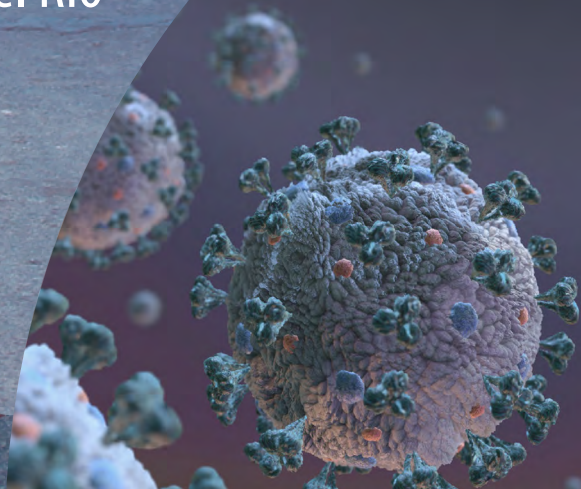


DE LA OBESIDAD AL CORONAVIRUS: UNA VISIÓN DESDE LA SALUD PÚBLICA

Dr. Fernando Vio del Río



COLECCIÓN ACADÉMICA
Serie de Textos Editorial Universidad de Talca

Segunda edición 2020 (eBook)

Registro de Propiedad Intelectual © N° 2020-A.4646

ISBN: 978-956-329-134-6

EDITORIAL UNIVERSIDAD DE TALCA

Talca - Chile

Directora Editorial Universidad de Talca
Marcela Albornoz Dachelet

Diseño Editorial
Carlos Osoreo

Corrección de textos
María Acevedo

Fotografía portada
Tomás Vio

Todos los Derechos de fotografías y textos son reservados.
Su reproducción parcial o total podrá ser realizada sólo
con la autorización de la Editorial de la Universidad de Talca

DE LA OBESIDAD AL CORONAVIRUS: UNA VISIÓN DESDE LA SALUD PÚBLICA

Dr. Fernando Vio del Río



DE LA OBESIDAD AL CORONAVIRUS: UNA VISIÓN DESDE LA SALUD PÚBLICA

Dr. Fernando Vio del Río



*Este libro está dedicado a las familias de los
fallecidos por la pandemia del COVID-19.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
PRÓLOGO	10
CAPÍTULOS	
1. CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y NUTRICIONALES EN CHILE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS	13
2. TRANSICIONES DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA Y NUTRICIONAL Y SU MEDICIÓN CON NUEVOS INDICADORES	23
3. POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD DESDE LA DÉCADA DEL 80 EN ADELANTE	31
4. COMPARACIÓN DE POLÍTICAS PARA LA DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD	41
5. PROMOCIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD	48
6. ALIMENTACIÓN EN CHILE	58
7. ACTIVIDAD FÍSICA	69

8. OBESIDAD EN CHILE	81
9. OBESIDAD EN EL MUNDO	90
10. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ENFRENTAR LA OBESIDAD EN CHILE	97
11. ESTALLIDO SOCIAL Y SALUD	107
12. PANDEMIA DE CORONAVIRUS	115
13. DIETA, OBESIDAD Y LITERATURA	135
14. CONCLUSIONES	145

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este libro es dar a conocer aspectos de la Salud Pública y Nutrición que se han ido dejando en un segundo plano ante la creciente demanda por atención médica de la población. Es tal el aumento de la demanda y de cómo las personas hacen valer sus derechos, que la Salud Pública ha quedado reducida a dar atención médica directa y en la mejor forma posible a las personas, dejando de lado el análisis de las causas de las enfermedades y de cómo se deben abordar los problemas de Salud para enfrentar el futuro en forma racional. Esto concuerda con lo acontecido en Chile: lo individual se ha ido sobreponiendo a lo colectivo y lo inmediato a pensar en el largo plazo. En consecuencia, las políticas públicas son para el corto plazo y además se planifican e implementan en forma parcial o imperfecta, o simplemente no se realizan.

En el pasado, en una situación epidemiológica y nutricional completamente diferente, donde predominaban las enfermedades materno-infantiles e infecciosas, los temas de Salud Pública fueron abordados desde sus orígenes, con políticas continuas de largo plazo, logrando superar en un período relativamente corto de tiempo problemas tan graves como fueron la alta mortalidad infantil y materna -una de las más altas del mundo hasta la década del 60- la desnutrición y las enfermedades infecciosas, erradicadas a fines de los 80. En la actualidad, no ha sucedido algo similar con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, que son nuestra principal causa de enfermedad y muerte, las que siguen incrementándose de manera alarmante.

En este libro se hace un análisis de las razones de este fenómeno y se proponen algunas ideas e intervenciones que deberían implementarse para salir de la espiral “mayor demanda - más atención curativa con inversión en hospitales, infraestructura, equipos de alta tecnología, especialistas, medicamentos - mayores costos en salud - mayor demanda”, y así sucesivamente.

Lo planteado en este libro constituye una visión personal, compartida en un permanente diálogo con diferentes equipos de trabajo, que se ha mantenido durante muchos años en una línea de investigación y docencia realizada en la Universidad de Chile, y muy especialmente, desde una permanente abogacía para que los problemas básicos de nuestra Salud Pública sean considerados prioritarios, con una observación cercana y crítica de lo acontecido en nuestra realidad nacional desde la segunda mitad del Siglo XX hasta el presente.

PRÓLOGO

Este libro nace de la necesidad de plantear un tema de fondo en la Salud Pública chilena, que es cómo hemos ido abandonando los principios básicos de salud de las poblaciones, como es fomentar la salud y prevenir además de curar, que han sido reemplazados por los principios del mercado, que responden solo a la demanda de atención médica curativa de las personas.

Los que nos formamos en las décadas del 60 y 70 tenemos marcado a fuego las enseñanzas de los que crearon el Servicio Nacional de Salud, inspirados en los valores de los años 30 de los Drs. Eduardo Cruz Coke, Salvador Allende, Víctor Grossi y luego Sótero del Río Gundián, Jorge Mardones Restat, Salvador Díaz, Benjamín Viel, Abraham Horwitz, y tantos otros que fueron inspirados por el “National Health Service” de Inglaterra del gobierno laborista de Clement Attlee implementado por su Ministro de Salud de origen galés y obrero del carbón desde los 13 años, Aneurin Bevan, quien inauguró el “Welfare state”, modelo estatal que fue copiado y adaptado por su eficacia en el resto de países de Europa Occidental desde la década del 50.

El gran avance de la creación del Servicio Nacional de Salud en Chile en 1952 fue no solamente unificar los diversos servicios que entregaban salud en la época en un servicio único, sino dar un enfoque preventivo a todas las acciones de salud, en particular a las relacionadas con las enfermedades materno-infantiles e infecciosas que eran las principales causas de enfermedad y muerte. Cuando estas acciones preventivas y curativas lograron implementarse fuera de los hospitales en consultorios, postas y hospitales rurales con la política de Médicos Generales de Zona y alcanzar coberturas de un 80 por ciento de la población a fines de los 60, se inició el descenso de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna, de la desnutrición y de la mortalidad por enfermedades infecciosas como el sarampión, coqueluche, difteria en niños y la tuberculosis y fiebre tifoidea en adultos. Todo ello con énfasis preventivo y con un inmenso apoyo de la

población, el que se institucionalizó con los Consejos Locales de Salud en los inicios de los 70. En ese período destacaron salubristas de diferente signo político e ideológico, de altísimo nivel y con los mismos principios y valores de la Salud Pública, como fueron Francisco Mardones Restat, Hugo Behm, Hernán Durán, Gustavo Molina, José Manuel Borgoño, Victorino Farga, Julio Meneghello, Raúl Díaz Valdés, y por supuesto, el Dr. Fernando Monckeberg Barros.

La pregunta que surge es: ¿Qué habrían pensado todos ellos ante un programa de gobierno, como fue el del período 2010-2014 en que prácticamente no aparecen las palabras promoción ni prevención de salud? ¿Qué pensarían si las únicas Comisiones de Salud Presidencial que han funcionado en los últimos años se han referido a las Isapres, que atienden al 18% de población de mejores ingresos? ¿Qué dirían al ver que la Atención Primaria de Salud es predominantemente curativa, o en el mejor de los casos para controlar enfermos crónicos? ¿Cómo reaccionarían ante el descrédito en que han caído programas fundamentales de la Salud Pública, como son las vacunaciones, con grupos de la población que las rechazan y otros que simplemente deciden no vacunarse cuando hay una campaña?

Hemos llegado a un punto en que la población entiende por Salud Pública la atención en hospitales públicos, diferenciándola de la Salud Privada que se atiende en clínicas privadas, a diferencia de lo que existía en el pasado con especialistas en “Salud Pública”, que se encargaban de enfrentar los problemas de salud de las poblaciones, y otros que se dedicaban a la administración de hospitales en la especialidad “Administración Hospitalaria”.

Los conceptos de promoción de salud y prevención han desaparecido progresivamente de la cultura popular, que durante mucho tiempo acudió rigurosamente y en forma sistemática a los controles de niño sano y controles maternos. Con los cambios demográficos y epidemiológicos que se han producido en los últimos treinta años, hay menos embarazos y menos niños, que aún se controlan, pero que no son la mayoría de los problemas de salud que hoy nos afectan, que se han desplazado hacia los adultos y adultos mayores que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes, problemas de salud mental, enfermedades degenerativas y demencias. Estos problemas de salud parecerían que no pueden ser prevenidos o anticipados y que simplemente aparecen a medida que aumenta la edad de las personas. Todos estos temas no están siendo controlados anticipadamente y solo consultan cuando ya se ha producido el evento catastrófico de la enfermedad.

Sin embargo, hoy se sabe que todos estos problemas pueden ser prevenidos eliminando sus factores de riesgo y fortaleciendo factores protectores, como son la alimentación saludable y la actividad física. El mejor ejemplo es el tabaquismo, que después de décadas en que se demostró su causalidad en el cáncer con el estudio de Doll y Hill en Inglaterra en 1952 y corroborado en 1955, ha logrado ir en retroceso después del Acuerdo Marco contra el tabaco de Naciones Unidas, que ha sido acatado por casi todos los países del mundo, a pesar de la fuerte oposición de la industria tabacalera. Al disminuir el tabaquismo como causa de enfermedades cardiovasculares y cáncer, aparecen la alimentación y sedentarismo como los dos grandes problemas que hay que enfrentar en la prevención de las enfermedades actuales. Pero esto no ha sido fácil porque tiene que ver con hábitos muy arraigados en las personas, que consideran como un logro del desarrollo económico y de la modernidad poder tener una vida más cómoda, ver televisión, andar en automóviles, comer alimentos que satisfagan su paladar y darse gustos que antes no se pudieron dar.

Este libro trata de cómo ha evolucionado la salud pública relacionada principalmente con estos dos temas, que son la alimentación y actividad física y su consecuencia más inmediata y grave, que es la obesidad, y de cómo podríamos enfrentarlas para no poner en riesgo a nuestras futuras generaciones.

CAPÍTULO 1

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y NUTRICIONALES EN CHILE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Uno se puede preguntar qué importancia puede tener conocer el pasado de la salud pública en Chile para enfrentar los problemas tan diferentes y cambiantes que hoy día tenemos. Muchos dicen que es mejor dar vuelta la página y seguir adelante, pero como dijo en una entrevista la escritora española Almudena Grandes (El Mercurio, 26 mayo 2020) para ello “hay que leerla primero, lo que no puede ser es pasar una página sin leerla antes”. Es por ello necesario revisar someramente el pasado de la salud pública chilena.

Durante el Siglo XX Chile cambió en forma dramática de país rural, pobre, dependiente de las exportaciones de salitre y con estructuras socioeconómicas muy desiguales, a ser un país en las puertas del desarrollo en el inicio del Siglo XXI, a pesar de sus inmensas desigualdades.

Desde el punto de vista de salud, las condiciones sanitarias en 1900 eran dramáticas. El primer dato de mortalidad infantil que se conoce es de 1904 y correspondía a 350 niños fallecidos antes del primer año de vida por cada mil nacidos vivos. Es decir, por cada mil niños que nacían, un tercio se moría antes de llegar al año de vida, principalmente por diarreas y bronconeumonías. Los que sobrevivían, se veían enfrentados a enfermedades infecciosas que no tenían tratamiento, como eran el coqueluche, difteria, sarampión, varicela, poliomielitis, junto a otras enfermedades que hoy son comunes y se tratan rápidamente, como son las amigdalitis agudas (que se complicaban con enfermedad reumática y otras consecuencias), fiebre tifoidea, apendicitis aguda seguida de peritonitis que

terminaba con el mortal “cólico miserere”, para seguir con la tuberculosis que diezmaba a niños, adolescentes y adultos.

Es por todo lo anterior que la expectativa de vida no era más de 30 años, lo cual no se diferenciaba mucho de la esperanza de vida del hombre prehistórico. En esa época, más del 70 por ciento de la población era rural y las condiciones sanitarias de agua potable y alcantarillado, vivienda, acceso a la educación y salud eran pésimas. Todo esto se agravó con la crisis económica de los años 30, que afectó nuestra principal fuente de ingreso que era el salitre, lo cual hizo que los cambios socioeconómicos se aceleraran, iniciándose la migración de las minas del salitre a las ciudades, lo cual creó cordones de pobreza extrema alrededor de ellas, con un aumento de la migración campo-ciudad y una urbanización creciente y precoz de la sociedad chilena, que llegó al 75 por ciento de población urbana antes de 1970.

Al mismo tiempo, el Estado debió hacerse cargo de los problemas de saneamiento ambiental, de dar educación y atención de salud a la sociedad chilena, creándose una serie de organizaciones de caridad y otras apoyadas por el Estado para dar respuesta a los problemas crecientes, especialmente de los más pobres. En 1925 se crea la Ley del Seguro Social, copiando las leyes sociales implementadas por el Canciller Bismarck en Alemania en el siglo XIX, que daba atención a los hijos de asegurados hasta el año de edad y en 1938 se crea la Ley Madre Niño que extiende la atención a embarazadas y niños menores de dos años, incluyendo la entrega de leche que ya venía realizando la Gota de Leche desde los años 20 (1). Durante la década del 40 se produce una expansión de cobertura en educación bajo los gobiernos radicales con el lema “gobernar es educar” y se extiende también la atención médica y la entrega de leche en consultorios y postas de salud (2).

En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) siguiendo el modelo inglés del National Health Service, que juntó en una sola institución de salud los hospitales existentes dependientes del Estado, de los municipios, de instituciones de caridad y otras como la Gota de Leche. La atención de salud se organizó desde lo preventivo hasta lo curativo, lo cual fue un gran avance al iniciar políticas integrales para enfrentar los problemas materno-infantiles y de enfermedades infecciosas, cuyos resultados se vieron tres o cuatro décadas más tarde.

En 1954 se crea el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), iniciándose la entrega de alimentos a través de

los servicios de salud, con el requisito previo de control de la embarazada y del niño en los consultorios y centros de salud.

En 1960 se inicia la política de los Médicos Generales de Zona que lleva por primera vez la atención médica a lugares apartados del país donde no existía ningún tipo de atención, creándose hospitales y postas rurales en todo el territorio nacional, e iniciándose en los 70 una red de consultorios en las poblaciones marginales de las ciudades.

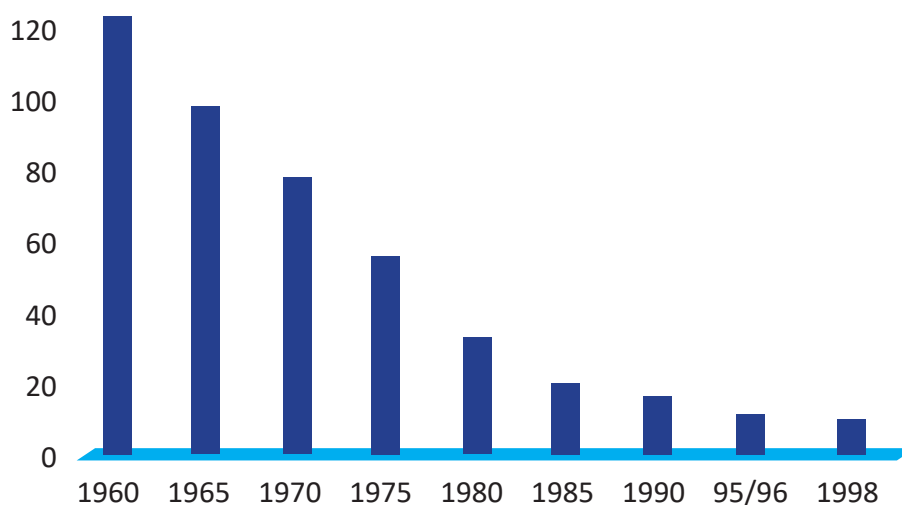
En 1960 la mortalidad infantil era todavía de 120 niños menores de un año que morían por cada 1000 nacidos vivos, principalmente por diarreas, bronconeumonías y enfermedades infecciosas. La mortalidad materna era de 3 por mil nacidos vivos, es decir, más de 3 madres morían durante el embarazo, parto o puerperio por cada mil niños que nacían vivos. Esto se producía por problemas en el parto (hemorragias, infecciones y eclampsia) mayoritariamente atendidos en las casas, y muy especialmente por abortos sépticos realizados en forma clandestina en condiciones muy insalubres. A mediados de los años sesenta se produjo un acuerdo entre la iglesia, a través del Arzobispo de Santiago Cardenal Raúl Silva Henríquez y el Estado representado por el Director del Servicio Nacional de Salud Dr. Francisco Mardones Restat, para iniciar el acceso libre de las personas a métodos anticonceptivos en consultorios, principalmente píldoras y dispositivos intrauterinos o DIU, con el objeto de prevenir el aborto.

Esta medida, junto con el aumento de la atención del parto en maternidades y el incremento de la cobertura de los controles prenatales que llegó al 80% de las embarazadas, hizo que la mortalidad materna disminuyera en forma dramática hasta llegar hoy día Chile a tener los mejores indicadores del mundo de atención materna, con una alta cobertura de controles prenatales y con solo 17 madres que mueren cada 100.000 partos, en un país que tiene poco más de 200.000 partos al año.

