

“CUMBRE DE NUTRICION Y SALUD – CHILE 2008”

**“EL ROL DE LA SOCIEDAD CHILENA EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADAS CON LA DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA”**



La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha demostrado que la obesidad y el sobrepeso tienen caracteres epidémicos a nivel mundial. Más de mil millones de personas adultas tienen exceso de peso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años y representa una elevada carga económica para la sociedad. La OMS ha propuesto una estrategia global sobre régimen alimentario y actividad física, instando a los estados participantes a implementarla. El desafío para los gobiernos es conseguir un cambio conductual de la sociedad y de los individuos, que permita mejorar los estilos de vida, disminuir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación.

La preocupación por la obesidad se debe a sus efectos directos en la salud y a su asociación con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer. De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Por estas razones, puede afirmarse que las consecuencias de la obesidad hacen de esta enfermedad uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI.

Al igual que en otros países en Chile el exceso de peso presenta una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La obesidad afecta al 7,4% en los menores de 6 años, aumenta a 19% en escolares de 1<sup>er</sup> año básico y es del orden de un 25% en adultos y adultos mayores. Si se considera además el sobrepeso, más de la mitad de la población nacional se encuentra en esta condición (ver anexos). Se estima que actualmente existen 3,4 millones de personas obesas en el país, las que superarán los 4 millones al año 2010, de continuar la tendencia actual. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud del 2003 el 23% de la población mayor de 17 años presenta obesidad, 34% hipertensión arterial, 35% hipercolesterolemia, 30% hipertrigliceridemia, 16% intolerancia a la glucosa, 23% síndrome metabólico y 55% un riesgo cardiovascular alto o muy alto, entendido éste como la presencia de dos o más factores de riesgo. Por otro lado, el sedentarismo afecta a más del 90% de la población chilena, siendo éste otro factor determinante de obesidad y enfermedades crónicas.

Chile está inmerso en una dinámica cultural, social y económica que contribuye a la práctica de estilos de vida poco saludables. Factores como la desigual distribución del ingreso,

la urbanización, el avance tecnológico, la mayor influencia de los medios masivos de comunicación, la desigualdad social y la incorporación de la mujer al mundo laboral, entre otros factores, inciden en las prácticas alimentarias y de actividad física de la población. Al comparar las dos últimas Encuestas Nacionales de Presupuestos Familiares, se observa que gran parte del aumento de los ingresos obtenidos por los quintiles más pobres, se ha destinado a la compra de alimentos ricos en grasas, azúcares refinadas, alimentos procesados, televisores, electrodomésticos, teléfonos y vehículos, elementos que contribuyen a una alimentación desbalanceada y a un mayor sedentarismo.

La pobreza y la desigualdad social de oportunidades y de acceso a bienes y servicios son importantes determinantes del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Según la Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de obesidad tiene una relación inversa con la escolaridad, aumentado desde 16,8% en personas con educación universitaria a 31,1% entre quienes tienen educación básica (ver anexos). La misma tendencia se observa con relación a hipertensión y diabetes, con una prevalencia significativamente mayor en personas de menor escolaridad.

Las mujeres adultas presentan un mayor índice de obesidad que los hombres, situación que también respondería a causas socioeconómicas y culturales. Las mujeres son más sedentarias en todos los grupos etáreos lo que se explicaría por diferencias de género en la valoración cultural de la actividad física y la recreación, el menor acceso a la práctica de actividad física y al déficit o inseguridad de los espacios públicos para la recreación y deportes.

## Políticas públicas en la prevención y control de la obesidad

En los últimos 10 años el Ministerio de Salud ha desarrollado diferentes intervenciones orientadas a prevenir y controlar la epidemia de obesidad en el país. En 1998 se definió la **Promoción de la Salud** como una de las respuestas a las demandas planteadas por el nuevo perfil epidemiológico y social del país. Se puso en marcha en forma participativa un Plan Nacional, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el fortalecimiento de los gobiernos regionales y locales. Los objetivos de este plan fueron:

- detener la explosión de los factores de riesgo;
- desarrollar factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental;
- fortalecer los procesos de participación ciudadana;
- consolidar las redes sociales;
- reforzar el papel regulador del Estado sobre los condicionantes de la salud;
- aportar a una nueva política pública de salud y calidad de vida.

