorio gástrico, garantiza que el paciente va a sentir saciedad antes y de manera prolongada ¿es magia? No.

El paciente debe acompañar con una alimentación adecuada – adaptada al tratamiento para evitar los efectos adversos. Además, debe cumplir con una rutina de ejercicios especialmente de fuerza, para evitar la sarcopenia. El mayor beneficio de este fármaco aparte del descenso de peso corporal es el de acompañar al tratamiento, disminuyendo la ansiedad y generando saciedad, por lo que ya no se brinda una dieta restrictiva como solíamos indicar los nutricionistas. Entendiendo los efectos del fármaco y su acción, previniendo la desnutrición y así evitar la iatrogenia nutricional - que podríamos ver en la práctica clínica si no se comprende esto -; ya no se trata de restricción sino de una adecuada y nutritiva selección de alimentos.

¿Si se deja el fármaco se aumenta de peso? Si. Como ocurre con cualquier fármaco que se indica de forma crónica. Y aquí radica el “quid” de la cuestión: la obesidad es una enfermedad y debe tratarse como tal, hasta el momento se trataba como un trastorno de la alimentación, pero no como una enfermedad crónica.

Costos visibles y costos invisibles de la obesidad

La obesidad no solo tiene un impacto biológico, sino también económico y social. Las personas con obesidad suelen requerir más estudios diagnósticos, múltiple medicación crónica y controles médicos. Además, presentan mayor ausentismo laboral, menor productividad y un riesgo más alto de adquirir enfermedades crónicas que implican tratamientos costosos, como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemias, apnea del sueño, algunos tipos de cáncer entre otras patologías asociadas a la obesidad.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el impacto económico de la obesidad puede alcanzar entre el 2% y el 4% del PBI de un país, si se consideran los gastos en salud y las pérdidas de productividad.

En este contexto, los tratamientos farmacológicos eficaces no deben verse como un lujo, sino como estrategias de prevención secundaria y terciaria que podrían reducir significativamente la carga económica del sistema sanitario y mejorar la calidad de vida del paciente.

El costo de carga

El costo del semaglutide o terzipatide varía según el país, la dosis y el laboratorio. En Argentina, el tratamiento mensual puede rondar valores que superan los \$200.000 y \$380.000, aunque existen variaciones según la cobertura médica y los programas de descuento.

A primera vista, esta cifra parece elevada. Sin embargo, si se analiza desde una perspectiva de costo-efectividad, la ecuación cambia. Un paciente con obesidad moderada a severa que logra reducir significativamente su peso con estos análogos, no solo mejora su estado general, sino que también reduce el gasto sanitario acumulado a lo largo del tiempo.

Ahorros potenciales: una mirada integral

- Menor gasto en estudios y controles: la reducción del riesgo cardiometabólico implica menos estudios de laboratorio, ecografías, electrocardiogramas y otros controles periódicos.
- Menor gasto en medicación: al mejorar la glucemia, la presión arterial y los lípidos, muchos pacientes logran reducir o suspender medicaciones para diabetes o hipertensión.
- Menor gasto en alimentación y delivery: la semaglutida reduce el apetito y la ansiedad alimentaria, traduciéndose en menor gasto diario en comida.

- Menor cantidad de consultas médicas: al estabilizar parámetros clínicos, disminuyen las visitas a distintos especialistas.
- Menor costo de tiempo: el tratamiento eficiente devuelve horas de vida y productividad.
- Menor costo de oportunidad: como aumenta la energía y la productividad puede considerar otras elecciones de vida y actividades, que con obesidad, no podría.
- Descuentos y programas de ahorro: laboratorios ofrecen cupones y planes especiales.
- Menor gastos en tratamientos estéticos o dietas ineficaces: al tener resultados sostenibles, se evita la inversión reiterada en opciones con o sin evidencia.

Más allá del peso: impacto psicológico y social

La mejora del peso corporal no solo tiene un efecto físico, sino también emocional y social. La autoestima, la confianza, la actividad e incluso la participación social aumentan cuando el paciente se siente mejor consigo mismo. Esto puede traducirse en mayor inserción laboral, menor depresión y mayor motivación para sostener hábitos saludables.

Desde un punto de vista macroeconómico, un individuo más sano es también más productivo y menos dependiente del sistema de salud. Por eso, considerar los fármacos para la obesidad únicamente como un gasto farmacéutico, es ignorar su impacto en bienestar, rendimiento y sostenibilidad social.

Reflexión final: del gasto a la inversión

El análisis del costo de los fármacos para tratar la obesidad no debe hacerse en una tabla de Excel, sino en un contexto de valor sanitario, entendiendo lo que implica para la persona. Cada peso invertido en salud preventiva y restaurativa tiene un

retorno medible en años de vida saludable, menor carga asistencial y bienestar general.

La obesidad es una enfermedad compleja, multifactorial y costosa. Por lo tanto, los fármacos para tratar la obesidad no representan simplemente una terapia farmacológica más, sino un instrumento de cambio económico y social. Al reducir los costos invisibles —los del tiempo, la frustración, la enfermedad y la exclusión—, se convierten en una herramienta que amplía la mirada sobre lo que significa realmente ahorrar.

En definitiva, analizar cada caso en particular, implica pensar en el futuro, puede ser invertir en menos gasto a medida que pasen los años, más salud y mejor calidad de vida. No se trata solo de cuánto cuesta hoy, sino de cuánto se gana mañana en bienestar, tiempo y productividad, calidad de vida humana – y como profesional de la salud, debo decir – ese mañana es un futuro inmediato.

Bibliografía

Davies, M. J., Wilding, J. P. H., & Van Gaal, L. F. (2021). *Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity*. The New England Journal of Medicine, 384(11), 989–1002. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183>

Rubino, D., Abrahamsson, N., Davies, M., Hesse, D., Greenway, F. L., Jensen, C., & Wilding, J. P. H. (2021). *Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: the STEP 4 randomized clinical trial*. JAMA, 325(14), 1414–1425. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3224>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Obesity and overweight: Key facts*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Asociación Americana de Diabetes (ADA). (2023). *Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes—2023*. *Diabetes Care*, 46(Supplement 1), S125–S143. <https://doi.org/10.2337/dc23-S009>
- Novo Nordisk. (2023). *Wegovy® (semaglutide) prescribing information*. Novo Nordisk A/S. Recuperado de <https://www.novonordisk.com>
- Finkelstein, E. A., Trogon, J. G., Cohen, J. W., & Dietz, W. (2009). *Annual medical spending attributable to obesity: payer- and service-specific estimates*. *Health Affairs*, 28(5), w822–w831. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.w822>
- Ryan, D. H., & Yockey, S. R. (2017). *Weight loss and improvement in comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and over*. *Current Obesity Reports*, 6(2), 187–194. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0262>.