Con la mortalidad infantil sucedió algo similar: el riesgo de morir de los niños era cinco veces mayor en los hijos de madres analfabetas que en aquellas que tenían educación básica, y gracias al aumento de cobertura de la educación primaria que se inició en la década del 40, ya casi no existían madres analfabetas. El censo del año 1970 mostró que en Chile el analfabetismo era de un 11%, pero solo el 58% de las personas que vivían en ciudades tenía acceso al agua potable en su casa y el 35% a alcantarillado. Gracias a un intenso programa iniciado por el Banco Interamericano de Desarrollo en la década del 60, se dotó de agua potable

y alcantarillado a la gran mayoría de las ciudades del país y a la mayoría de las localidades rurales. Esto, junto al incremento de cobertura de los controles de salud preventivos y a la atención médica en consultorios y hospitales, más los programas alimentarios, inició la reducción de la altísima tasa de mortalidad infantil que en 1970 era de 82,2 por mil nacidos vivos, a 20 en 1985 y a 7,8 el año 2002, cifra que se ha mantenido hasta el presente. Con ello aumentó la expectativa de vida llegando a los 80 años, en gran medida por la baja de la mortalidad infantil y las enfermedades materno-infantiles e infecciosas, que dejaron de ser importantes como causas de muerte, pasando a ser reemplazadas por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Obesidad), accidentes, problemas de salud mental y enfermedades degenerativas (3).

Figura 1. Mortalidad Infantil en Chile 1970-1998



Fuente: Ministerio de Salud

ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Mención especial requiere la disminución de la desnutrición hasta su erradicación a fines de la década del 90. Los datos de desnutrición recolectados mediante encuestas mostraban que más de un tercio de los niños tenían algún tipo de desnutrición en la década del 60, lo cual se correlacionaba bien con las altísimas tasas de mortalidad infantil. Con el aumento de entrega de alimentos a través del Programa Nacional de

Alimentación Complementaria (PNAC) a todos los niños que acudían a los controles de salud desde los años 60 en adelante, se llegó a cubrir más del 80 por ciento de los niños del país en una acción de entrega universal de alimentos, que no se había dado nunca y que sirvió para prevenir la desnutrición (Prevención Primaria).

A esto se agregó un control especial para los niños a los que se les detectaba desnutrición leve o riesgo de desnutrir, con una mayor frecuencia de controles cada 15 días y mayor entrega de alimentos, que se llamó “PNAC focalizado” (Prevención Secundaria).

Por último, y no menos importante, fue la creación de centros de rehabilitación para desnutridos fuera de los hospitales a través de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) creada por el Dr. Fernando Monckeberg Barros (4), donde los niños con desnutrición moderada o severa, que tenían una alta mortalidad, eran internados hasta su recuperación total con seguimiento en su hogar para que no recayeran (Prevención Terciaria) (5).

Esta acción concatenada de Prevención Primaria, consistente en la entrega universal de alimentos con educación en los controles de salud; más la Prevención Secundaria que era la entrega de más alimentos con controles frecuentes, y la Prevención Terciaria con la rehabilitación de los desnutridos moderados o severos en centros CONIN, llevó a la erradicación de la desnutrición en un período inferior a dos décadas entre los años 70 y 90, en una situación económica, social y política muy adversa, con dos crisis económicas (1974-1977 y 1982-1986) que golpearon fuertemente a los grupos socioeconómicos más vulnerables.

El porcentaje de niños de 6 años desnutridos (según el indicador Peso/Edad, con la referencia SEMPÉ y con el punto de corte de menos 1 Desviación Estándar) del Registro Mensual Consolidado (RMC) del Servicio Nacional de Salud (SNS), que informaba mensualmente de cuánto era la desnutrición de los niños que acudían a los consultorios de la época, muestra que en el año 1975 la desnutrición era de un 15,5%, llegando a un 5,3% el año 1993, cuando se dejó de evaluar por haber disminuido la desnutrición a niveles mínimos y ya no se justificaba continuar midiendo desnutrición prácticamente inexistente, cuando se había disparado la obesidad.

Es necesario destacar que esta disminución se produjo en un período de crisis políticas y condiciones socioeconómicas muy adversas,

como fueron las dos crisis económicas más importantes de la segunda mitad del Siglo XX, como fueron las de 1974-76 y luego la de 1982-86, esta última con una desocupación abierta de un 25 por ciento y un 26 por ciento ocupado en el Programa de Empleo Mínimo (PEM) y el Programa Ocupacional para Jefas de Hogar (POJH). El ingreso promedio mensual de estos programas era de 50 dólares mensuales por persona, con lo cual no se alcanzaba a tener una dieta mínima que satisficiera los requerimientos nutricionales de los niños.

A pesar de lo anterior, la desnutrición continuó disminuyendo. En ello, tuvieron un rol fundamental los Programas Alimentarios contra la desnutrición. El año 1982, ante la crisis económica, se redujo la entrega del PNAC en un 30 por ciento y de inmediato el RMC mostró un incremento de la desnutrición de un 8,8 en 1982 a un 9,8 por ciento en los primeros meses de 1983. Al informar los técnicos y académicos de este fenómeno a la población, se produjo un revuelo tal que el gobierno de la época se vio obligado a reponer el PNAC en sus niveles habituales y la desnutrición al año siguiente bajó a 8,4 por ciento, la que se mantuvo hasta fines de la década para caer definitivamente a un 5,3 por ciento en 1993 (6).

INCREMENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL Y DE ADULTOS

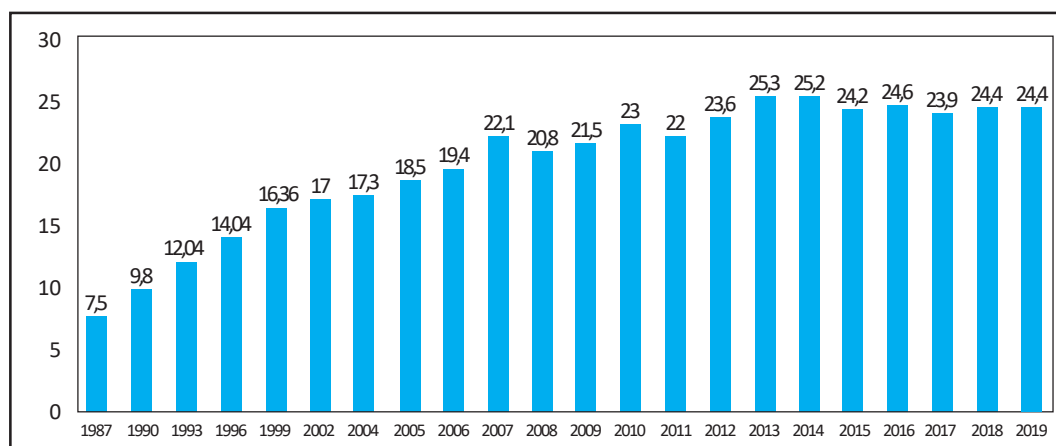
Desafortunadamente y en forma paralela, desde la recuperación económica del año 1987, la obesidad que era baja en los 80, se incrementó en forma explosiva. Al disminuir la desocupación y aumentar el ingreso, las personas de nivel socioeconómico medio y bajo incrementaron el consumo masivo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, en especial de alimentos procesados. A esto se agregó la llegada en los 90 de cadenas de comida rápida que implantaron en Chile el modelo de “dieta occidental” o “Western diet” que cambió los hábitos de muchos países en el mundo, como fueron los Latinoamericanos, China y la ex Unión Soviética, que en pocos años dejaron de alimentarse de acuerdo a sus hábitos ancestrales y empezaron a hacerlo con los nuevos patrones dados por modelos norteamericanos (7). A esto hay que agregar el trabajo de la mujer fuera del hogar, lo que disminuyó el tiempo para cocinar, y el cambio demográfico por el acceso universal a métodos anticonceptivos, disminuyendo la natalidad a tal extremo que las familias de nivel socio económico bajo decidieron tener un solo hijo, con el objeto de poder educarlo para que llegara a la Universidad, único camino posible de ascenso social y económico. Por supuesto, a este

hijo se le daban todas las facilidades que los padres no habían tenido, en especial la alimentación que los padres no habían recibido en la década del 80 por las crisis económicas, especialmente bebidas azucaradas y alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal.

Por otra parte, con el aumento del ingreso también se vendieron más televisores y vehículos, de forma tan explosiva, que en la encuesta CASEN de 1994 se sacó la tenencia de televisor como indicador de nivel socioeconómico por no discriminar, al ser igual en todos los niveles socioeconómicos. Simultáneamente, se prolongó la jornada laboral hasta un promedio de 10 horas diarias de permanencia en el trabajo en la Región Metropolitana, con baja productividad. Si agregamos un prolongado tiempo de traslado al hogar de entre 1 y 3 horas diarias, no quedaba tiempo disponible para la vida familiar, cocinar y menos aún para hacer actividad física. Con ello aumentó el sedentarismo y se produjo la tormenta perfecta: aumento de ingesta de calorías, grasas, azúcar y sal y disminución del gasto por menor actividad física.

El dato más fidedigno del incremento de la obesidad es el del mapa nutricional del primer año básico de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que muestra una obesidad de un 7,5 por ciento en 1987; de 14,4 en 1996, de un 19,4 el año 2006 para llegar hasta un 24,4 por ciento el año 2019 (8) (Figura 2).

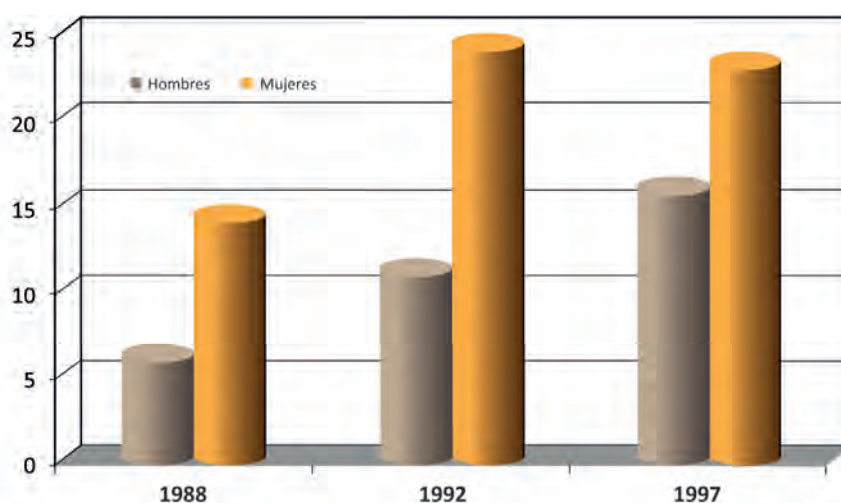
Figura 2. Prevalencia de Obesidad en Escolares de Primer Año Básico 1987-2019



Fuente: Mapa Nutricional (JUNAEB)

Pero los cambios más importantes se produjeron entre 1987 y los inicios de la década del 90. Al no existir la obesidad como problema de Salud Pública en la década del 80, no había mediciones de mayores de 15 años a nivel nacional. Existen estudios puntuales, como fue una encuesta de estado nutricional en la Región Metropolitana realizada por la Dra. Ximena Berríos en 1988, que mostró una obesidad en adultos de 6 por ciento en hombres y 14 por ciento en mujeres. La misma encuesta se repitió cuatro años después con la misma metodología en la Región Metropolitana y mostró una obesidad de 11 por ciento en hombres y 24 por ciento en mujeres en 1992 (9). Otra encuesta nutricional realizada en 1997 en la ciudad de Valparaíso por el programa CARMEN de la Organización Panamericana de la Salud mostró una obesidad de 16 por ciento en hombres y 23 por ciento en mujeres (10) (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia de Obesidad Adultos 1988-1992. Valparaíso 1997



Fuente: F. Vio, 2000

Es decir, los cambios epidemiológicos y nutricionales se produjeron en Chile en un período muy corto de tiempo. Teníamos una altísima mortalidad materna e infantil con desnutrición elevada en la década del 70, con alta prevalencia de enfermedades infecciosas y materno-infantiles, que desaparecieron como problemas de Salud Pública a fines de la década del 80, a pesar de condiciones políticas y socioeconómicas muy adversas.

Esto se debió a políticas de salud bien diseñadas desde lo preventivo hasta lo curativo que se inician en los 50, se mantienen en el tiempo y rinden sus frutos 30 o 40 años después. Estos cambios fueron tan rápidos, y podríamos decir tan inesperados, que no permitieron adelantarnos a los otros problemas epidemiológicos que aparecieron no solo por el éxito de políticas de salud, sino también por los cambios socio-económicos y políticos a los que nos vimos expuestos como país desde fines de los años 80.

Lo anterior significó que la nueva realidad epidemiológica no se acompañó de políticas y programas adecuados. Hasta el presente no existe una continuidad de políticas públicas desde lo preventivo hasta lo curativo, que permita enfrentar los problemas de salud en forma adecuada.

La realidad de hoy es que la dieta sigue siendo alta en calorías, azúcar, grasas y sal; que el sedentarismo es muy alto y que la obesidad sigue aumentando año tras año. Con esto, la prevalencia de las enfermedades derivadas de una mala alimentación y falta de actividad física siguen incrementando la demanda en salud, que se hace cada vez más insostenible desde lo económico y desde la capacidad de atención de nuestros sistemas de salud.

REFERENCIAS:

1. González N, Infante A. "Programas de Alimentación Complementaria del Sector Salud en Chile". *Boletín 89*. Organización Panamericana de la Salud, 1980.
2. Mardones S F, González N, Mardones R F, Salinas J, Albala C. Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el Período 1937-1982. *Rev Chil Nutr* 1986; 14:173-182.
3. Vio F, Albala C. Nutrition Policy in the Chilean Transition. *Public Health Nutrition* 2000; 3:49-55.
4. Monkeberg, Fernando. Después de superada la desnutrición es posible alcanzar el desarrollo. Experiencia Chilena 1953-2017. Santiago de Chile 2020.
5. Mardones, Francisco. Políticas de Alimentación y Nutrición en los Planes de Salud en Chile. *Rev Chil Nutr* 2003; 30 (Supl. 1): 195-197.
6. Nutrición para el Desarrollo. Claves del éxito del modelo Chile. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*, LOM Ediciones, Santiago de Chile, 2010.

7. Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public Health Nutr*, 2002; 123-128.
8. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB. Mapa Nutricional 2019.: https://www.junaeb.cl/wpcontent/uploads/2013/03/MapaNutricional2018_Junaeb_21.02.pdf
9. Berríos X. Tendencia temporal de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas: ¿la antesala silenciosas de una epidemia que viene?. *Rev Med Chile* 1997; 125:1405-1407.
10. Jadue L, Vega J, Escobar MC, Delgado I, Garrido C, Lastra P, et al. Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: métodos y resultados de la encuesta CARMEN. *Rev Med Chile* 1999; 127:1004–1013.

CAPÍTULO 2

TRANSICIONES DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLOGICA Y NUTRICIONAL Y SU MEDICIÓN CON NUEVOS INDICADORES

En 1839 Alphonse Karr publicó *Les Guêpes*, un periódico mensual de tono satírico que le dio la reputación de tener un carácter amargo. Las frases que incluyó en sus periódicos son citadas con frecuencia en el habla cotidiana francesa, como por ejemplo “Plus ça change, plus c’est la même chose”—“Cuanto más cambia algo, más se parece a lo mismo” (*Les Guêpes*, enero de 1849). Estos dichos dieron origen a la célebre frase del Gatopardo, de Giuseppe Tomasi di Lampedusa, cuando Tancredi declara a su tío Fabrizio: «Si queremos que todo siga como está, necesitamos que todo cambie». En el caso de las transiciones en salud pública, no todo ha seguido igual: los cambios han sido profundos y duraderos. Por ello hay que comprender lo que significan y cómo se han producido.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La transición demográfica es un fenómeno poblacional definido como un proceso evolutivo, caracterizado por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad, el que incluye un desfase en el tiempo que ocurre entre el descenso de la natalidad, que se mantiene alta, con la mortalidad que baja. Durante muchos siglos la natalidad y mortalidad eran muy elevadas, con lo cual la población no crecía, e incluso disminuía ante episodios de alta mortalidad como guerras, pestes y otras catástrofes.

A comienzos del Siglo XX empieza a disminuir la mortalidad por la mejoría en las condiciones de vida de la población (alimentación, vivienda,

agua potable), la que se acentúa en la mitad del Siglo XX después de la Segunda Guerra Mundial por la aparición de antibióticos y vacunas que controlan las muertes por enfermedades infecciosas, principal causa de enfermedad y muerte hasta ese momento, sin que disminuyese la natalidad, que se mantuvo elevada.

La alta natalidad y baja mortalidad produjeron un aumento explosivo de la población a nivel mundial entre los años 50 y 70 llamado “explosión demográfica”. En los años 60 aparecen los anticonceptivos que hacen bajar la natalidad y la mortalidad continúa disminuyendo, con lo cual se produce un decrecimiento demográfico que ha llevado a un bajo crecimiento poblacional, situación en la que están la mayoría de los países en el mundo actual. Pero como ambas, natalidad y mortalidad continúan descendiendo, se llega a la actualidad donde existe un número importante de países con una muy baja natalidad y baja mortalidad y un crecimiento poblacional inferior al uno por ciento. Estos países son los europeos, de América del Norte, Australia y Nueva Zelanda. En América Latina Uruguay está en esta situación desde la década del 60 y luego se han incorporado Cuba, Costa Rica, Chile y Argentina al grupo de países con crecimiento cercano a cero (1).

El envejecimiento de la población es una de las expresiones más importantes de la transición demográfica, que se produce cuando disminuye la mortalidad antes de los 60 años, y de los 60 años en adelante, cayendo fuertemente las tasas de natalidad. Con ello se reduce el porcentaje de niños y jóvenes, con un incremento del peso relativo de los adultos mayores (2).

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El concepto de transición epidemiológica se refiere a los cambios en el largo plazo en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que por lo general se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas (3). Es decir, la transición epidemiológica se produce por los cambios demográficos y socioeconómicos que sufren los países. Tradicionalmente se describen tres etapas en la transición epidemiológica: Pre transición, Transición y Post Transición. Sin embargo, Olhansky y Ault han sugerido una cuarta etapa de enfermedades degenerativas retrasadas y cáncer (4).