Se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE, instancia de coordinación política superior de carácter intersectorial que cuenta con la participación de instituciones y organismos de representación nacional, presidido por el Ministro de Salud.

Algunos de los logros de este período son las modificaciones al Reglamento Sanitario de los Alimentos, el etiquetado nutricional obligatorio para todos los alimentos envasados, la incorporación de nuevos mensajes para destacar las propiedades saludables de los alimentos y la adecuación de los tradicionales Programas Alimentarios del Ministerio de Salud y Educación. Los últimos 3 años, se han actualizado las normativas de evaluación nutricional y las guías de alimentación y de vida sana. En el área de marketing se han realizado al menos 2 campañas publicitarias vinculadas a las guías para una vida sana, con el propósito de estimular el consumo de lácteos (campaña “Yo Tomo”) y aumentar la ingesta de frutas y verduras (campaña “5 al Día”).

Existen numerosas otras iniciativas en distintos ámbitos que están orientadas hacia la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades de alto impacto en cuanto a morbilidad y mortalidad en Chile. Entre otras se puede destacar la implementación de los kioscos saludables, escuelas saludables, empresas saludables, promoción de pausas activas en el mundo laboral, construcción de ciclo vías y espacios de recreación, y campañas educativas.

### **Estrategia de Intervención Nutricional a Través del Ciclo Vital**

Desde el año 2004 se está implementando una “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la Prevención de la Malnutrición por Exceso”, la que está dirigida en una primera etapa a la población de embarazadas y niños(as) menores de 6 años bajo control en el sistema estatal. Incorpora los conceptos de anticipación al daño y de focalización a través de la detección precoz de la población con factores de riesgo, incorporando nuevos controles de salud, promoviendo la recuperación del estado nutricional pregestacional al sexto mes post-parto y consejería nutricional en períodos críticos. Se incorpora la Consejería en Vida Sana, en todos los controles habituales de la mujer y del niño(a), como una nueva técnica de trabajo más cercana a las personas, definida como una orientación estructurada y breve, con el fin de lograr pequeños y progresivos cambios en los hábitos. El propósito de esta tarea es informar e incorporar en la familia estilos de vida saludable, de acuerdo con la “Guía Educativa para una Vida Saludable, Guías Alimentarias, Actividad Física y Tabaco”.

### **Estrategia Global contra la Obesidad en Chile (EGO-CHILE)**

A partir del año 2006 se está implementando una estrategia amplia a nivel nacional, que sirve de plataforma para impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable. La estrategia EGO-CHILE tiene como meta fundamental convocar a toda la sociedad para incorporar los estilos de vida saludable en el desarrollo del país con el objetivo de disminuir la prevalencia de la obesidad y otras enfermedades crónicas. La aplicación de este proyecto se está formalizando mediante iniciativas sociales y políticas, acuerdos voluntarios, medidas de regulación, nuevas normativas y leyes, etc. Aunque tiene muchos elementos comunes con las estrategias utilizadas hasta ahora en promoción de la salud se pretende sumar una mayor cantidad de actores, del sistema público y privado, a esta iniciativa. La estrategia incluye los siguientes ámbitos de acción:

- **Sanitario:** normas, regulación, capacitación de los equipos de salud de la red asistencial y coordinación intersectorial
- **Familiar y comunitario:** comunicación, crear una corriente de opinión favorable, que propicie mejores hábitos alimentarios y la práctica regular de actividad física.