Las principales características de cada etapa se observan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Etapas y características de la transición epidemiológica

Pre transición	Transición	Post transición	Fase tardía o cuarta
Población joven	Urbanización.	Población envejecida y urbana	Población muy envejecida
Problemas del Medio Ambiente	Envejecimiento	Predominio ECNT	Predominan cánceres y enfermedades degenerativas
Ruralidad	Aumentan Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Congénitas Metabólicas	
Enfermedades materno infantiles	Coexistencia de Enfermedades transmisibles, ECNT y accidentes	Salud Mental	
Enfermedades Transmisibles		Accidentes	

La transición epidemiológica es un proceso dinámico en el que se pueden producir retrocesos de una etapa a otra (por ejemplo, reaparición de dengue, malaria y aparición de nuevas epidemias virales tipo ébola, SARS o COVID-19), proceso llamado *contratransición*, porque países que habían superado las enfermedades infecciosas, vuelven a tenerlas sin estar preparados para ello. Otro concepto importante es el estancamiento en la etapa de transición, llamado *transición prolongada* en que persisten la morbilidad mixta por largos períodos de tiempo, como ha sucedido en México (5). Cuando existen en un mismo país estas dos realidades - enfermedades materno-infantiles e infecciosas y ECNT- también se habla de Doble Carga de Enfermedad.

TRANSICIÓN NUTRICIONAL

La Transición Nutricional se refiere a los cambios en el perfil nutricional de las poblaciones humanas como consecuencia de cambios en la dieta (6). El proceso está determinado por la interacción entre los cambios demográficos, económicos, medio ambientales y culturales que ocurren en la sociedad (6). Los estudios sobre transición nutricional en países desarrollados han

mostrado que los cambios hacia estilos de vida sedentarios y dietas con gran densidad energética están fuertemente asociadas a un aumento del sedentarismo, el sobrepeso y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. En el cuadro 2 se describen las etapas de la transición nutricional.

Cuadro 2. Etapas y características de la Transición nutricional

Cambios en:	Pre transición	Transición	Post transición
Dieta	Cereales Tubérculos Vegetales Frutas	Aumento en el consumo de azúcar, grasas y alimentos procesados	Contenido alto de grasa y azúcar Bajo contenido de Fibra
Estado Nutricional	Predominan las deficiencias nutricionales	Coexisten deficiencias nutricionales y obesidad	Obesidad Hiperlipidemias

DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN

La doble carga de malnutrición se define como la manifestación simultánea de desnutrición con sobrepeso y obesidad, que afecta principalmente a países de ingreso medio o medio-bajo. Por lo tanto, es un concepto directamente relacionado con la transición nutricional, en que en un país pueden existir al mismo tiempo la desnutrición con el sobrepeso y la obesidad, como sucede en la mayor parte de los países de América Latina (7), Indonesia, África sub-Sahariana e Indonesia (8). La Doble Carga de Malnutrición requiere políticas públicas que enfrenten ambos temas simultáneamente, el déficit o desnutrición junto al aumento de la obesidad, lo cual es un inmenso desafío ya que en políticas públicas ambos temas en general son abordados de forma separada (9).

NUEVOS INDICADORES DE SALUD

En las situaciones de pre transición epidemiológica, es decir cuando predominan las enfermedades materno-infantiles e infecciosas, como

era la situación de Chile hasta los 70, las mediciones de salud se hacían en forma relativamente fácil, con tasas de mortalidad infantil y materna y algunas tasas de causas de enfermedades crónicas (cardiovasculares y cáncer). Pero cuando se prolonga la expectativa de vida, los indicadores de mortalidad pasan a un segundo plano porque las posibilidades de morir son menores. Entonces, se requieren nuevos indicadores que incorporen la medición de enfermedades crónicas que incluyan la discapacidad, sobrevida y calidad de vida.

Para poder medir la nueva situación epidemiológica de disminución de mortalidad por enfermedades materno infantiles y predominio de ECNT, los indicadores tradicionales de mortalidad infantil y materna, tasas de mortalidad por causas y otras mortalidades, no daban cuenta de lo que estaba sucediendo en salud. Pero lo más importante era que no servían para tomar decisiones ni priorizar los problemas de salud. Por ejemplo, por la disminución de la mortalidad general en el mundo, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares continuaron bajando, pero estas enfermedades eran las primeras causas de muerte en Chile y en el mundo. Entonces poner metas simples de disminuir tasas de mortalidad por infarto al miocardio o por accidente vascular cerebral no servía para establecer políticas de salud.

Además, había enfermedades que nunca aparecían como prioridad por tener poca mortalidad, pero sí mucha discapacidad como es el caso de salud mental y de las enfermedades neurológicas, degenerativas, asma, enfermedades respiratorias y otras que no habrían sido detectadas como prioridad por los indicadores tradicionales de mortalidad. De ahí nace la necesidad de medir no solo mortalidad sino también discapacidad. Para ello se utilizaron indicadores ya existentes como eran los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y los Quality Adjusted Life Years (QUALY).

El AVPP es un indicador de sobrevida que mide la cantidad de años que se pierden por morirse antes de lo esperado, que hasta los años 80 fue de 65 años y se extendió posteriormente a los 80 años por el aumento de la expectativa de vida.

El QUALY incorpora la calidad de vida, que en este caso es la salud que se recupera después de una intervención, combinando el incremento de sobrevida y la ganancia en salud relacionada con la calidad de vida. Es un indicador utilizado en intervenciones clínicas. Por ejemplo, una persona operada de cáncer de mama sin radio ni quimioterapia posterior, es comparada con otra a la que se le hacen estas intervenciones. Puede

que la sobrevivencia de esta última sea mayor, pero la calidad de vida que tuvo por la radio y quimioterapia fue menor. De esta forma el QALY aporta el concepto de calidad de vida a las mediciones en salud.

En base a estos dos indicadores el grupo de Chris Murray de la Universidad de Harvard construyó los DALY o Disability Adjusted Life Years, traducida al español como AVAD o Años de Vida Ajustados en Función de Discapacidad, nombre que luego se cambió por uno más simple, AVISA o Años de Vida Saludables (10).

Este indicador se basa en la “pérdida de tiempo en años” por una determinada enfermedad, ya sea por morir antes de lo que le corresponde, o por estar enfermo. Si una persona fallece antes de lo que se espera por su expectativa de vida, se pierden esos años y esta parte del indicador se llama AVPM o “tiempo perdido por mortalidad prematura”.

La otra parte del indicador AVISA es el “tiempo perdido por vivir con discapacidad” o AVD, o sea por vivir con alguna enfermedad. El AVD se calcula para cada enfermedad, por sexo y por grupos de edad. La discapacidad se define como pérdida de la función y su impacto en el rendimiento. Por ejemplo, los AVISA consideran la pérdida de la función motora fina o de la vista, y no la pérdida de un órgano como un dedo o un ojo, que es lo que generalmente consideran los seguros para pagar las primas de salud.

La suma de los AVISA perdidos en un país es lo que se conoce como “Carga de Enfermedad”.

Para la cuantificación de la discapacidad se requiere una gran cantidad de indicadores de salud (incidencia, prevalencia, duración de la enfermedad, remisión y letalidad) lo que constituye una información epidemiológica que no existía cuando se iniciaron los estudios de carga de enfermedad de los países en la década del 90. De esta forma se hizo evidente la deficiencia de los sistemas estadísticos y la escasa investigación epidemiológica de las ECNT, lo que obligó a los gobiernos a mejorar los sistemas estadísticos y hacer investigaciones epidemiológicas en estos temas.

Al final, toda la información recolectada se incorpora a un modelo computacional de incidencia y prevalencia de Harvard que procesa la información. Los resultados se presentan en tres grandes grupos:

Enfermedades Transmisibles de la Nutrición y Reproducción (Tipo I); las Enfermedades No Transmisibles ECNT (Tipo II) y las Injurias (Intencionales y Accidentales) (Tipo III).

ESTUDIOS DE CARGA DE ENFERMEDAD EN CHILE

En Chile el primer estudio de carga de enfermedad se realizó en 1995, con los datos de mortalidad de 1993 (11). Hasta ese momento las prioridades en Chile eran claramente materno-infantiles y de enfermedades infecciosas. De hecho, los compromisos de gestión del Fondo Nacional de Salud (FONASA) con los servicios de salud se hacían en base a indicadores materno-infantiles, como disminución de mortalidad infantil, casos de diarrea, cobertura de vacunaciones, desnutrición, con un solo indicador de enfermedades crónicas relacionado que era el Examen Preventivo de Salud o EPSA. Al conocerse los resultados del Estudio de 1995, se demostró que las enfermedades tipo II (ECNT) eran el 74% del total de la suma de AVISA, correspondiente a la carga de enfermedad del país y que solo el 10% eran las enfermedades del Tipo I (transmisibles, de la nutrición y reproducción), donde estaban las prioridades.

Con estos resultados se cambiaron las políticas de los sistemas de salud desde aquellas basadas en enfermedades materno-infantiles e infecciosas, a políticas focalizadas en las ECNT, lo que se oficializó el año 1997. La primera consecuencia fue que al año siguiente se lanzó el Programa VIDA CHILE o Consejo Nacional de Promoción de Salud, para enfrentar estas enfermedades desde la promoción y prevención de Salud.

El año 2007 se repitió el Estudio de Carga de Enfermedad (12), principalmente para poder seleccionar con mayor fundamento las enfermedades cubiertas por el Plan AUGE que se había iniciado el 2005, incorporándose un gran número de nuevas enfermedades, especialmente del área neurológica, degenerativas y de salud mental, con lo cual el porcentaje de las últimas aumentó a 84%, disminuyendo las materno-infantiles e infecciosas a solo un 4%.

Ambos estudios de Carga de Enfermedad, han servido para priorizar las políticas de salud y dar sustento a las enfermedades escogidas como prioridad para ser incorporadas al Plan AUGE.

REFERENCIAS:

1. Chakiel J. América Latina: análisis de la dinámica de la población orientada al Sector Salud-Período 1950-2000. CELADE, SerieA-269, 1992.
2. Palloni A, Pinto-Aguirre G, Peláez M. Demographic and health conditions of aging in Latin American and the Caribbean. *Int J Epid* 2002;31:762-771.
3. Omran AR. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 1971;49:509-538.
4. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiological transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986; 64:335-390.
5. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern CV, Lozano R, Sepúlveda J. The epidemiological transition in Latin America. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 1991; 111:485-496.
6. Popkin BM. Nutritional patterns and transition. *Pop Dev Rev.* 1993;19:138-157.
7. Popkin BM, Reardon T. Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obes Rev* 2018, 19:10-28-1064.
8. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet* 2019; published online Dec 15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32497-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32497-3)
9. Hawkes C, Ruel MT, Salm L, Sinclair B, Branca F. Doble duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. *Lancet* 2019; published online Dec 15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32506-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32506-1)
10. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet* 2012;380:2063-6.
11. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad. *Epi Visión* 1997; 18: 2-5.
12. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad 2007. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>

CAPÍTULO 3

POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD DE 1998 EN ADELANTE

A pesar de los cambios epidemiológicos ocurridos en Chile, en que se pasó rápidamente de una situación de pre transición epidemiológica en la década del 60 a una post transición a fines de los 80, las políticas de salud se mantuvieron focalizadas en lo materno-infantil y en las enfermedades infecciosas. Con el cambio de gobierno hacia la democracia en 1990 no hubo modificaciones en las políticas de salud hasta mediados de los 90, cuando se realizó el Estudio de Carga de Enfermedad 1995, que demostró que las prioridades eran las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y Accidentes. Eso permitió que en 1998 se cambiaran las prioridades y se iniciara una política de Promoción de Salud con la creación del VIDA CHILE o Consejo Nacional de Promoción de Salud dependiente del Ministerio de Salud (1).

VIDA CHILE O CONSEJO NACIONAL DE PROMOCIÓN DE SALUD

VIDA CHILE consideraba 5 temas fundamentales: alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y factores ambientales. Estos temas debían ser tratados en establecimientos educacionales, lugares de trabajo y comunidad en el territorio que significan los municipios.

TEMAS

Alimentación
Actividad Física
Tabaco
Factores psicosociales
Factores ambientales



ESPACIOS

Establecimientos
educacionales
Lugares de trabajo
Comunidad (municipios)



Durante el primer año se capacitaron a todos los directivos de salud de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y Servicios de Salud del país. El año siguiente se capacitaron más de 100 municipios y en el tercer año se formaron líderes comunitarios en los temas de Promoción de Salud. Se crearon los VIDA CHILE Regionales y un VIDA CHILE comunal o Consejo Local de Promoción de Salud en cada uno de los 347 municipios del país, con Planes Comunales de Promoción de Salud que tenían proyectos en los temas de promoción, financiados directamente desde el nivel central del Ministerio de Salud. Este programa funcionó muy bien hasta el año 2005 (2), en que se creó el Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) para atender las principales enfermedades que afectaban a la población, pero desde un punto de vista curativo, con lo cual la promoción y prevención de salud perdieron prioridad.

La lógica del Plan AUGE fue disminuir la inequidad en salud dando garantía de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera a un número determinado de enfermedades. Esto último ha sido lo más valorado por la población, que dejó de pagar por estas prestaciones. Las enfermedades cubiertas por el AUGE inicialmente fueron 25 y actualmente son 86. Esta medida se tomó sin que aumentara proporcionalmente el financiamiento del programa, lo cual constituye un serio riesgo para su futuro económico. Entre sus logros, están la mayor cobertura de diálisis, la disminución de la tasa de mortalidad por infarto cardíaco, aumento de la supervivencia y diagnóstico precoz de los cánceres de vesícula y mama en las mujeres y testicular en los hombres jóvenes.

Sin embargo, también ha tenido largas listas de espera por falta de especialistas y de infraestructura médica en el sector público, que muchas veces obliga a comprar servicios a prestadores privados con alto costo, sin llegar a resolver el problema. Pero desde su inicio lo más grave sigue siendo la discriminación entre pacientes AUGE y los no AUGE, los cuales deben esperar muchas veces por años para tener una atención médica.

EGO CHILE O ESTRATEGIA GLOBAL CONTRA LA OBESIDAD

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (3). En Chile esta estrategia se aplicó en un nuevo gobierno con la Estrategia Global contra la Obesidad o EGO-Chile el 2006, con actividades comunicacionales para prevenir la obesidad y programas de alimentación y actividad física en 1000 escuelas, que funcionó entre el 2007 y 2010 con el objetivo de promover la vida sana, el aumento de la actividad física, mejorar la participación, infraestructura y oferta de eventos para disminuir la obesidad infantil. Desafortunadamente, no hubo una buena respuesta por parte del sector educación, que no implementó los instructivos de salud en las escuelas y después de ser mal evaluado, el programa dejó de existir con el cambio de gobierno del año 2010.

PROGRAMA ELIGE VIVIR SANO

El año 2011 se inicia el Programa Elige Vivir Sano, dependiente de la Presidencia de la República y a cargo de la Primera Dama, cuyos objetivos eran promover la alimentación saludable, la actividad física, la vida al aire libre y la recreación en familia. Este programa tuvo una amplia difusión a través de los medios de comunicación y eventos masivos en todo el país, especialmente en actividad física con maratones, corridas, cicletadas, caminatas y eventos con baile entretenido. La mayoría de las actividades se trabajaron con figuras consagradas del deporte nacional e internacional, como fue la traída del ícono de la vida saludable en Islandia y del mundo, Spartacus. También se realizaron ejercicios al interior de las empresas creando instituciones llamadas “empresas saludables”, y además se iniciaron programas en escuelas, como fueron los espacios saludables, la entrega de fruta en los recreos y los huertos escolares, para lo cual se hizo un concurso de 100 huertos en todo el país.

El 31 de mayo del 2013 se publica la Ley 20.670 que crea el Sistema Elige Vivir Sano (4), aprobada por unanimidad en el Congreso en un tiempo récord de cuatro meses, quedando bajo la dependencia del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales. Con el cambio de gobierno el año 2014 y a pesar de la ley, el programa Elige Vivir Sano pierde prioridad, quedando con escaso financiamiento gubernamental y desapareciendo su presencia de los medios de comunicación.

PROGRAMA DE GOBIERNO 2014-2018

En el programa de Gobierno 2014-2018 (5) no aparece el tema de Promoción de Salud. En el capítulo Salud, sección Atención y Prevención (página 87) aparece por única vez el tema Prevención:

“Nos enfocaremos en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, que afectan la calidad de vida de los adultos. Entre otras medidas, desarrollaremos un programa de prevención para adultos con riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión arterial, que buscará generar hábitos de alimentación saludable, manejo del stress y actividad física”.

Se trata de un programa de Prevención Secundaria, es decir, detección precoz y tratamiento oportuno de la diabetes e hipertensión arterial.

Como contrapartida, en alimentación se implementó la Ley 20.606 de Composición de Alimentos y su Publicidad o del Etiquetado Nutricional (6), que había sido aprobada en el gobierno anterior el 6 de Julio 2012, incluso antes que la Ley del Sistema Elige Vivir Sano, pero sin haberse implementado por no tener Reglamento, el que se promulgó finalmente el año 2016.

Por lo tanto, desde 1998 en adelante existieron Programas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, pero en forma discontinua, lo cual impidió que las políticas fuesen efectivas y tuviesen impacto.

A pesar de continuar existiendo VIDA CHILE, dependiente del Ministerio de Salud, el Sistema Elige Vivir Sano del Ministerio de Desarrollo Social y la Ley 20.606, el sector salud continuó priorizando el tema curativo, con la instalación de Centros de Salud desde el 2014 en adelante con la

construcción de 132 SAPUS, 100 CECOF y 100 CESFAM y 60 hospitales, la formación de más de 4000 especialistas y la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos, junto a un Fondo Especial de Medicamentos de Alto Costo.

LEY 20.606 DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y SU PUBLICIDAD

Lo primero que hay que señalar, es que una ley aislada no es necesariamente una política pública, que es lo sucedido con la Ley 20.606, considerada la política pública más relevante para enfrentar la obesidad en el período 2014-2018. A pesar de no existir una política de Estado continua en Promoción y Prevención de Salud para prevenir la obesidad, el año 2007 ingresa al Congreso por iniciativa del Senado de la República una ley sobre alimentos que fue aprobada tras larga discusión el año 2012. Se elaboró un primer Reglamento el año 2013, el que fue derogado en abril del 2014, para iniciar una nueva discusión que terminó con un Reglamento aprobado el 2015 y que entró en vigencia el 23 de junio del 2016.

Los problemas que ha tenido esta ley para no poder constituirse en una política pública sólida de prevención de la obesidad son los siguientes: el primero y fundamental es que no fue concebida en el marco de una política pública global. La Ley fue incorporada a la discusión del Congreso de la República, pero sin establecerse cuál era el marco de política pública de alimentos ni de prevención de obesidad en la cual estaba inserta, simplemente porque esta política no existía por parte del Gobierno.

En política de alimentos, el concepto “de la granja a la mesa” considera que la producción, procesamiento, distribución, mercadeo, venta y consumo de los alimentos tiene efecto en la salud de las personas, lo cual a su vez debe condicionar la producción de alimentos saludables, como sucede en muchos países de Europa, en que las comunidades informadas demandan alimentos saludables y exigen su producción y procesamiento con calidad e inocuidad (7). En consecuencia, debería existir un Ministerio de Agricultura y Alimentos que se encargue de toda la cadena productiva para asegurar la producción de alimentos sanos y seguros. Existió un proyecto de Ley sobre un Ministerio de Agricultura, Alimentos, Pesca y Recursos Forestales que se envió al Congreso en noviembre del 2013 para contar con una institucionalidad única para la producción y procesamiento de alimentos sanos, pero fue retirada de su tramitación en abril del 2014. En la actualidad existe un nuevo proyecto de Ministerio de Agricultura y Alimentos, enviado con urgencia simple al Congreso en marzo del 2020.

Por lo tanto, el tema alimentos no cuenta con una institucionalidad plena que respalde la implementación de una Ley de Composición de Alimentos y su Publicidad. Como avance, existe la creación y funcionamiento de la Agencia Chilena para la Calidad e Inocuidad Alimentaria (ACHIPIA) pero que aún no cuenta con una ley que la respalde.

En política de prevención de obesidad, no ha existido una continuidad que permita decir que existe una política, pero sí se han realizado diferentes programas en cada uno de los gobiernos desde 1998 en adelante: VIDA Chile o Consejo Nacional de Promoción de Salud (1998-2005); la Estrategia Global contra la Obesidad o EGO- Chile (2006-2010) y Elige Vivir Sano (2011-2013) con la Ley 20.670. Esta ley que crea el Sistema Elige Vivir Sano se elaboró sin ninguna conexión con la Ley 20.606 que se venía discutiendo desde el 2007 en el Congreso y que fue promulgada un año antes.

En consecuencia, podemos concluir que a pesar de que existan estas dos leyes, la 20.606 y la 20.670, ninguna ha constituido una política de Estado que permita tener continuidad en el tiempo y ser eficaz para combatir la obesidad.

El segundo gran tema que es conveniente analizar, es la ubicación de esta Ley en el Ministerio de Salud (MINSAL) para elaborar su Reglamento y velar por su aplicación. Si bien es cierto que el objetivo final es mejorar la salud de las personas, abordar el tema alimentos solo desde salud es insuficiente. Para ello se debe incorporar a múltiples actores y amplios sectores del país, como Educación, Agricultura, Economía, Desarrollo Social y Deportes. Además, por tratarse de productos alimentarios que son bienes de consumo que se transan internacionalmente, afecta nuestro comercio exterior, por lo cual debió involucrarse también desde su inicio al Ministerio de Relaciones Exteriores. Es por ello que llamó la atención la ausencia de otros sectores fuera de Salud en la discusión y tramitación de la Ley 20.606, por tener impacto en diferentes ámbitos de la vida nacional.

Un tercer tema es la estructura de la propia Ley 20.606, que tiene tres componentes principales:

- Los límites de nutrientes críticos y el etiquetado de alimentos: artículos 1, 2, 3 y 5.
- La venta de productos saludables y la educación que debe hacerse en alimentación saludable, junto a la actividad física, en escuelas: artículos 4 y parte del 6.
- La regulación que debe hacerse de la publicidad de alimentos para niños: artículos 6, 7 y 8.

Sin embargo, la discusión de la Ley y su Reglamento se centró en los artículos relacionados con los límites de nutrientes críticos y en el etiquetado -por lo cual se la denominó “Ley del Etiquetado”-algo sobre publicidad, pero nada sobre el tema educación. En cuanto a la publicidad, hubo que promulgar otra Ley para aclarar aspectos puntuales de su aplicación, lo que se hizo el 13 de noviembre 2015 con la Ley 20.869 sobre Publicidad de Alimentos (8).

Durante toda la discusión de la Ley y su Reglamento, que fue muy prolongada y controversial (9,10) el Ministerio de Educación (MINEDUC) no se pronunció acerca de cómo incidirían en la normativa del MINEDUC, donde los temas de alimentación y nutrición están ausentes del currículo y de las normas y reglamentos que rigen la educación en el país (11), en un contexto donde existen múltiples actividades relacionadas con alimentación y nutrición, como son la entrega de alimentos por parte de JUNAEB, kioscos escolares, venta de alimentos fuera y alrededor de los colegios, colaciones y todas las actividades en las cuales la alimentación -por cierto muy poco saludable- está presente en celebraciones, reuniones de profesores, de padres y eventos escolares. Al parecer, la ley es conocida, pero la gente no se ha interiorizado del real daño que la comida procesada y ultra procesada puede causar en el corto y largo plazo.

Un cuarto tema es el comportamiento actual de la población chilena frente a normativas provenientes del MINSAL. En el pasado, era conocida la fuerza que para la población chilena tenían las normas y recomendaciones de MINSAL, que eran seguidas al pie de la letra. Como ejemplo tenemos el excelente cumplimiento de los controles de salud de embarazadas y niños, del calendario de vacunaciones, del uso de los alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, de las instrucciones de higiene frente a la amenaza del cólera que impidió que se expandiera en el país, y más recientemente en la campaña para enfrentar la influenza del año 2009. Pero ello no se ha reflejado en la campaña antitabáquica, que a pesar del etiquetado con advertencias intimidatorias en las cajetillas de cigarrillos, los fumadores las siguieron comprando. A esto hay que agregar la renuencia que ha existido en los últimos años para que algunos grupos de población se vacunen y lo han demostrado con la pandemia de Coronavirus, en que parte de la población estuvo reticente a cumplir con las normativas de cuarentena y otras indicaciones de la autoridad sanitaria, que muchas veces fueron discutidas por otras autoridades y expertos.

Por último, la Ley se implementó sin una campaña comunicacional y educativa potente que educara a la población frente al tema alimentación saludable y de cómo elegir los mejores alimentos con las etiquetas. Solo hubo campañas parciales y de corto plazo que no llegaron en forma masiva

a toda la población. Por ejemplo, uno de los mensajes que se ha enviado es “consume los alimentos con menos etiquetas con “alto en...”. Sin embargo, las bebidas gaseosas azucaradas, grandes responsables de la obesidad en el mundo, tienen una sola etiqueta: “alto en azúcar”. Es por ello que a pesar de esta ley, si no educamos a la población en alimentarse en forma saludable, continuará la demanda por alimentos muy poco sanos, que desgraciadamente son los que más consumimos los chilenos. Es relevante destacar el hecho de que aun cuando una bebida gaseosa no tenga sellos, esto no garantiza que por sus componentes sea un producto realmente inocuo debido a sus aditivos, colorantes y nivel de gasificación.

En los aspectos positivos de la Ley 20.606 está el haber puesto en la discusión la alimentación saludable y la obesidad, ausentes de las políticas públicas. Otro efecto importante ha sido la señal para que la industria de alimentos readecúe los procesados de acuerdo a los requisitos de la ley, reduciendo los contenidos de grasas, azúcar y sal, privilegiando los alimentos funcionales. Sin embargo, esto último se puede transformar en un riesgo porque la industria tiende a reemplazar los nutrientes críticos por productos químicos que no son alimentos, tales como edulcorantes y aditivos, con lo cual dejan de ser alimentos. Muchas veces el público consumidor, especialmente el infantil, cree que un producto sin sellos es un producto sano, lo que, no es necesariamente así.

Por último, se espera que debido a esta Ley, aumente el consumo de alimentos naturales, de muy bajo consumo en el país, como son las verduras, frutas, legumbres y pescado.

Pero para que una política pública tenga éxito en una democracia moderna y participativa, debe tener legitimidad social, es decir, debe ser aceptada y apoyada por la población. No basta, como en el pasado, imponer una política en forma vertical nacida de centros de pensamiento o de la voluntad de un grupo de personas o legisladores. Es fundamental que la población la acepte y tenga confianza en los que la promueven para que sea efectiva (12).

Por lo tanto, un tema importante que se debe considerar es la respuesta que la población pueda tener ante etiquetas que están presentes en una gran mayoría de alimentos con advertencias de “alto en”. De partida, es muy difícil discriminar cuando casi todo es negativo, lo que por otra parte desincentivaría la producción de alimentos más saludables. Además, ¿cómo educar a la población de cuáles alimentos preferir, cuando casi no quedan productos catalogados como saludables?.

EVALUACIONES RECIENTES DE LA LEY 20.606

Una evaluación reciente realizada con posterioridad a la Ley 20.606 muestra una disminución significativa del consumo de bebidas azucaradas en todos los niveles socioeconómicos, siendo mayor la disminución en grupos de mejores ingresos. Por ser un estudio observacional, no se pudieron establecer causalidades (13). Una revisión sobre el tema del año 2017 concluye que los sellos tienen un efecto positivo en la elección de los alimentos que se consumen, pero señalan que la mayor parte de las investigaciones se realizan en escenarios artificiales y no naturales, donde los efectos serían menores y por lo tanto los resultados no son concluyentes (14). Una nueva revisión sobre el tema concluye que hay evidencia de que, a pesar de que las advertencias pueden mejorar el conocimiento nutricional de los consumidores para llevarlos a seleccionar mejor los alimentos, también podría conducirlos a aumentar su consumo y la ingesta energética total, lo cual iría en contra de los esfuerzos para disminuir el sobrepeso y la obesidad (15).

REFERENCIAS:

1. Salinas J, Vio F. Promoción de la salud en Chile. *Rev Chil Nutr* 2002; 29 (Supl 1):164-173.
2. Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., & Salamanca, F. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007; 21, 136-144.
3. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo 2004.
4. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20.670 Crea el Sistema Elige Vivir Sano del 31 de mayo 2013. Publicada *Diario Oficial* 31.05.2013. <http://leychile.cl/>
5. Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018. (<http://michellebachelet.cl/programa/9>)
6. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20.606 de Composición de Alimentos y su Publicidad del 6 de Julio 2012. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
7. Aguilera JM, Figueroa G, Vio F. Innovación para la Potencia Alimentaria: Diagnóstico de recursos humanos e infraestructura en tecnología, inocuidad y calidad de alimentos. Santiago: Ministerio de Agricultura; Fundación Chile; 2008.

8. Ministerio de Salud. Ley 20,869 sobre Publicidad de Alimentos del 13 de noviembre 2015. <https://legislacion-oficial.vlex.cl/vid/ley-num-20869-publicada-587106878>
9. Kanter R, Vanderlee L Vandevijvere S. Front-of-package nutrition labelling policy: global progress and future directions. *Public Health Nutr* 2018, 21, 1399-1408.
10. Corvalán C, Reyes M, Garmendia ML et al. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: the Chilean Law of Food Labeling and Advertising. *Obesity Reviews* 2019, 20: 367-374.
11. Salinas J, Correa F, Vio F. Marco normativo para promover una alimentación saludable en escuelas básicas de Chile. *Rev Chil Nutr* 2013, 40:274-282.
12. Nosrati, Marmot M. Punitive social policy: an upstream determinant of health. *The Lancet* 2019; 394: 376-377 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31672-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31672-), August 3, 2019.
13. Taillie LS, Reyes M, Colchero MA, Popkin B, Corvalan C. An evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on sugar-sweetened beverage purchases from 2015 to 2017: A before-and-after study. *PLOS Medicine* <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003015>
14. Kaur A, Scarborough P, Rayner M. A systematic review, and meta-analyses, of the impact of health-related claims on dietary choices. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (2017) 14:93. DOI 10.1186/s12966-017-0548-1.
15. Oostenbach, Slits E, Robinson E, Sacks G. Systematic review of the impact of nutrition claims related to fat, sugar and energy content on food choices and energy intake. *BMC Public Health* (2019) 19:1296 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7622-3>.

CAPÍTULO 4

COMPARACIÓN DE POLÍTICAS PARA LA DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD

La política que llevó a la erradicación de la desnutrición en la década del 80 se caracterizó por ser consensuada entre técnicos y políticos, continua a través de gobiernos de diferente signo político, dirigida verticalmente desde el sector salud con orientaciones claras y presupuesto importante, especialmente para los programas de alimentación complementaria y CONIN, que permitieron que fuese efectiva y contara siempre con apoyo, no solo de técnicos y políticos, sino también de la sociedad en su conjunto. En ese entonces se consideró que la desnutrición era algo inaceptable, una carga para la sociedad y una vergüenza para el país, que requería de la solidaridad de todos los sectores para resolverlo (1).

En cambio, en el caso de la obesidad, no ha sucedido lo mismo en cada uno de los aspectos señalados en el párrafo anterior referente a las políticas públicas y no se han tomado decisiones concretas ni precisas para combatirla, a pesar de su gravedad.

CONSENSO

No ha existido entre los grupos técnicos y políticos consenso acerca de lo que hay que hacer frente a la obesidad. Al ser la obesidad un problema complejo y multidimensional, existen diferentes posturas y enfoques. Hay quienes señalan que los estilos de vida dependen del ámbito individual de cada persona y que cualquier acción para pretender cambiarlos, va

contra sus libertades personales. Es por ello muy difícil entrar a modificar hábitos, especialmente en adultos, ya que estos dependerían de lo que cada persona considere adecuado.

Hay otros que apoyados en la estrategia de los Determinantes Sociales de Salud (2), plantean que lo importante son los cambios estructurales en la sociedad para luego modificar los hábitos. Estos cambios deben estar en la esfera política, económica y social, dictados a través de leyes y normas que establezcan regulaciones en alimentos y de la actividad física que se debe desarrollar.

Otros plantean la educación a largo plazo, desde las edades más tempranas, para lograr el cambio de hábitos de los niños que serán los adultos del futuro.

Existen también planteamientos cortoplacistas, que vienen fundamentalmente del área económica, que señalan la necesidad de invertir en los que ya están enfermos y atenderlos bien, antes que enfrentar gastos para toda la población en promoción de hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades, cuyos resultados solo se verían, eventualmente, en el largo plazo.

Esta última propuesta cuenta con el apoyo de la población, cuya demanda es la solución de sus problemas inmediatos en salud, como es la medicina curativa y no la prevención hacia el futuro de enfermedades que podrían o no producirse. Incluso, hay algunos que plantean que no es ético gastar en promoción de estilos de vida saludables para prevenir la obesidad en el largo plazo, cuando ni siquiera se están tratando bien a las personas que hoy día están enfermas por falta de recursos.

CONTINUIDAD

Es cierto que han existido programas desde 1998, como el VIDA CHILE o Consejo Nacional para la Promoción de Salud (3), que entre sus objetivos tenía la disminución de la obesidad a través de programas y proyectos directos en alimentación y actividad física en cada uno de las 341 comunas del país. Este programa funcionó bien hasta que fue desplazado por el Plan AUGE el año 2005, dedicado a resolver los problemas urgentes

de tipo curativo, que tuvo gran aceptación por parte de la comunidad. Con esto, las políticas relacionadas con lo promocional y preventivo no desaparecieron, pero quedaron relegadas a un segundo plano, dejando de ser prioridad para el MINSAL.

El año 2006 se crea la Estrategia Global contra la Obesidad o EGO Chile, que también enfrentó el tema de la obesidad a través de campañas comunicacionales y acción directa en 1000 escuelas, junto al programa NutriRSE de Acción Responsabilidad Social Empresarial, financiado por empresas privadas, que se enfocó en cambios en alimentación y actividad física en escuelas y lugares de trabajo para prevenir la obesidad. Sin embargo, EGO Chile fue de corta duración y el año 2011 fue reemplazado por el Programa Elige Vivir Sano, que se transformó en Ley (4), pero que también tuvo corta duración como programa prioritario.

Como se puede observar por la descripción de estos programas, la prevención de la obesidad ha sido enfrentada parcialmente, con estrategias de corta duración, sin continuidad ni apoyo político de largo plazo, lo cual ha minimizado sus efectos, sin tener resultados positivos hasta el presente.

COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN

En la medida que la obesidad es un problema complejo y multidimensional, es impensable que una política de prevención pueda ser impulsada por un solo sector, como por ejemplo salud. La obesidad depende de la alimentación, actividad física, problemas psicosociales y ambientales que dependen de muchos sectores, entre los que destacan educación, deportes, desarrollo social, agricultura, vivienda, trabajo. Para que una política intersectorial funcione, requiere de una acción mancomunada y coordinada por parte del Estado, con orientaciones claras y recursos suficientes, que hasta el momento no ha sido posible coordinar ni realizar. Es cierto que la Ley 20.670 que crea el Sistema Elige Vivir Sano (4) le otorga una función intersectorial importante, pero no le aporta ni los recursos ni la autoridad necesaria sobre los Ministerios para enfrentar la magnitud del problema de la obesidad en Chile, que se incrementa todos los años.

APOYO DE LA POBLACIÓN

Por último, la desnutrición contó con apoyo importante de la población, que no ha sido el caso de la obesidad. Si bien los programas de prevención de la obesidad, la mayor parte realizados desde el Estado, han contado con el apoyo del sector privado, la sociedad civil no ha participado ni se ha involucrado en forma masiva y contundente, como lo hizo con la desnutrición. Las razones son múltiples y difíciles de explicar, pero es claro como a diferencia de la desnutrición, la obesidad no conmueve ni es considerada una vergüenza nacional por parte de la población. Es más, en algunos sectores se considera positivo tener exceso de peso, como lo da a entender la expresión “niño gordito, niño sanito”.

Por otra parte, como la prevalencia de sobrepeso y obesidad es tan alta (bordea al 60% de los niños y supera al 70% de la población adulta), pasa a ser considerado algo “normal”, como aparece en las encuestas en que la percepción de obesidad es mucho menor que cuando se mide el estado nutricional, que da una prevalencia real mucho mayor a la percibida. Es decir, la población no considera que la obesidad sea un problema y ni siquiera es vista por la gente como una puerta de entrada hacia otras enfermedades como diabetes, hipertensión, cáncer. Por lo tanto, no demanda políticas para enfrentarla ni solucionar el problema, como si lo ha hecho con otras enfermedades, como es el caso del VIH/SIDA y enfermedades con tratamiento de alto costo, para lo cual se han producido movilizaciones importantes con resultados de leyes y programas que por lo menos resuelven el tratamiento de estas enfermedades. En cambio, no existen movimientos sociales ni organizaciones que promuevan políticas públicas para prevenir la obesidad. Por otra parte, la obesidad es mucho mayor en los sectores socioeconómicos medios y bajos y no tan alta en los sectores menos vulnerables (5) que tampoco lo visualizan como problema y que son los que toman las decisiones en el país.