- **Escolar:** información, programas de estudio, programas de alimentación escolar, participación de padres.
- **Empresarial:** producción, comercialización, publicidad y etiquetado de los alimentos, cumplimiento de normativas y políticas públicas, en torno a estilos de vida saludables.
- **Académico y sociedades científicas:** docencia y formación de recursos humanos, investigación y extensión.

A pesar de los diversos esfuerzos realizados, los resultados han sido claramente insuficientes, ya que una parte importante de la población mantiene conductas alimentarias poco saludables y escasos niveles de actividad física, lo que se refleja en la persistencia de altas tasas de obesidad. Ello implica la necesidad de fortalecer las estrategias existentes y/o explorar nuevas alternativas. Sin embargo en la literatura mundial existe escasa información para definir cuales son las intervenciones más costo efectivas, ya que muy pocos países en el mundo han tenido éxito en revertir esa tendencia.

## Desafíos para la próxima década

**Desarrollar e incorporar políticas públicas que favorezcan y permitan la adopción de estilos de vida saludable.** La posibilidad real de que un país avance hacia un desarrollo saludable requiere de una definición política de todo el Estado. Esta definición debería inducir a todos los sectores a considerar en sus lineamientos y a orientar sus desafíos hacia la promoción de estilos de vida saludable, pero además se deben generar las bases estructurales y normativas que aseguren los cambios. Los ámbitos de acción en este sentido debieran ser:

- Considerar los aspectos necesarios para una vida saludable en cada nueva tarea del estado, especialmente en las áreas de salud, educación, urbanismo y trabajo.
- Reforzar la intersectorialidad para implementar y difundir políticas dirigidas a fomentar la práctica de hábitos saludables.
- Implementar, desde la administración pública y con la colaboración de los líderes y agentes sociales, campañas de información para educar y motivar a la población.
- Establecer contacto con los medios de comunicación para divulgar la estrategia y garantizar su presencia en los medios informativos. Estas estrategias están destinadas a promover el paso de etapas precontemplativas a etapas contemplativas en que el sujeto está en conocimiento del problema y está considerando la posibilidad del cambio. Este paso es bien catalizado por los medios de comunicación masiva como la televisión, radio y prensa escrita.
- Propiciar un marco de colaboración con las empresas para promover la producción y comercialización de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada, la práctica de deportes y a una recreación activa.
- Implementar modelos normativos exitosos, basados en la evidencia científica, que induzcan y permitan el cambio de estilo de vida.

**Alimentación Saludable.** Tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, se observa una tendencia a disminuir el consumo de frutas, verduras, cereales

integrales y legumbres, y aumentar el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal. En este sentido, las áreas potenciales de trabajo para los gobiernos debieran ser:

- Desarrollo de guías alimentarias nacionales que orienten a la población y que sirvan de lineamientos para la producción de alimentos, intervenciones en nutrición y la colaboración intersectorial.
- Mejorar la información al público a través de un etiquetado nutricional más fácil de comprender, educación por los medios de comunicación masivos, reglamentación de mensajes de advertencia, mensajes saludables y otros.
- Acciones orientadas a mejorar la calidad de los alimentos disponibles desarrollando políticas que aumenten la oferta de alimentos no procesados, disminuyendo en forma voluntaria o mediante reglamentaciones el contenido de sal, azúcar y grasas saturadas en los alimentos procesados, eliminando los ácidos grasos trans de los alimentos. Debieran conformarse grupos de trabajo intersectorial, particularmente en las áreas de salud, agricultura y educación.
- Intervenciones en salud materno-infantil, destinados a promover desde el embarazo, o aún antes, un estilo de vida saludable, las que puede generar beneficios no sólo en este período específico, sino a lo largo de todo el ciclo vital. Estas intervenciones pueden afectar positivamente la lactancia materna, la alimentación al momento del destete y el desarrollo precoz de hábitos saludables, factores de gran relevancia en la prevención de las enfermedades crónicas.
- Perspectiva del ciclo vital: las intervenciones precoces y persistentes a lo largo de la vida son las que resultan más exitosas.