Otro problema es que cambiar hábitos en alimentación y hacer actividad física entra en la esfera de los derechos individuales, en el que las personas pueden decidir sobre lo que quieren o no hacer, y por lo tanto cualquier cambio en estilo de vida impuesto desde el Estado es resistido ampliamente por la población. Además, en el tema alimentación no saludable y obesidad, todos tenemos “tejado de vidrio” ya que para nadie es grato abordar un tema que afecta en lo emocional a cada uno, lo cual dificulta su enfoque individual porque puede herir sentimientos muy profundos.

De hecho, a pesar del extenso conocimiento que existe en Chile acerca de lo positivo que tiene una dieta saludable y de las Guías Alimentarias Chilenas (6), junto a los beneficios de la actividad física, las personas no cambian sus hábitos hasta que se enferman gravemente y se ven obligados a hacerlo, sin que les quede otra alternativa, como muestran investigaciones realizadas por el INTA, donde los únicos que se alimentan en forma saludable son aquellas personas que se han enfermado y han recibido la indicación de comer saludable por médico o nutricionista (7).

Cuadro Resumen Comparación Políticas Desnutrición vs. Obesidad

Desnutrición	Obesidad
Consenso técnicos y políticos	Disensos: i) Va contra libertades personales ii) Determinantes Sociales de Salud: lo importante son los cambios estructurales en la sociedad para luego modificar los hábitos. iii) Educación a largo plazo desde el embarazo iv) Inversión en enfermos y atenderlos bien, antes que enfrentar gastos para toda la población en promoción y prevención
Continuidad a través de gobiernos de diferente signo, político	Discontinuidad de políticas: VIDA CHILE, EGO, ELIGE VIVIR SANO, NUTRIRSE, etc.
Dirigida desde salud, con orientaciones claras y presupuesto importante	Problema complejo y multidimensional que requiere enfrentamiento intersectorial en políticas y presupuestos
Apoyo importante de la sociedad, que consideró a la desnutrición inaceptable y una vergüenza que requería de la solidaridad de todos para resolverlo	Los programas contra la obesidad no son populares, la obesidad no conmueve ni es considerada una vergüenza nacional por parte de la población y pasa a ser considerado algo “normal”, por lo cual las políticas para enfrentarla no son populares

PROYECCIONES FUTURAS

Al no ser considerada la obesidad un problema sentido ni importante por parte de la población, cuyo interés principal no es precisamente cambiar hábitos, las políticas para prevenirla no son populares ni solicitadas espontáneamente por las personas, por lo cual no aparecen en la agenda ni programas de las campañas políticas. Pueden estar en los planteamientos académicos, pero llegado el momento de establecer prioridades, siempre aparecen primero las de corto plazo, como son la atención de salud de las enfermedades existentes, que es lo que demanda la población en forma creciente.

El problema es que estas enfermedades están directamente relacionadas con la obesidad, como en su época la desnutrición estuvo asociada a la mortalidad infantil. Un estudio realizado por el MINSAL sobre altas hospitalarias entre los años 2010 y 2012 (7) mostró que más de la mitad de las altas se debía a hipertensión arterial, diabetes y obesidad, todas dependientes del exceso de peso. Por lo tanto, si las políticas de salud actuales siguen focalizadas solamente en atender a la población que ya está enferma, sin preocuparse de aquello que genera la enfermedad, seguiremos invirtiendo en hospitales, centros de salud, requiriendo especialistas y entregando cada vez más medicamentos, sin contribuir a resolver el problema de fondo.

En el caso de la desnutrición las políticas utilizadas fueron verticales, administradas por un solo organismo estatal, el Servicio Nacional de Salud, con un financiamiento específico para cada una de las acciones para desarrollar en Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria y con un gran apoyo de la población, a diferencia de lo que sucede con la obesidad.

Para prevenir la obesidad, las políticas deben ser intersectoriales con la participación de a lo menos los Ministerios de Salud, Educación, Deportes, Desarrollo Social, Vivienda, Agricultura y otros, con un ente coordinador de políticas y apoyo de la sociedad civil, que en este caso no la demanda y a la cual tampoco le parece un problema grave que deba enfrentar.

CONCLUSIONES

En consecuencia, educar a la población en los temas que están condicionando sus enfermedades, como son la alimentación saludable y actividad física, es crucial en un país que envejece y mejora económicamente, donde se ha reducido la pobreza y la población cuenta con más recursos. Paradojalmente, la población está teniendo una peor salud y cada vez más problemas con la atención directa de sus enfermedades, por la creciente demanda y alto costo de los servicios de salud.

REFERENCIAS:

1. Monckeberg F. Después de superada la desnutrición Es posible alcanzar el desarrollo. Experiencia chilena 1953-2017. Santiago de Chile, 2020.
2. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Informe Final. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
3. Salinas J, Vio F. Promoción de la salud en Chile. *Rev Chil Nutr* 2002; 29 (Supl 1):164-173
4. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20.670 Crea Sistema Elige Vivir Sano. Publicada *Diario Oficial* 31.05.2013. <http://leychile.cl/>
5. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
6. Olivares S, Zacañas I, González CG, et al. Diseño y validación de la imagen para la difusión e implementación de las guías alimentarias para la población chilena. *Nutr Hosp* 2015; 32:582-589.
6. Estudio MINSAL hospitalizaciones MINSAL, Anuario Consultas y Hospitalizaciones. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf>
7. Vio F, Yañez M, González CG, Fretes G, Salinas J. Teachers' self perception of their dietary behaviour and needs to teach healthy eating habits in the school. *Journal of Health Psychology* 2018, 23: 1019-1027.

CAPÍTULO 5

PROMOCIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

La Promoción de Salud comenzó a considerarse como un tema importante de Salud Pública desde que el Ministro de Salud canadiense Marc Lalonde (1972-1977) la incorporó en las políticas de Salud Pública de su país a través del Informe Lalonde de 1974 (1) que tuvo un carácter político y estratégico que impulsó posteriormente la Carta de Ottawa de 1986 (2). Desde su inicio se consideraron los estilos de vida y hábitos de las personas (alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, drogas, problemas psicosociales y ambientales) como causales de los principales factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), que son la principal carga de enfermedad en la mayor parte de los países (3).

Desde la Conferencia de Ottawa, que definió la Promoción de Salud como “el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” se iniciaron procesos de implementación de políticas en Promoción de Salud con bastante éxito, como la realizada en el país con VIDA CHILE (4). El año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el documento “Estrategia Global para la Alimentación y Actividad Física” apoyando dos de los estilos de vida que tienen mayor relevancia en las ECNT, que son la alimentación y actividad física (5).

Sin embargo, el año 2005 la misma OMS, estimulada por el libro de Michael Marmot (6) sobre como la situación o status social, y en especial la inequidad, afecta la salud de las personas, crea una Comisión de Determinantes Sociales de Salud (DSS) presidida por el propio Marmot, por considerar que a las políticas de Promoción de Salud les faltaba el

componente estructural de lo que sucedía en la sociedad en su conjunto. De esta forma, la OMS estableció que lo importante eran los condicionantes sociales como género, posición socioeconómica o etnicidad, cuyo fin es el aumento de la equidad y cohesión social como medio de mejoramiento de la salud poblacional.

Según la OMS, los DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (7). En Chile se creó la Comisión de DSS el año 2005, que adscribió a las pautas generales de la Comisión de la OMS y elaboró un Plan de Trabajo con el objetivo de integrar el enfoque de DSS en la política de salud del Gobierno e intercambiar experiencias con otros países (8). Así, Chile asume el Modelo de DSS que postula la Comisión del mismo nombre en la OMS el año 2005 (9).

Se consideró que las acciones de cambio de hábito en las personas, con un enfoque individual que viene de la psicología, era insuficiente porque las ECNT dependían del entorno político, social y económico, con un enfoque más estructuralista proveniente de la sociología, a partir de aproximaciones teóricas relativas a la causalidad social, dando especial importancia a los procesos macrosociales (10).

Esto coincidió con el inicio del Plan AUGE, que centró las prioridades del Ministerio de Salud en la atención médica curativa directa de la población focalizada en un número determinado de patologías. Por este motivo, la Promoción de Salud dejó de tener prioridad y VIDA CHILE nacional, que hasta el año 2005 funcionaba regularmente, no volvió a ser convocado.

Las autoridades de la época adujeron además que las políticas anteriores de Promoción de Salud implementadas por VIDA CHILE, no habían tenido impacto en los 5 años que llevaba de implementación, sin considerar que se trata de políticas de largo plazo que requieren bastante más tiempo para que tengan impacto.

Sin embargo, los VIDA CHILE Regionales y especialmente los VIDA CHILE comunales, siguieron funcionando con financiamiento permanente desde el nivel central del Ministerio de Salud para desarrollar proyectos de Promoción de Salud, pero que al no ser prioritarios ni tener lineamientos

centrales, con escasa evaluación, no han tenido mayor impacto. Hasta el presente, las comunas siguen recibiendo un aporte anual para el trabajo en Promoción de Salud, pero el año 2019 cambió a un sistema de proyectos competitivos, lo cual hace que algunas comunas queden sin este financiamiento por no haber ganado proyecto.

De esta forma, en Chile se ha ido consolidando un modelo que es, por una parte, preocuparse de la atención directa de las personas a través de “seguros de salud” como FONASA, Fuerzas Armadas e ISAPRES, y por otra, dejando en manos de los otros Ministerios las políticas de Promoción y Prevención de Salud basado en la política de los DSS de acuerdo al postulado de la OMS de “Salud en todas las políticas”.

En definitiva, las prioridades del Ministerio de Salud pasaron a ser, por una parte los DSS y por otra el Plan AUGE, con la atención curativa de 86 patologías. En el medio y sin prioridad, quedaron los temas relacionados con los estilos de vida como la Alimentación, Actividad Física, Consumo de alcohol, tabaco, factores psicosociales y ambientales, que prácticamente desaparecieron de la programación diaria de las actividades del Ministerio de Salud, al no contar con personal ni tiempo asignado para realizar actividades concretas de Promoción de Salud en la Atención Primaria de Salud (APS).

El único programa relacionado con estos temas en la APS es el VIDA SANA, con escaso financiamiento que es administrado por los municipios y que al preocuparse de pacientes con riesgo (sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes), se ha convertido en un programa de Prevención Secundaria.

De esta forma y con el correr del tiempo, pasó a predominar el concepto que no se podían enfrentar en sus causas los problemas de salud de la población, si no se producían cambios estructurales en la sociedad en su conjunto. Consecuente con esto, Salud debía denunciar esta situación con datos epidemiológicos para que otros sectores tomaran iniciativas tendientes a enfrentar y resolver los problemas de salud, en lo que se llamó “Salud en todas las políticas”, dejando para el sector salud solamente los temas de atención médica directa de la población a través de FONASA e ISAPRES, es decir la APS, los hospitales, medicamentos, formación médica, en especial de especialistas, infraestructura y conectividad.

¿QUÉ HA SIGNIFICADO ESTO EN LA PRÁCTICA?

Primero, que “salud en todas las políticas” se ha transformado en “salud en ninguna política”, en la medida que no existe una entidad u organismo del Estado que dirija o coordine las políticas, en lo que vendría a ser como “una orquesta sin director”. Además, los Ministerios que deberían estar involucrados en los temas de salud, no lo hacen por tener otras prioridades y no existir ningún control que los obligue a hacerlo. El mejor ejemplo es el tema de obesidad, principal problema de salud pública del país, que es multicausal y por lo tanto debe ser enfrentado desde diferentes sectores. En Educación, el problema de obesidad no existe en sus políticas. No hay normas ni regulaciones que indiquen lo que hay que hacer para educar en alimentación saludable a los niños. La entrega de 1.800.000 de raciones de alimentos al día por parte de JUNAEB no se acompaña de educación y la alimentación no está considerada en ninguno de los Proyectos Educativos Institucionales, Reglamentos de Convivencia, Centro de Padres, Centros de Alumnos y otros de los colegios (11).

La actividad física sí está regulada con las bases curriculares que crea la asignatura Educación Física y Salud, mediante el Decreto 433 del 9 de diciembre 2012 (12) con clases de educación física tres veces a la semana y aprendizajes relacionados con la higiene, la alimentación saludable y el cuidado corporal como hábitos esenciales para la práctica segura de la actividad física. Desafortunadamente las tres horas de educación física no se cumplen al interior de las escuelas por falta de prioridad, y si se hacen, la intensidad de la actividad física es baja, con solo 10 minutos de actividad física moderada o intensa por cada niño en una hora de clase de 75 minutos.

El Sistema Elige Vivir Sano creado por Ley el año 2013 (13) está radicado en el Ministerio de Desarrollo Social en la Subsecretaría de Servicios Sociales, donde hasta el año 2018 no contó con recursos ni prioridad alguna para cumplir con los objetivos de la Ley. En el Ministerio de Agricultura existe una preocupación importante por la inocuidad de los alimentos a través de la Agencia Chilena para la Inocuidad Alimentaria (ACHIPIA), a lo cual se ha incorporado el tema de alimentación saludable, pero tampoco es una prioridad para ese Ministerio. Hasta el presente, no existe un proyecto de ley que le entregue a ACHIPIA la importancia que debería tener, especialmente ahora que el Ministerio de Agricultura quiere convertirse en Ministerio de Agricultura, Alimentos y Desarrollo Rural.

El Ministerio de Deportes sí se ha hecho cargo de disminuir el sedentarismo en la población y ha avanzado en este sentido, pero aún falta mucho por hacer en un país con bajo nivel de actividad física, especialmente en niños, mujeres, adultos y adultos mayores de nivel socioeconómico medio o bajo. Los indicadores de actividad física, especialmente en niños, adultos y adultos mayores siguen estando bajos debido a que no se han desarrollado políticas que estimulen la buena alimentación, acompañada con el ejercicio físico.

Esta situación de política de salud, en que MINSAL debe preocuparse solo de la atención médica directa y el resto de los Ministerios de los temas de Promoción de Salud y Prevención que tradicionalmente fueron funciones esenciales de la Salud Pública, quedó plasmado en el programa de Gobierno 2014-2018 (14) donde claramente las prioridades fueron curativas y de atención médica directa a la población, sin considerar tiempo ni recursos para la promoción ni prevención de salud.

LOS DSS Y LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN.

Uno de los grandes éxitos que ha tenido la salud pública chilena, reconocida a nivel mundial, fue la rápida disminución de la mortalidad infantil y la erradicación de la desnutrición en un período muy corto de tiempo. El año 1970 la mortalidad infantil en Chile era de 80 muertes por cada mil nacidos vivos y la desnutrición era de más de 30 por ciento, de acuerdo a encuestas realizadas en la década del 60. En 1990 la mortalidad infantil se había reducido a 15 muertes por 1000 nacidos vivos y la desnutrición era de un 6 por ciento. El período de 1970 a 1990 es quizás uno de los períodos más adversos desde el punto de vista de los DSS. Entre los años 1974-1977 hubo una grave crisis económica con una inflación que llegó al 400% y en el período 1982-1986 se dio la peor crisis económica de los últimos tiempos, con una caída del PIB el año 1982 de un 12% y el año siguiente un nuevo 2%, con una altísima desocupación del 25% y otro 27% trabajando en el Programa de Empleo Mínimo (PEM) o en el Programa Ocupacional para Jefas de Hogar (POJH), con un salario promedio de 50 dólares mensuales. El período se caracterizó además por una pérdida de los derechos sociales y políticos de la población, como por ejemplo de participación social, de un incremento de la inequidad por la aplicación del modelo económico de libre mercado extremo y de graves problemas de atentados a los derechos humanos.

La pregunta que nace es cómo puede interpretarse en este caso el éxito de las políticas de salud y nutrición en una situación de DSS tan adversa.

EVALUACIÓN DEL INFORME MARMOT 10 AÑOS DESPUÉS

Un reciente informe realizado en el Reino Unido 10 años después del informe Marmot (15) analiza los resultados de los DSS y de las inequidades en Inglaterra en las últimas décadas. Los resultados son decepcionantes, ya que las desigualdades persisten y el aumento de la expectativa de vida se ha estancado, lo que no sucedía desde 1900. Las desigualdades en expectativas de vida han aumentado y son menores en las comunidades más pobres y para la población de 45-49 años la mortalidad ha aumentado en todas sus causas. El informe señala que el país ha caminado en la dirección equivocada, ya que las desigualdades sociales se han profundizado (16).

En Estados Unidos ha sucedido algo similar, con una disminución en la expectativa de vida en los tres años que siguen a 2014 y todas las causas de mortalidad han aumentado entre 2010 y 2017 (17). La salud se ha deteriorado en Estados Unidos como consecuencia de la situación socio-económica, tales como pobreza, desigualdad, desempleo y falta de políticas estatales.

En países donde la expectativa de vida no ha disminuido, como es el caso de China, las desigualdades son enormes. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna varía de 3,4 por 100.000 nacidos vivos en el distrito de Nanhu, provincia de Zhejiang, a 830,5 por 100.000 en Zanda en el Tíbet (18).

Por lo tanto, las desigualdades no disminuyen y no existen estrategias de los gobiernos para enfrentarlas. El informe Marmot 2020 propone el desarrollo de estrategias nacionales y agendas claras de los gobiernos para enfrentar las desigualdades en cinco áreas específicas: niñez temprana, educación, empleo y trabajo, condiciones de vida y medio ambiente comunitario (19).

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y LAS PANDEMIAS

No existe una relación clara entre los DSS y las pandemias. La de 1918 llamada la “gripe española” afectó a todo el mundo por igual. El principal determinante para su alta mortalidad fue la situación mundial posterior a la Primera Guerra Mundial que afectó por igual a todos los estratos socioeconómicos y a todas las edades, sin distinción.

Lo mismo sucedió en las epidemias de influenza de 1957 y 2009, que afectó a toda la población por igual.

En el caso del VIH/SIDA, esta enfermedad comenzó en un continente pobre como es África y en el país más pobre de América Latina como es Haití, pero se propagó por todo el mundo afectando países desarrollados y poco desarrollados, atravesando todas las fases de transición epidemiológica y a los distintos niveles socioeconómicos y sociales. Por lo tanto, no se ve una relación clara con los DSS.

En el caso del Coronavirus, que se inició en uno de los países más ricos del mundo y en una ciudad de las más desarrolladas del planeta, como es Wuhan, los DSS han actuado exactamente al revés, afectando con mucha fuerza y alta mortalidad a los países más ricos del planeta: Alemania, Italia, Gran Bretaña, España, Estados Unidos, Canadá, Australia. En Chile, los sectores con mayores casos se concentraron en el inicio en las comunas de más altos ingresos con personas que viajaron al extranjero y contagiaron a pacientes y conocidos de sus mismos estratos. Todo esto determinó que en la Región Metropolitana de Santiago, al inicio de la pandemia, se sometiera a cuarentena a las comunas del sector oriente, que son las de más altos ingresos y que esto no sucediera en las comunas de menores ingresos, a pesar de la altísima desigualdad que existe en la ciudad de Santiago (20). Posteriormente, la pandemia se extendió a otras comunas, afectando a todos los niveles socioeconómicos por igual. La diferencia de riesgo de mortalidad se ha dado fundamentalmente por la edad y las comorbilidades asociadas. En este último punto, los DSS si están presentes por las desigualdades de riesgo debido a enfermedades preexistentes como son la obesidad, diabetes, cardiovasculares y cáncer, que aumentan la mortalidad. Todas estas enfermedades son más prevalentes en los niveles socioeconómico bajos que en el alto (21).

CONCLUSIÓN

A pesar de que los DSS fueron considerados un avance importante en la Salud Pública a nivel mundial, como señaló la Royal Society for Public Health, “uno de los tres mayores logros de la salud pública en Gran Bretaña” (15), en la práctica no ha tenido resultados en mejorar la salud disminuyendo las desigualdades. Aún más, en algunos países se consideró que no era necesario gastar recursos ni tener políticas importantes en Promoción de Salud porque estas no iban a tener resultados si no se producían cambios estructurales para disminuir la desigualdad y mejorar determinantes como educación, trabajo, vivienda, género, organización y participación social y otros. Esto desincentivó programas que se habían iniciado en la década del 2000 para promover hábitos de vida saludables, como fue el caso de Costa Rica y Chile. Después del año 2005 en Chile y coincidiendo con el Plan AUGE que concentró todos los esfuerzos humanos y financieros del Ministerio de Salud, se abandonó VIDA CHILE aduciendo que en sus 5 años de funcionamiento no había tenido resultados concretos en mejorar la obesidad, sedentarismo ni tabaquismo, sin considerar que estos indicadores se reducen con políticas de largo plazo, como se demostró posteriormente con la disminución de la prevalencia del tabaquismo después el año 2010 (22).

Por lo tanto, hasta el presente, los DSS, más que ser un apoyo real a las políticas de promoción y prevención de salud, han sido un freno y obstáculo para ellas.

REFERENCIAS:

1. Lalonde M. A new perspective of the Health of Canadians. Minister of Health and Welfare. A working Document. Acceso en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
2. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. <http://files.sld.cu/upp/files/2015/04/carta-de-ottawa.pdf>
3. OMS. Las 10 causas principales de defunción en el mundo. http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/
4. Salinas J, Vio F. Promoción de la salud en Chile. Rev Chil Nutr 2002; 29 (Supl 1):164-173.
5. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. <http://www.who.int/publications/list/9241592222/es/>

6. Marmot, Michael. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Fenn and Company Ltd. Canada, 2005.
7. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Informe Final. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
8. Frenz P. Desafíos de la Salud Pública de la Reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública* 2005, 9: 103-110.
9. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Muller R, Rodríguez MC, Chávez A. Determinantes Sociales en Salud y Estilos de Vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería* 2014, XX: 61-74.
10. Fuentes-García A. Aporte de la psicología y sociología a la Promoción de Salud en Chile. *Cuad Méd Soc* 2008, 48:118-124.
11. Salinas J, Correa F, Vio F. Marco normativo para promover una alimentación saludable en escuelas básicas de Chile. *Rev Chil Nutr* 2013, 40:274-282.
12. Ministerio de Educación decreto N° 433. Publicación Diario Oficial 19.12.2012. Bases Curriculares para la Educación Básica. <http://curriculum-mineduc.cl>
13. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20.670 Crea Sistema Elige Vivir Sano. Publicada Diario Oficial 31.05.2013. <http://leychile.cl/>
14. Programa de Gobierno 2014-2018. <http://michellebachelet.cl/programa/>
15. Marmot, M. *Fair society, healthy lives : the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010*. (2010) ISBN 9780956487001.
16. Institute of Health Equity. *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. February 2020. Professor Sir Michael Marmot Jessica Allen Tammy Boyce Peter Goldblatt Joana Morrison. Accesible en https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2020/Health%20Equity%20in%20England_The%20Marmot%20Review%2010%20Years%20On_full%20report.pdf
17. Woolf SH, Schoemaker H. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959-2017. *JAMA*. 2019;322:1996-2016. doi:10.1001/jama.2019.16932.
18. Liang J et al. Maternal mortality ratios in 2852 Chinese counties, 1996-2015, and achievement of Millennium Development Goal 5 in China: a subnational analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2019;393(10168):241-252. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31712-4. Epub 2018 Dec 13.

19. Editorial: Taking urgent action on health inequities. www.thelancet.com Vol 395, February 29, 2020.
20. Bilal U, Alazraqui M, Caiaffa WT et al. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health*; published online Dec 10. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
21. Sánchez H, Albala C. Desigualdades en salud: mortalidad del adulto en comunas del Gran Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 453-460.
22. Bambs C, Bravo-Sagua R, Margozzini P, Lavandero S. Science and Health Policies to Tackle Chronic Diseases in Chile. *Trends in Endocrinology & Metabolism* 2019, <https://doi.org/10.1016/j.tem.2019.11>

CAPÍTULO 6

ALIMENTACIÓN EN CHILE

De los consejos que dio don Quijote a Sancho Panza antes de ir a gobernar la ínsula (El Quijote, Capítulo 42, segunda parte): “Come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago”.

El principal peligro que hoy día tienen los alimentos en el mundo no son los contaminantes biológicos como las bacterias, virus, hongos o parásitos; ni los químicos como pesticidas, agroquímicos, aditivos, preservantes; ni físicos con partículas y cuerpos extraños en los alimentos. El principal peligro lo constituyen sus componentes nutricionales, especialmente el alto contenido de grasas, azúcar y sal, que son llamados los “nutrientes críticos”, por su efecto directo en la mayor parte de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que afectan a la población en Chile y en el mundo, como son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, obesidad y sus consecuencias en las enfermedades degenerativas y demencias.

Hoy día, estos alimentos producen una mayor Carga de Enfermedad que el sexo irresponsable, las drogas, el alcohol y el tabaco combinados. Por ello, los esfuerzos para combatirlos deben ser comparables a los que se llevan a cabo para derrotar el sida, la malaria y el tabaquismo (1).

TENDENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Una de las formas de conocer cómo nos alimentamos los consumidores chilenos es con los datos de tendencia de consumo de alimentos. Estos estudios se realizaron en el INTA con datos de 1980 al 2000 (2) y luego contamos con la información de tendencia de consumo

de la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA), del Ministerio de agricultura hasta el 2013, que permite visualizar los cambios producidos en la alimentación de los chilenos del 2000 en adelante. La tendencia de consumo es el número de kilos o litros que se consume promedio por habitante al año y se calcula con lo que el país produce de un determinado alimento, menos lo que exporta y más lo que importa (3).

Los estudios del INTA mostraron que Chile tenía una alimentación muy básica en la década del 80 con un alto consumo de pan de 110 kilos por habitante al año, de 53 kilos de papas, de 80 litros por habitante al año de lácteos, poca carne con solo 30 kilos por habitante al año y bajo porcentaje de grasa en la alimentación (50 gramos per cápita al día) (2).

El año 2000 la dieta era completamente diferente, con un predominio del consumo de pan, que se mantuvo alto, pero en niveles menores que en los 80 -en que llegó a 110 kilos por habitante al año- de 90 kilos por habitante, siendo el principal consumidor de este producto en el mundo, junto con Alemania. La diferencia es que en Chile el 100% del pan que se consume es fabricado con harina de trigo refinada blanca y en Alemania a lo menos la mitad es con harina integral. Hay que recordar que el pan blanco tiene un alto Índice Glicémico, muy parecida al azúcar refinada blanca, lo cual es de alto riesgo nutricional por favorecer la resistencia a la insulina y la diabetes (4). Además, al igual que el azúcar, llamada “calorías vacías”, la harina de trigo refinada blanca no aporta nutrientes, por lo cual al pan se le agregaron hierro y vitaminas del complejo B en 1952 y ácido fólico desde 1999.

Entre 1980 y el 2000 se mantuvo el consumo de papas, pero el de porotos disminuyó a la mitad, de 4,5 kilos a 2,3 kilos. Las carnes aumentaron a más del doble, con 65 kilos por habitante al año, al igual que los lácteos que se incrementaron de 83 a 127 litros por habitante al año.

El consumo de pescado siempre ha sido muy bajo en Chile, de 5 a 7 kilos por habitante al año a pesar de su larga costa marítima, al igual que el de frutas y verduras que se mantiene en aproximadamente 10 kilos por habitante al año en cada una de las frutas de mayor consumo nacional, como son los plátanos y manzanas. El consumo total de frutas y verduras en Chile es de un promedio diario de 178 gramos por habitante (5), siendo la recomendación de la OMS de 400 gramos al día de frutas y verduras (6). Sin embargo, investigaciones recientes hacen que la recomendación hoy día a nivel mundial sea de 500 gramos al día (7) y en los Estados

Unidos para un adulto lo aumentan a 800 gramos al día (8) para optimizar la diversidad de la microbiota intestinal (9,10).

En las últimas dos décadas, el consumo de carnes de todo tipo -exceptuando el pescado- ha aumentado en forma importante hasta llegar a 89,1 kilos por habitante al año el 2013, a expensas de la carne de cerdo con 26,6 kilos y aves de 37,5 kilos por habitante año.

En lácteos también se ha producido un incremento notable de 125,2 litros el 2003 a 146,5 litros el 2013, fundamentalmente por el aumento de productos como quesillo, queso, yogures, mantequilla y manjar blanco. Este aumento en carnes y lácteos corresponde a lo que sucede en países en desarrollo que aumentan su ingreso en un período relativamente corto de tiempo, como es el caso de Chile, pero también de otros países como China, India o Brasil (11).

El azúcar es reconocido mundialmente por su efecto negativo en la salud, ya que tiene un alto índice glicémico y aparte de calorías, no aporta ningún nutriente útil para la salud, razón por la cual se le denomina “calorías vacías” (12). Es por ello que es muy preocupante su alto consumo en Chile, donde se había producido un incremento muy importante entre el 2003 y 2012, de 32 a 43,8 kilos por habitante al año. Sin embargo, el año 2013 se produjo un descenso a 37,9 kilos, lo cual se podría deber a la introducción masiva de edulcorantes en la dieta por el alto porcentaje de la población que sufre de sobrepeso, obesidad y diabetes. El arroz también bajó de 14,2 a 11,3 kilos, lo que junto al descenso en el azúcar puede ser una buena noticia para un país con más de un 1.600.000 de diabéticos, debido al alto índice glicémico de estos productos. Sin embargo, sigue llamando la atención el bajo consumo de leguminosas, que continúa su descenso de 4,2 a 3,3 kilos en la década, lo que indica que prácticamente está desapareciendo de la dieta de los chilenos.

En frutas el consumo es bajo, a pesar de ser Chile el primer exportador mundial de uva de mesa, arándanos, cerezas, ciruelas, manzanas, pero con tendencia moderada al alza, lo cual es una buena noticia y se debe al esfuerzo de campañas comunicacionales y educativas como las de la Corporación 5 al día Chile, que estarían dando resultados (13). En los datos que aporta ODEPA (4) se observa un aumento en manzanas de 11 a 14 kg en la última década, en uva de mesa, de 6,7 a 7,8 kg y en plátanos de 10 a 10,7 kg. Las paltas también aumentaron su consumo de 2,7 a 3,9 kg por habitante al año.

CADENA ALIMENTARIA

Para entender cómo nos estamos alimentando y a la vez cómo deberíamos alimentarnos los chilenos, es necesario comprender el concepto de “cadena alimentaria”, que va desde la producción al consumo de alimentos, pasando por el procesamiento, trazabilidad, controles de inocuidad, mercadeo, venta y consumo de los alimentos por parte de las personas para su bienestar y salud. Esta es la visión tradicional, llamada “de la granja a la mesa” (14).

En los países desarrollados, los consumidores mejor informados de los efectos de la alimentación en la salud de las personas exigen a los productores alimentos que sean beneficiosos para su salud como ácidos grasos poliinsaturados omega 3 que están en los salmones, antioxidantes de las frutas, especialmente en berries, probióticos y prebióticos que tienen efectos positivos en la salud de las personas.

Por lo tanto, el concepto moderno es que la cadena debe comenzar desde el consumidor, que exige al productor los alimentos que desea comprar y consumir, es decir el concepto cambia “de la granja a la mesa” a “de la mesa a la granja” o del consumidor al productor.

Deberían ser los consumidores informados y conscientes -y no los productores- los que determinen los alimentos que deben producirse, cómo se producen y cómo se comercializan. Esto se da en los países que son el destino de nuestras exportaciones, gracias a cuya demanda Chile exporta alimentos altamente saludables como salmones, frutas, berries a Estados Unidos, Europa y Asia, que tienen consumidores informados que exigen alimentos saludables. Es por ello que Chile es considerado un gran país exportador de alimentos que favorecen la salud, pero que desgraciadamente se consumen poco o no se consumen al interior del país. En este caso, es el Estado el que debería invertir y apostar por un cambio de conductas alimentarias con campañas publicitarias que bajen los precios y disminuyan los impuestos a las frutas y verduras. El objetivo es que aumente el consumo interno y que este también sea sustentable, además de evitar las pérdidas de alimentos. Un tercio de la producción de alimentos destinado al consumo humano se pierde. A nivel mundial, son cerca de 1.300 millones de toneladas y gran parte son frutas y verduras (15).

CONOCIMIENTO VERSUS CAMBIO DE HÁBITOS EN LOS CONSUMIDORES

En Chile, a pesar de que nuestros consumidores saben lo que es una alimentación saludable por la información que han recibido en los últimos años por los mensajes de las Guías Alimentarias Chilenas desde 1996 (16) prefieren alimentos muy poco saludables, como son las bebidas gaseosas azucaradas, donde estamos entre los tres principales consumidores en el mundo, con 160 litros por persona al año, al lado de Estados Unidos, que ha reducido su consumo en los últimos años a 144 litros por habitante al año, y México, cuyo último dato era de 164 litros por año. Coincidentemente, tanto Estados Unidos como México y Chile, son los países con más alta obesidad en el mundo (17).

También estamos entre primeros consumidores en el mundo de pan y en helados, mayonesa y chocolates somos los primeros consumidores en Latinoamérica con 8 kilos por habitante al año de helados, seguidos por 3 kilos por habitante de mayonesa y chocolate, con alto consumo de carnes y lácteos, pero bajo en frutas, verduras, legumbres y pescados. A pesar de que el alto consumo de carnes y lácteos es esperable en un país como Chile que está creciendo económicamente, si no se acompaña de un incremento del consumo de frutas, verduras, legumbres y pescado, se convierte en un riesgo para la salud de las personas.

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CHILENOS

En la medida que Chile se ha ido desarrollando como país y aumentando su ingreso per cápita, los hábitos y costumbres de las personas han cambiado hacia el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar, sal, como bebidas gaseosas, helados, alimentos procesados tipo snacks, papas fritas, pizzas, sopaipillas y “completos”. Este último ha sido considerado como el “plato nacional” por el chef Anthony Bourdain, recientemente fallecido, quien mostró al mundo cómo el “completo” es un alimento excesivo por la salchicha que tiene un alto contenido de grasa saturada (más del 30% el total el producto), gran cantidad de mayonesa y otros ingredientes, desplazando platos tradicionales como la cazuela, pastel de choclo, charquicán y otros. Además, el “completo” es accesible, barato y está al alcance de todos.

Otros factores que han llevado a preferir alimentos de comida rápida, procesados y poco saludables son el aumento de la incorporación de la mujer al mundo laboral; la falta de tiempo por un exceso de horas de permanencia en el lugar de trabajo, en promedio 10 horas diarias con baja productividad; largos periodos de tiempo para trasladarse al trabajo y el hábito nacional de ver televisión 2 a 3 horas diarias. Todo esto ha resultado en que la población no tiene tiempo para alimentarse en forma saludable y menos para cocinar, actividad que ha dejado de ser un hábito de vida en las generaciones jóvenes (18).

Desde el año 2008 diversas encuestas y estudios (19) han mostrado que el hábito alimentario referente a los tiempos de comida en el chileno medio es el siguiente: en la mañana un desayuno rápido, con té o café y pan con agregado. Luego, por haber desayunado poco y rápido, comienza la comida fuera de hora o “picoteo” de algo que disminuya el hambre durante la mañana como galletas y productos envasados con alto contenido de grasas, azúcar y sal.

A la hora de almuerzo el cien por ciento de la población chilena come un plato de comida, que consiste en carne, pollo, pescado, pavo con agregado (a veces ensalada) y ocasionalmente una fruta de postre. Sin embargo, algunos grupos, como los estudiantes universitarios u oficinistas, comen un completo, empanada, pizza, sándwich, sopaipillas o papas fritas, acompañado siempre de una bebida gaseosa o jugo azucarado.

En la tarde continúa el “picoteo” hasta que la mayor parte de las personas -el 90% según las encuestas- llega a su casa alrededor de la 7 a 8 de la noche con hambre y no se sientan a comer, sino que van tomando “once” en la medida que llegan, sin compartir en una mesa (20).

En la gran mayoría de los casos, la “once” consiste en el consumo de varios panes (hallulla o marraqueta) con mantequilla, queso, mortadela, jamón u otras cecinas, paté, mermelada, manjar, y muy rara vez palta o tomate, acompañado de bebida gaseosa azucarada o té o café con azúcar. Sin embargo, no hay consumo de ensalada ni frutas, como a veces sucede en el almuerzo cuando se come un plato de comida. Después de tomar “once” vienen tres o más horas frente al televisor y luego siete a ocho horas de sueño, lo cual hace que lo ingerido en la “once” no se gaste como energía, sino que se almacene como grasa.