**Vida Activa.** La falta de actividad física es un problema muy frecuente en la mayor parte de los países desarrollados y en desarrollo. Entre sus factores causales se encuentra la rápida urbanización, las actividades laborales cada vez más sedentarias, el aumento de la disponibilidad de medios de transporte de fácil acceso y bajo costo, y la disminución de los espacios adecuados para la recreación activa y la práctica de deportes. Las áreas de trabajo recomendadas en este ámbito son:

- Desarrollar un nuevo paradigma en torno a la promoción de la actividad física, basado en la realización de 30 minutos de actividad física moderada al día (como por ejemplo una caminata), la mayoría de los días de la semana, como parte de la vida diaria. Esta práctica rutinaria es preferible a la actividad vigorosa ocasional vinculada a un centro deportivo. Es importante disponer de guías de actividad física para la población que orienten este hábito. El rol de la salud y la educación en este tema tiene que ver con la entrega de contenidos educativos en torno a los beneficios de la práctica de actividad física regular.
- Políticas públicas en torno a la promoción de un estilo de vida activo: por ejemplo disponer de espacios públicos adecuados para el desarrollo de actividad física, programas de educación física en las escuelas, clubes comunitarios de caminata, ciclo vías y otros.
- Alianzas multisectoriales: especialmente orientadas a crear vínculos con educación y aumentar el número de horas de educación física en todo el ciclo escolar, el transporte público, gobiernos locales, centros deportivos, industria privada, comunicaciones, organizaciones comunales, etc.

**Cambios de Conducta.** Elegir la práctica de un estilo de vida saludable no sólo depende de una decisión personal y de disponer de la información suficiente, sino también de otros

factores importantes que compiten con la decisión informada tales como el marketing, factores económicos, dinámicas culturales, conveniencia y tiempo disponible, por citar algunos, los que deben considerarse para plantear intervenciones exitosas. Algunos ejemplos que facilitan y promueven el cambio de conducta son:

- Promover hábitos saludables en los lugares de trabajo y escuelas.
- Adoptarlos como normas sociales bien valoradas por la gente.
- Adecuar precios, impuestos y reglamentaciones para modificar aspectos que favorezcan la compra de algunos productos por sobre otros.
- Incentivos comunitarios como respuesta a cambios conductuales.
- Defensa de los intereses de los consumidores quienes deberán disponer de información oportuna, fidedigna y comprensible, que además sea verificada por la autoridad.

**Consideraciones de Equidad y Género.** Un elemento relevante a tener en consideración es la dinámica cultural, social y económica actual, que tiende a la práctica de estilos de vida poco saludables. Factores como las marcadas diferencias socioeconómicas, el desarrollo de los medios de comunicación y de transporte, los cambios en la producción agroalimentaria, el desarrollo de la industria alimentaria, la incorporación de la mujer al mundo laboral entre otros, inciden en las prácticas alimentarias y actividad física de la población. La pobreza y la desigualdad de oportunidades y acceso a bienes y servicios son determinantes de la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas. En Chile por ejemplo, la obesidad es dos veces mayor en las personas con menor escolaridad. La misma asociación presenta la prevalencia de hipertensión y diabetes con el nivel socioeconómico. Esto se explica por las diferentes prácticas alimentarias y de actividad física de la población, según nivel socioeconómico y escolaridad. Así por ejemplo la Encuesta de Calidad de Vida muestra que el consumo diario de frutas y verduras fue 61,9% en el nivel socioeconómico alto y sólo 31,6% en el bajo (ver anexos). Un análisis de género muestra que las mujeres presentan mayor índice de obesidad que los hombres en todos los grupos etáreos, situación que también puede responder a causas socioeconómicas y culturales (ver anexos).