El otro gran problema, es que desde la década del 90 se ha ido perdiendo para siempre el antiguo hábito de comer o cenar en familia, momento en que se compartían las experiencias y sucesos del día y se tenía un momento vinculante de relaciones familiares, para el cual es muy difícil que existan otras oportunidades. Esa sabia tradición de fortalecimiento familiar desapareció al llegar a la casa tarde para comer rápidamente pan con agregado acompañado de una bebida gaseosa o té, para irse cada uno por separado a su pieza u otro lugar de la casa a ver televisión o al computador, teléfono celular u otras pantallas. En el caso de los niños esto es más dramático aún, porque la adicción a las pantallas reduce al mínimo la actividad física recomendada por la OMS, que es de una hora al día de actividad moderada o intensa (21).

¿CÓMO SE PUEDE ENFRENTAR ESTE PROBLEMA?

Actualmente el hábito de la “once” está tan arraigado en la cultura nacional, que pretender retrotraerlo a la antigua comida en familia se ve muy difícil. Por lo tanto, se podría comenzar por tratar de que las familias se junten a tomar “once” sentados alrededor de una mesa para compartir lo que ha sucedido en el día y tener un momento grato que permita intercambiar experiencias y emociones que sirvan para fortalecer los vínculos familiares. Además, en la propia once actual, se podrían incluir alimentos saludables que hoy día están simplemente fuera de la dieta. Por ejemplo, agregar al pan tomate, palta, lechuga, porotos verdes, además del jamón, que puede ser de pavo, o simplemente jamón o carne sin grasa. Se puede comer quesillo en vez del queso, tomar idealmente agua o jugo de fruta natural sin azúcar en vez de la bebida gaseosa, comer frutas en cualquiera de sus formas, mermeladas sin azúcar, yogur descremado sin azúcar con avena o chía, huevos duros o revueltos. Es decir, transformar la once actual en una “once saludable”.

Por supuesto, el ideal es un plato de comida saludable por la noche, para lo cual se requiere de algún tiempo de preparación. En la actualidad, existen recetas muy entretenidas y fáciles de preparar de ensaladas y platos fríos que son saludables y pueden reemplazar la once. En un estudio en trabajadores de la construcción en Santiago de Chile (22) llamó la atención el hecho de que el 90,1% tomaba once comiendo hasta 6 panes con

agregados y solo el 22,6% comía un plato de comida en la noche todos los días. Sin embargo, todos (100%) preparaban comida en la noche para llevar a la hora de almuerzo del día siguiente; en un 80% de los casos lo hacía la esposa u otro familiar; en un 15% la preparaba el propio trabajador y solo un 5% compraba comida preparada para llevar al almuerzo. Este ejemplo demuestra que con una educación en hábitos alimentarios adecuada en escuelas y lugares de trabajo, podría retornarse a la antigua tradición de comer en la noche, quedando la onces solo como un refrigerio para acortar la tarde y llegar con menos hambre a la hora de comida.

Esta modalidad de tomar “onces”, consumiendo gran cantidad de pan con agregados, no existe en otros países. En los países desarrollados, como Estados Unidos o países de Europa, se trabajan períodos más cortos de tiempo con mayor productividad y las personas llegan temprano a su casa a comer, en general, un plato de comida con la familia. Después, queda tiempo libre para descansar, hacer actividad física o participar en actividades culturales.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Se habla mucho de alimentación saludable, pero pocas veces se ha encontrado una definición clara que satisfaga tanto a la comunidad científica como al público en general. Para la OMS es aquella que permite mantener o recuperar la salud y para la Real Academia Española (RAE), alimentación es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, y saludable que sirve para conservar o restablecer la salud corporal. En un artículo reciente, Walter Willet et al. (7) abordan el tema de los sistemas de salud a nivel mundial desde el punto de vista de cómo alimentar en forma saludable a toda la población sin dañar el medio ambiente con sistemas agrícolas sostenibles, ya que por una parte hay 820 millones de personas que tienen insuficiente comida con dietas de baja calidad, déficit de micronutrientes y otras carencias nutricionales. Por otra parte, existe una sobre alimentación con 2100 millones de personas con sobrepeso y obesidad y sus consecuencias de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes, cardiovasculares y cáncer, además de las enfermedades degenerativas y demencias. A esto se une el abuso de alcohol, tabaco, drogas y conductas sexuales riesgosas. Por ello propone una transformación global del sistema alimentario, pero en forma muy concreta estima que para tener una alimentación saludable se requiere que “el consumo mundial de frutas, vegetales, frutos secos y legumbres se

duplique y el consumo de carne roja y azúcar se reduzca en más de un 50%. Una dieta rica en alimentos de origen vegetal y con menos alimentos de origen animal confiere una buena salud y beneficios ambientales” (7).

CONCLUSIONES

Para revertir esta situación es necesario que la población tome conciencia de la relación directa que tiene la dieta con la salud del consumidor, especialmente en los niños. Esto es especialmente importante ahora que se conoce la existencia de la memoria genética en las enfermedades crónicas relacionadas con nuestra alimentación, como por ejemplo la obesidad, diabetes y enfermedades coronarias. Si anteriormente se hablaba de que “soy lo que como”, ahora debemos decir que “soy lo que mi madre, padre y abuelos comieron”, por la influencia de los alimentos en el comportamiento de la epigenética en útero y cómo estos cambios son transmitidos a las próximas generaciones.

Es por ello que hoy más que nunca se requiere de una política de Estado en alimentos para prevenir la obesidad en Chile, con la acción mancomunada de varios sectores, donde estén Agricultura, Salud, Educación, Trabajo, Desarrollo Social, cada uno de ellos aportando desde su perspectiva lo propio para mejorar la salud y calidad de vida de los chilenos.

En particular, es muy importante la participación del Ministerio de Educación, que está en plena Reforma Educacional que pretende cambiar las bases de la educación del país.

En esta aplicación de la Reforma Educacional no puede quedar fuera el tema alimentación, que debe ser considerado como prioritario en las escuelas para iniciar desde la niñez el cambio de hábito de los chilenos, para que se transformen en consumidores responsables que demanden alimentos saludables, cambiando la actual demanda de nuestra población que nos ha llevado a tener los más altos índices de obesidad en el mundo.

Si queremos ser un país desarrollado en el futuro, no solo debemos aumentar nuestro ingreso per cápita, sino también modificar nuestros hábitos alimenticios y de actividad física, para ser un país más saludable y con una mejor calidad de vida que la que tenemos en la actualidad.

REFERENCIAS

1. Haddad L, Hawkes C, Webb P, Thomas S, Beddington J, Waage J, Flynn D. A new global research agenda for food. *Nature* 2016, 40:30-32.
2. Espinoza F, Valiente G, Valiente S. SISVAN de alimentos índices. Santiago, Unidad de Nutrición Preventiva, INTA, Universidad de Chile 1996.
3. Ministerio de Agricultura, Oficina de Planificación Agraria (ODEPA) Tendencia consumo alimentos 2013.
4. Hirsh S, Barrera G, Leiva L, de la Maza MP, Bunout D. Índice glicémico e insulinémico de dos tipos de pasta de presentación larga y corta en individuos sanos. *Rev Chil Nutr*, 2010, 37:474-479.
5. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. En *Epidemiología* eds. 2017.
6. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland, WHO 2000.
7. Willet W, Rockstrom J, Locken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT Lancet Commission on healthy diet on sustainable food systems. *Lancet* 2019;393:447-492.
8. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol* 2017, 46:1029-1056.
9. Sonnenburg ED, Smith SA, Tikhonov M et al. Diet-induced extinctions in the gut microbiota compound over generations. *Nature* 2016, 529:212-215.
10. Valdés AM, Walter I, Segal F, Spector TD. Roles of the gut microbiota in nutrition and health. *BMJ* 2018, 361:9.
11. Vio F, Uauy R. The sugar controversy. In: Pinstrup-Andersen P, Cheng F., editors. *Food policy for developing countries*. Ithaca, New York: Cornell University Press; 2009, vol. 3, p. 63-73 (<http://cip.cornell.edu/DPubS?Service=UI&version=1.0&verb=Display&handle=dns.gfs>). Popkin BM, GE K, Zhai F, Guo X, Ma H, Zohoorin N.
12. The Nutrition Transition in China: a cross-sectional analysis. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47:333-346.
13. Zacarías I, González CG, Fonseca L, Domper A, Lera L, Vio F. Programa 5 al Día. Chile a 10 años de su implementación. En: Universidad de Chile, INTA, 5 Al Día; Ministerio de Agricultura. Editoras: Olivares S, Zacarías I. Realidad y perspectivas de la producción y consumo de verduras y frutas en Chile. Santiago: Maval S.A.; 2016, p. 9-32.

14. Aguilera JM, Figueroa G, Vio F. Innovación para la potencia alimentaria: Diagnóstico de recursos humanos e infraestructura en tecnología, inocuidad y calidad de alimentos. Santiago: Ministerio de Agricultura; Fundación Chile; 2008.
15. 5 Al Día Chile, INTA Universidad de Chile y Ministerio de Agricultura. Eds.: Acuña D, Domper A, Eguillor P, González CG, Zacarías I. Manual de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos. Santiago de Chile: A Impresores, 2018: 11.
16. Ministerio de Salud. Guías Alimentarias para Chile. Santiago de Chile, 1996.
17. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-Risk). World wide trends in body-mas index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurements studies in 128.9 million children, adolescents and adults. *Lancet* 2017; 390: 2627-2654.
18. Vio F, Albala C. Nutricion policy in the Chilean transition. *Pub Health Nutr* 2000; 3: 49-55.
19. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA). Informe Final. Ed. Universitaria 2019.
20. Valentino G. et al. La ingesta de “once” en reemplazo de la cena, se asocia al riesgo de presentar síndrome metabólico. *Rev Med Chile* 2019; 147:693-702.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. 2010. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>
22. Salinas J, Lera L, González CG, Villalobos E, Vio F. Estilos de vida, alimentación y estado nutricional en trabajadores de la construcción de la Región Metropolitana de Chile. *Rev Med Chile* 2014; 142; 833-840.

CAPÍTULO 7

ACTIVIDAD FÍSICA

La caminata es parte importante de la vida de los escritores. Se dice que Patrick Modiano, Premio Nóbel 2014, es el escritor que mejor camina París. Se puede tomar un libro de Modiano, abrirlo en cualquier página y los lectores se encontrarán caminando por la ciudad que, según tantos, es la más hermosa del mundo. Antonio Muñoz Molina es un gran caminante y ha escrito varios artículos en El País de España, el último “Conocer caminando” del 20 de mayo 2020, donde señala que “caminar cada día es explorar y conocer un continente desconocido”. Almudena Grandes, la gran escritora de la maravillosa saga del período de post guerra civil española “Episodios de una Guerra Interminable” con cinco libros publicados hasta el momento (Inés y la Alegría, El Lector de Julio Verne, Las tres bodas de Manolita, Los pacientes del Dr. García y La Madre de Frankenstein) en una entrevista reciente se lamentaba porque su vida cambió con la pandemia y suspendió sus paseos de las tardes por las calles de Madrid que “me iba muy bien para pensar”, sobre todo en fase de escritura (El Mercurio, 26 Mayo 2020).

Desde hace siglos, el caminante ha sido objeto de innumerables novelas, ensayos y poemas: pasear tiene algo de instintivo, de estético, de recogimiento y de exuberancia que fascina al mundo literario (1). «Caminar es una apertura al mundo (...) es vivir el cuerpo (...) es un rodeo para encontrarse consigo mismo». Así comienza “Elogio del Caminar” (Siruela), del sociólogo y antropólogo francés David Le Breton, en uno de tantos títulos que se han ido publicando en los últimos años a propósito de esta práctica que tiene algo de rebeldía, algo de resistencia, de filosófico y que, en definitiva, refleja una manera de estar en la tierra. Desde hace siglos, el caminante ha sido objeto de elogios y de infinidad de títulos, ensayos,

poemas y obras literarias. Hasta Borges reflexionó sobre la profundidad del paseo, especialmente en su narración "Sentirse en muerte", donde recoge un ánimo casi sagrado del paseo como experiencia acaso mística, con esa suerte de mirada alienada que se enfunda en quien camina:

"No quise determinarle rumbo a esa caminata, procuré una máxima latitud de probabilidades para no cansar la expectativa con la obligatoria antevisión de una sola de ellas. Realicé, en la mala medida de lo posible, eso que llaman caminar al azar; acepté, sin otro consciente prejuicio que el de soslayar las avenidas o calles anchas, las más oscuras invitaciones de la casualidad. Con todo, una suerte de gravitación familiar me alejó hacia unos barrios, de cuyo nombre quiero siempre acordarme y que dictan reverencia a mi pecho. No quiero significar así el barrio mío, el preciso ámbito de la infancia, sino sus todavía misteriosas intermediaciones: confín que he poseído entero en palabras y poco en realidad, vecino y mitológico a un tiempo. El revés de lo conocido, su espalda, son para mí esas calles penúltimas, casi tan efectivamente ignoradas como el soterrado cimiento de nuestra casa o nuestro invisible esqueleto. La marcha me dejó en una esquina. Aspiré noche, en asueto serenísimo de pensar. La visión, nada complicada por cierto, parecía simplificada por mi cansancio".

Caminar es la actividad física más frecuente, necesaria y fácil de realizar que caracteriza al hombre desde que se transformó en bípedo y la actividad física es claramente el mejor protector de los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que son por supuesto el sedentarismo, la alimentación no saludable con sobrepeso y obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, hipertensión arterial, hiperglicemia, hiperlipidemias y estrés.

La persona que hace actividad física en forma regular, mínimo 30 minutos diarios de actividad moderada o intensa, 3 o más veces por semana, va a tender a fumar menos o dejar de fumar, a consumir una dieta equilibrada y tener un estado nutricional con menos sobrepeso y obesidad, mejores indicadores bioquímicos (colesterol, glicemia, triglicéridos) con presión arterial normal. Esto quedó plasmado en el Informe del Cirujano General de los Estados Unidos en 1998 (2) y por la OMS el año 2002 y luego en un informe especial de alimentación y actividad física del 2004 (3).

Hoy día existe abundante literatura científica nacional e internacional sobre actividad física y su efecto positivo en la salud que refrenda lo anterior.

En Chile los primeros datos confiables de sedentarismo se obtuvieron con la Encuesta CASEN (4) y la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2000 (5) que incluyeron la pregunta: “En el último mes, ¿cuántas veces ha practicado deporte o alguna actividad física en sesiones de no menos de 30 minutos?”, y se daban las siguientes alternativas: todos los días; 5 a 6 veces por semana; 3 a 4 veces por semana; 1 a 2 veces por semana; menos de una vez por semana; ninguna; no responde. Se considera sedentario aquel que no hace al menos 30 minutos de actividad física moderada o intensa 3 veces por semana.

Esta pregunta tiene relación con el ejercicio físico con la única intención de ejercitar el cuerpo, especialmente en el tiempo libre, dejando fuera la actividad física laboral y cotidiana, como subir escaleras, lavar el auto, limpiar la casa, cortar el pasto y otras similares. Lo importante es que esta pregunta se ha venido repitiendo en el tiempo en diferentes encuestas hasta el año 2017, lo cual permite dar seguimiento al diagnóstico de sedentarismo en el país.

La Encuesta CASEN realizada en 20.000 hogares el año 2000 mostró que un 89,1% de la población chilena mayor de seis años era sedentaria, con 71,1% que no practicaba ninguna actividad física ni deportiva, un 18% la practicaba 1 o 2 veces por semana y solo un 8,6% lo hacía 3 o más veces por semana, con un 2,3% que no sabía o no respondió. El sedentarismo era mayor en las mujeres que en los hombres y en los quintiles de menores ingresos. También había diferencias importantes por nivel de educación: el nivel de educación mínimo tenía un 98,1% de sedentarismo, comparado con un 86,6% de los que tenían educación superior. Esto muestra una doble inequidad: por nivel socioeconómico y por género, lo que no ha variado hasta el presente.

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2000 realizada a 6228 personas mayores de 15 años, una por hogar a nivel nacional mostró resultados muy similares a la CASEN: un 73% decía no hacer nada de actividad física; un 18% lo hacía una o dos veces por semana y solo un 9% lo hacía 3 o más veces por semana, con iguales diferencias por sexo y nivel socioeconómico que la CASEN. Un dato interesante de esta encuesta fue que un 19,2% de los hombres practicaban deportes entre una y cuatro veces al mes, es decir, eran

deportistas de fines de semana, que son los que juegan fútbol los sábados o domingos, sin entrenar durante la semana y con el llamado “tercer tiempo,” que consiste preferentemente en la ingesta de alcohol en grandes cantidades, acompañado con asado y otros alimentos con alto contenido de grasas y sal, como son los embutidos. “El equipo tiene una característica: no importa cuál sea el resultado del partido, pero siempre nos quedamos a tomar algo, a echar la talla y ahí va creciendo la amistad”, señalan unos futbolistas aficionados que juegan una o dos veces a la semana.

BARRERAS PARA HACER ACTIVIDAD FÍSICA

Una pregunta interesante de la Encuesta CASEN fueron las razones por las cuales no hacían actividad física: un 33,3% decía que no tenía tiempo; un 23,3% que no le interesaba ni motivaba; un 19,5% era porque su salud no se lo permitía y un 14% porque no tenía lugares donde hacerlo, con un 10% que daba otras razones.

La falta de tiempo es una de las barreras más poderosas para no hacer actividad física. En Chile el tiempo de permanencia en el trabajo es mínimo de 10 horas diarias en la Región Metropolitana, con baja productividad. El traslado de la casa al trabajo y el regreso al hogar consumen entre 1 y 4 horas diarias; el promedio de horas frente al televisor u otras pantallas es de 3 horas diarias, con lo cual se suman entre 14 y 16 horas al día, lo que no deja tiempo libre para actividades familiares, recreativas, cocinar y menos aún para hacer actividad física en tiempo libre.

Los fines de semana las personas privilegian dormir, ver televisión o salir a pasear con la familia a centros comerciales o donde familiares y amigos, casi siempre a comer, sin hacer actividad física.