**Nuevo enfoque para la evaluación de las intervenciones.** Existen pocos estudios disponibles que evalúen las intervenciones sobre la dieta y la actividad física y sus resultados no son fácilmente transferibles desde una intervención bien controlada o de laboratorio (eficacia), a su implementación en grandes poblaciones (efectividad). Sin desconocer el valor del conocimiento basado en la evidencia científica, producto de ensayos clínicos controlados, es importante evaluar además el impacto obtenido en estudios ecológicos o poblacionales. Esto está dado porque los cambios conductuales son influenciados por múltiples factores ambientales e individuales que dificultan el tradicional análisis causa-efecto. En esta línea se sugiere:

- Incorporar la evaluación como una etapa indispensable en el diseño de cada nueva estrategia.
- Complementar los ensayos clínicos controlados con estudios poblacionales, observacionales, cuasi experimentales o de cohortes, para una mejor comprensión de las complejidades que intervienen en la conducta humana.

## **Desafíos para la próxima década**

La posibilidad real de que un país avance en el desarrollo de políticas que propicien la prevención de las ECNT requiere de una definición política de todo el Estado. Esta definición debería favorecer y comprometer a todos los sectores para que incorporen desde su quehacer, elementos que contribuyan a la construcción de una sociedad más sana, por medio de cambios conductuales permanentes.

Es indispensable que el Estado refuerce las acciones en los ámbitos de salud, educación y trabajo, promoviendo la intersectorialidad en el diseño de planes y programas, así como en la implementación y difusión de estilos de vida y alimentación saludable. Éstas deben considerar la participación y colaboración no sólo de las instituciones del sector público, sino que también del sector privado y la sociedad civil, además de establecer contacto con los medios de comunicación para divulgar la estrategia y garantizar su presencia en los medios informativos.

El esfuerzo educativo debe ser acompañado de un marco regulatorio que favorezca el cambio de estilo de vida a través del diseño e implementación de políticas públicas de los diversos sectores del estado que consideren entre sus resultados la mejora del estado nutricional y el control de las enfermedades no transmisibles así como mediante la introducción de aquellos cambios legislativos que favorezcan la educación de los consumidores e incentiven la alimentación y la actividad física saludables.

Una nueva política en salud pública en estas materias debiera centrarse entonces, en propiciar un marco de colaboración intersectorial amplio para promover la producción y comercialización de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada y fomentar la práctica de deportes y recreación activa, para toda la población.

En este marco, hoy se requiere un encuentro y reflexión de toda la sociedad para revisar lo realizado, incorporar otros factores relevantes involucrados con esta problemática y plantear, frente al análisis de resultados, nuevos ejes estratégicos de intervención.

**En esta CUMBRE se deben relevar y discutir aspectos tales como:**

1. Definir inequidades en el acceso a una vida saludable.
2. Políticas públicas que aborden los principales factores ambientales estructurales que hoy condicionan el comportamiento en alimentación y práctica de actividad física.
3. Plan nacional que aborde aspectos estructurales ambientales que favorezcan la práctica regular de actividad física y que estimulen a los ciudadanos a tener una vida más activa, en la vida diaria, en lo recreativo y en la práctica deportiva.
4. Factores que influyen en la selección de alimentos, tales como precios, subsidios, publicidad (especialmente aquella dirigida a grupos de riesgo), alimentación institucional, medios de comunicación masivo, campañas, educación, etiquetado, información en el punto de compra y otros.
5. Factores que afectan la oferta de alimentos tales como medidas regulatorias, acuerdos voluntarios, comercio internacional, subsidios, medidas legislativas y otros.
6. Protección de los más vulnerables: programas especiales de prevención y tratamiento y campañas educativas, dirigidas a niños y niñas, embarazadas, mujeres y comunas más pobres, entre otros.

## ANEXOS



**Tabla 1. Prevalencia de obesidad en menores de 6 años (MINSAL) y escolares de primero básico (JUNAEB) 2002-2006**

Año	Menores de 2 años * %	2 a 5 años * %	Primero Básico ** %
2002	6,0	8,1	17,0
2003	5,9	8,1	16,7
2004	5,9	8,2	17,3
2005	4,8	8,2	18,5
2006	4,1	9,1	19,4

\* MINSAL \*\* JUNAEB

**Tabla 2. Estado Nutricional de la Embarazada 2002 – 2007 \***

Año	Bajo peso %	Normal %	Sobre peso %	Obesa %
2002	13,3	31,5	21,7	33,4
2003	12,9	31,7	21,8	33,5
2004	12,2	33,0	22,5	32,2
2005	7,7	40,8	31,2	20,3
2006	7,7	41,3	31,6	19,4
2007	7,5	41,1	31,5	20,0

\* Fuente MINSAL 1994 a 2004 según peso para la talla por edad gestacional (Rosso-Mardones).

Desde el 2005 IMC por edad gestacional

**Tabla 3. Estado nutricional de la mujer embarazada y a los seis meses post parto según grupo de edad 2007**

Embarazadas	Menor de 20 años %	20 a 34 años %	35 años y más %
Bajo peso	14,0	6,1	2,0
Normal	52,5	39,6	27,2
Sobrepeso	24,4	32,6	38,9
Obesidad	9,2	21,7	31,4
6 meses post parto	Menor de 20 años %	20 a 34 años %	35 años y más %
Bajo peso	9,2	4,1	1,8
Normal	52,9	40,1	26,5
Sobrepeso	26,1	33,4	39,5
Obesidad	11,9	22,4	33,2

Fuente MINSAL.

**Tabla 4. Estado Nutricional del Adulto Mayor según sexo 2007**

Diagnóstico	Hombres %	Mujeres %	Total %
Bajo peso	9,5	9,0	9,2
Normal	42,0	34,6	37,4
Sobrepeso	31,1	29,3	30,0
Obesidad	17,4	27,1	23,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente MINSAL.

**Tabla 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según sexo y edad.  
Encuesta Nacional de Salud, 2003**

Edad años	Sobrepeso		Obesidad *	
	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
17-24	14	20	10	8
25-44	50	35	18	26
45-64	52	35	24	39
≥ 65	47	39	28	32

Fuente MINSAL. \* Incluye obesidad mórbida

**Tabla 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según nivel educacional.  
Encuesta Nacional de Salud, 2003**

Nivel Educacional	Sobrepeso %	Obesidad * %	Obesidad Mórbida %
Bajo	38,2	31,0	2,3
Medio	37,7	20,0	1,2
Alto	37,7	17,0	0,4

• Excluye obesidad mórbida



**Tabla 8. Frecuencia de consumo diario de lácteos, verduras y frutas según nivel socioeconómico. II Encuesta de Calidad de Vida, 2006**

Nivel socio-económico	Lácteos %	Verduras %	Frutas %
1º quintil	27,5	35,6	38,9
2º quintil	34,9	50,9	44,3
3º quintil	45,0	51,2	48,8
4º quintil	51,1	62,0	52,0
5º quintil	63,8	63,9	53,1

Fuente. MINSAL

**Tabla 9. Objetivos Sanitarios para la Presente Década: área de Nutrición,  
Ministerio de Salud.**

Componente e Indicador	Situación 1999	Objetivo y Metas para el 2010
Obesidad	Menores de 6 años: 10% 1º básico: 16% Embarazadas 32% (1997)	Reducir la prevalencia de obesidad en preescolares en 3 puntos ó 30%, en escolares en 4 puntos ó 25% y embarazadas en 4 puntos ó 13% <b>Metas:</b> En menores de 6 años: 7% En escolares 1º básicos: 12% En mujeres embarazadas: 28%
Sedentarismo	Mayores de 15 años: 91%	Reducir prevalencia de sedentarismo en 7 puntos u 8% <b>Meta:</b> Población mayor de 15 años: 84%



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



Organización  
Panamericana  
de la Salud  
Organización Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**SLAN**

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE NUTRICION



IUNS