El tema de salud también es relevante para no hacer actividad física, por la alta prevalencia de enfermedades crónicas en la población, como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y problemas osteoarticulares, que dificultan la actividad física, especialmente en adultos y adultos mayores. A pesar de las dificultades, es importante que existan medidas para que todos practiquen ejercicio y actividad física, en su justa medida, por los efectos positivos que estos causan sobre la mejora de la salud, incrementando la capacidad funcional y los años de vida activa independiente para mejorar la calidad de vida de las personas. Existe

evidencia cada vez mayor de que el aumento en el nivel de actividad física parece tener un fuerte impacto positivo en la disminución de la morbilidad y eventualmente en la mortalidad de la población.

En cuanto a no tener lugares donde hacer actividad física y ejercicio, esa barrera ha ido mejorando en el tiempo por la construcción de gimnasios y canchas de fútbol en todo el país. Además, se han instalado plazas con equipamiento para hacer ejercicio en la mayoría de las comunas del país. Existen ciclovías que se han ido implementando y en muchas comunas se cierran las calles los fines de semana para hacer actividad física y se hacen clases y talleres que facilitan la recreación al aire libre en parques y senderos del país.

GUÍAS DE VIDA ACTIVA PARA LA POBLACIÓN CHILENA

En el año 2001 se inició un trabajo conjunto entre representantes de los Ministerios de Salud y de Educación, el Instituto Nacional de Deportes (IND), la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE), el Consejo Académico Nacional de Educación Física (CANEF), dirigido a elaborar mediante un grupo de expertos una “Guía para una Vida Activa” (7) con seis mensajes muy claros para difundirlos en la población chilena y de esa forma combatir el sedentarismo. Los mensajes eran “camine 30 minutos diarios”; “realice ejercicios de estiramiento”; “prefiera recrearse activamente”; “realice pausas activas en el trabajo”; “realice ejercicios de 30 minutos 3 veces por semana” y “adapte la intensidad a su ritmo personal”. Estos mensajes fueron entregados a una gran parte de la población mediante folletos distribuidos en la atención primaria de salud, difundidos en los medios de comunicación e incorporados a la “Guía para una Vida Saludable” con los mensajes de las Guías Alimentarias y de Lugares Libres de Humos de Tabaco (8).

REGULACIÓN Y LEGISLACIÓN

La Ley 19.712 del 9 de febrero de 2001 consagra la responsabilidad del Estado en todo lo concerniente a la actividad física mediante la creación del Instituto Nacional de Deportes (IND) con rango de subsecretaría. Su misión es crear las condiciones necesarias que faciliten, fomenten y apoyen

la práctica de actividades físicas y deportivas de forma sistemática y lograr con ello una vida de mejor calidad para toda la población. Este servicio público, que depende de la Secretaría General de Gobierno, desempeña sus funciones mediante una red integrada por un consejo nacional, una dirección nacional y consejos y direcciones regionales. Esta ley, conocida como la Ley del Deporte, ha sido ampliada por la Ley 19.787 de febrero de 2002, con disposiciones especiales para fomentar el deporte mediante subsidios, la exención tributaria a las donaciones que se realicen con estos fines, la ampliación de la infraestructura deportiva y los mecanismos de concesión, así como para regular las organizaciones deportivas que se creen con este fin.

La misma pregunta que se inició con la CASEN 2000 sobre sedentarismo se ha ido repitiendo en sucesivas encuestas como las Encuestas Nacional de Calidad de Vida y Salud del 2006 y 2015 y en las Encuestas Nacionales de Salud 2003, 2010 y 2016 que mostraron un 89,4, 88,6% y 86,7% de sedentarismo respectivamente (Tabla 1) con una leve tendencia al descenso, pero con diferencias significativas entre mujeres (90% de sedentarismo) y hombres (81% sedentarismo) y especialmente entre el nivel socioeconómico bajo, medido por menos de 8 años de escolaridad, con un 96,2% de sedentarismo, comparado con el nivel socioeconómico alto de más de 12 años de escolaridad con un 79,9%.

ENCUESTAS	PORCENTAJE DE SEDENTARISMO
CASEN 2000	89,1
ENCAVI 2000	91,0
ENS 2003	89,4
ENCAVI 2006	85,6
ENS 2010	88,6
ENCAVI 2015	82,1
ENS 2016	86,7

Por otra parte, el IND ha realizado la Encuesta Nacional de Actividad Física y Deportes, implementada por la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Concepción, que muestra un descenso más importante del sedentarismo:

AÑO	PORCENTAJE
2006	87,2
2010	86,4
2012	82,7
2015	80,2

ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS

En niños, la inactividad y sus efectos en la condición física son mucho más graves.

En el estudio de Casablanca del año 2002 se encontró que un alto porcentaje de niños normales no alcanzaba el mínimo exigido por el test de Navette, que consiste en una carrera de 20 metros que mide la potencia aeróbica e indirectamente el consumo máximo de oxígeno, el cual era mucho más grave en niños con sobrepeso y obesidad, especialmente en mujeres donde llegaba al 85% (9).

Desde el año 2010 se realiza en Chile el SIMCE de Educación Física (10) que muestra como la condición física se ha ido deteriorando en escolares chilenos de octavo año básico. Los datos del año 2010 mostraban que solo el 9,2% de los estudiantes de Octavo Básico que rindió las pruebas tenía una condición física satisfactoria, mientras que el 90,8% restante no alcanzaba el punto de corte establecido para tener una condición física calificada como satisfactoria. La principal tendencia observada, tanto en hombres como en mujeres, fue que los grupos socioeconómicos altos tenían una condición física más satisfactoria que los demás grupos. De manera similar, los estudiantes en los establecimientos particulares pagados tendían a presentar un mejor estado físico que los subvencionados y municipales.

El último SIMCE de Educación Física 2015 muestra cómo la condición física, que ya era muy mala, se deteriora ese año con relación al 2014, disminuyendo de un 3% a un 2% los niños con condición física suficiente. O sea, la condición física satisfactoria había disminuido desde un 9,2% a un 2% en un período de 5 años. En todos los parámetros que se midieron de condición física (abdominales cortos, salto largo, flexo-extensión de codos,

flexión de tronco y test de Navette) los resultados fueron peores en el año 2015 que en 2014. Por ejemplo, el test de Navette satisfactorio bajó de un 6 a un 4%. (11).

EDUCACIÓN FÍSICA EN ESCUELAS

Desde el estudio de Casablanca se demostró que en las escuelas municipales las clases de educación física o no se hacían o cuando se realizaban el tiempo de actividad moderada o intensa era muy bajo. En general, las dos clases de 45 minutos se juntan en una sola clase semanal de 90 minutos, que en promedio dura 75 minutos. De estos, el tiempo real de actividad moderada e intensa no era más de 19 minutos. Es decir, el tiempo que los niños se mueven en la semana es menos de 20 minutos, cuando las recomendaciones de la OMS son de una hora diaria de actividad moderada o intensa todos los días (12).

Ante la insistencia de sociedades científicas y académicas, el Ministerio de Educación promulgó el 19 de diciembre del 2012 por intermedio del Consejo Nacional de Educación, el Decreto 433 que establece la asignatura “Educación Física y Salud” (13). Sin embargo, no se dotó a los colegios de profesores de educación física ni de los implementos suficientes para realizarlas y en la mayor parte de los colegios siguen utilizando las horas de actividad física para otras actividades curriculares y extracurriculares.

Una evaluación reciente realizada en escuelas municipales de tres Regiones del país (Metropolitana, O’Higgins y Ñuble), con una metodología semejante a la del estudio de Casablanca del 2002 demostró que el tiempo real de las clases de educación física era entre 58,5 y 89,3 minutos y que la actividad moderada o intensa variaba entre 16,5 y 19,8 minutos (14).

RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA

La Organización Mundial de la Salud ha establecido recomendaciones muy claras frente a la actividad física el año 2010 (12), lo que hace innecesario volver a establecer guías nacionales frente al tema, como fueron las Guías de Vida Activa para la población chilena (7). La recomendación más importante para los niños es hacer una hora diaria de actividad moderada o intensa y

para los adultos caminar a lo menos media hora diaria o 150 minutos a la semana con el tiempo distribuido de acuerdo a las posibilidades de cada persona.

En los adultos mayores se recomienda caminar a lo menos 300 minutos a la semana para evitar la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y de masa ósea (osteopenia) que se comienza a producir desde los 40 años en adelante. Para obtener mayores beneficios para la salud de los adultos mayores, por el normal deterioro que se produce en la edad avanzada en la musculatura y aparato locomotor, el ideal es que dediquen hasta 300 minutos semanales en actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. Aquellos adultos mayores que tengan impedimentos para hacer actividad física, se recomienda que la hagan en la medida de sus posibilidades para mantener al menos los movimientos esenciales para mantener las funciones básicas de la vida diaria.

La justificación para la hora diaria de actividad moderada o intensa en los niños es porque en los niños y jóvenes existe fuerte evidencia de que 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa diaria mejora el desempeño académico, especialmente en lenguaje y matemáticas. Los deportes y el ejercicio afectan positivamente el cerebro aumentando el flujo de sangre y oxígeno, la producción de neurotrofinas, desarrollando conexiones nerviosas e incrementando la densidad de la red neural (12).

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA EN CHILE

En adultos en general se recomienda fuertemente no usar vehículos motorizados para ir a trabajar y utilizar ciclo vías en calles y carreteras, las que han ido aumentando en ciudades y regiones.

Además, hoy existen un gran número de plazas y lugares públicos con implementos para hacer actividad física y ejercicios que no se utilizan, para lo cual se recomiendan actividades individuales o en familia para que aprovechen los equipos, en lo posible con monitores de educación física, especialmente para adultos mayores.

Un tema fundamental para poder hacer actividad física y ejercicio es dejar tiempo para ello, disminuyendo los horarios de trabajo. En este sentido, la iniciativa legislativa de 40 horas semanales podría contribuir a ello, considerando que los países más desarrollados cuentan con horarios de trabajo de 40 horas semanales o menos, como es el caso de Uruguay que estableció el descanso obligatorio de un día cada siete y un máximo de 8 horas diarias de trabajo en el segundo período (1911-1915) del Presidente José Batlle y Ordóñez (15). Además, las empresas deberían tener horario de trabajo protegido para la práctica de actividad física, por ejemplo, una vez a la semana.

ESTRATEGIAS DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS

Es crucial que las clases de educación física se realicen, ya que hay un alto porcentaje de escuelas en que simplemente no se realizan y el tiempo se ocupa en otras actividades curriculares y extracurriculares. Se deben aumentar de dos a cuatro horas las clases semanales de educación física obligatorias con profesores de educación física y con pautas estrictas de cómo ocupar el tiempo con actividades moderadas e intensas, como son las que están en curriculumenlinea.cl.

Debe ponerse límite a las horas frente al televisor o pantallas y al uso de juegos electrónicos para utilizar ese tiempo en actividad física. Para ello debe haber un acuerdo entre padres, apoderados y profesores y además debe fomentarse el deporte y la vida al aire libre como trabajo extra programático en las escuelas.

COMENTARIO FINAL

La Educación Física como asignatura del currículum escolar se ha visto influenciada por la escasa valoración que se le otorga a la práctica de actividad física y sus efectos en la composición corporal. Esto, a pesar de que Chile posee elevados niveles de sedentarismo, sobrepeso y obesidad en escolares. Los ejes de los contenidos curriculares han pasado del militarismo del siglo XIX, al desarrollo de la moral, la aptitud física y la higiene (mediados del siglo XX), hasta posicionarse actualmente en el

desarrollo de las capacidades físicas, la adquisición de hábitos, el fomento de valores y la comprensión de la actividad física y el deporte en beneficio del individuo y de la sociedad.

La educación física chilena ha sido fiel reflejo de las coyunturas y procesos sociales e históricos de nuestro país, incluyendo también las influencias actuales de una sociedad globalizada e integrada que no tiene tiempo para la actividad física ni la recreación. Es necesario que exista también un desarrollo permanente y transversal en la materia que vaya más allá de los cambios y procesos políticos que existen en el país y que últimamente no han ayudado a que la actividad física adquiera el realce que realmente necesita para el desarrollo escolar (16).

REFERENCIAS

1. ETHIC. El arte de caminar. 17 julio 2019. Disponible en: <https://ethic.es/2019/07/el-arte-de-caminar/>
2. US Department of Health and Human Services. Physical activity and Health: a report of Suregeon General, Atlanta, US 1998.
3. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/9241592222/es/>
4. Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación, Instituto Nacional de Deportes. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2000. Sector Deportes. Santiago, Chile: IND;2001.
5. Chile, Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2000. Santiago, Chile: MINSAL; 2001.
6. Salinas J, Vio F. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. Rev Panam Salud Pública 2003; 14:281-288.
7. Vio F, Salinas J. Guías para una Vida Activa. INTA, Universidad de Chile, Instituto Nacional de Deportes, MINSAL, MINEDUC, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Consejo Académico Nacional de Educación Física CANEF. Andros Impresores, Santiago de Chile 2003.
8. INTA, Ministerio de Salud. Guía para una Vida Saludable, Guías Alimentarias, Actividad Física y Tabaco. Andros Impresores, Santiago de Chile 2005.

9. Kain J, Olivares S, Romo M, Leyton B, Vio F, Cerda R, González R, Giadalah A, Albala C. Estado nutricional y resistencia aeróbica en escolares de educación básica: línea base de un Proyecto de Promoción de la Salud. *Rev Med Chile* 2004; 132:1395-1402.
10. Agencia de Calidad de la Educación. Informe Resultados Estudio Nacional de Educación Física 8º año básico 2010. Santiago de Chile 2011.
11. Agencia de Calidad de la Educación. Informe Resultados Estudio Nacional de Educación Física 8º año básico 2015. Santiago de Chile 2016.
12. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS 2010. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
13. Asignatura Educación Física y Salud (Decreto 433 del 19 diciembre 2012).
14. Bustos N, Olivares S, Leyton B, Cano M, Albala C. Impact of a school-based intervention on nutritional education and physical activity in primary public schools in Chile (KIND) programme study protocol: cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2016;16:1217-1224.
15. Da Silveira, Pablo; Monreal, Susana (2003). Liberalismo y jacobinismo en el Uruguay batllista. Montevideo: Taurus.
16. Cornejo M, Matus C, Vargas C. La Educación Física en Chile: Una aproximación histórica. Ed Deportes, Buenos Aires, 2011

CAPÍTULO 8

OBESIDAD EN CHILE

En la década del 70, la desnutrición era un problema importante en Chile, la que fue disminuyendo progresivamente, hasta la crisis económica de 1982 que incrementó nuevamente el déficit nutricional. En esa época prácticamente no había obesidad infantil en Chile, pero había obesidad en adultos, especialmente en mujeres de nivel socioeconómico bajo. Esta coexistencia de desnutrición con obesidad corresponde a lo que se llama “doble carga de malnutrición” y es una característica de la transición nutricional en todos los países y fue lo que sucedió en Chile en la década del 80. Durante la crisis económica de los años 1982-86, en centros de recuperación nutricional los niños desnutridos (1) eran cuidados por sus madres que eran obesas, como lo pudimos comprobar en centros de la comuna de La Florida, con un alto porcentaje de test de tolerancia a la glucosa alterados, pero con niveles de colesterol y triglicéridos normales, a diferencia de mujeres obesas de nivel socioeconómico alto, que tenían lípidos elevados (2). Esto se debía a la diferente dieta, que en los sectores socioeconómicos bajos era fundamentalmente en base a hidratos de carbono (pan y té con azúcar) por la crisis y desocupación, a diferencia del nivel alto que tenían una dieta con exceso de grasas y alimentos procesados (3).

En la década del 90, al mejorar la situación económica, el estado nutricional cambió rápidamente a un predominio de la obesidad, por un mayor consumo de grasas, azúcar, sal, alimentos procesados y menor consumo de fibra, lo cual corresponde a una situación de post transición nutricional, en la que nos encontramos hasta el presente (4).

PROGRESIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Al desaparecer la desnutrición como problema de salud pública a fines de los 80 y comienzo de los 90, los temas de nutrición desaparecieron de la agenda pública. Al menos de esa forma lo plantearon los gobiernos de la época, en particular el Ministerio de Planificación o MIDEPLAN en el primer gobierno de la Concertación (1990-1994). Sin embargo, de acuerdo a los datos del Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) (5) desde 1987 en adelante la obesidad infantil inició un incremento que no se ha detenido hasta el día de hoy. En 1997 ya se había doblado la obesidad en primer año básico y desde el 2007 se triplicó, lo cual se ha mantenido hasta el presente.

¿Cuáles son las explicaciones de este fenómeno? En primer lugar, por el rápido cambio de hábito en la alimentación de los chilenos desde que se inició el crecimiento económico en 1987. Con mayor ingreso las personas compran más alimentos calóricos, con alto contenido de grasas, azúcar y sal (4). En la década el 90 aparecen los alimentos procesados y se instalan en el país las cadenas de comida rápida con lo que se inicia el modelo de alimentación “occidental” o “Western diet”) (6).

Junto con esto hay un descenso de la natalidad, especialmente en los sectores de menores ingresos que tienen menos hijos por salir la madre a trabajar y luego por el costo de la educación, especialmente la superior. Las familias prefieren tener uno o dos hijos que puedan llegar a la Universidad, que tener varios que no puedan después costear la educación superior. A estos “hijos únicos” se les da todo lo que piden, en especial más alimentos como gratificación de los padres, que habían sufrido las carencias alimenticias en la década del 80 y no querían que sus hijos sufriesen esas mismas privaciones. Por otra parte, como el cambio fue tan rápido, los programas alimentarios contra la desnutrición como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de JUNAEB se mantuvieron con predominio de la entrega de calorías, grasas, azúcar y sal. Estos programas solo se comenzaron a modificar desde el año 2000 en adelante, después de denuncias a JUNAEB que terminaron con la renuncia de su Directora y presentaciones ante el Congreso de la República.

Pero quizás lo más importante es que no ha existido una política de Estado para enfrentar el creciente problema de la obesidad infantil en Chile (7). No fue sino hasta la década del 2000 –con diez años de atraso- que

se consideró la obesidad como problema de salud pública. Los primeros estudios se realizaron entre el 2000 y 2002 en 10 escuelas del país para hacer materiales educativos en alimentación saludable mediante un convenio del Gobierno de Chile con la FAO, con el compromiso de que estos materiales fuesen incorporados al currículum (8). Al término del proyecto los materiales se entregaron al Ministerio de Educación, quién se negó a incorporarlos, lo que se mantiene hasta el presente. Sin embargo, fueron utilizados en el Proyecto Casablanca donde se aplicaron en una intervención en educación en alimentación saludable y actividad física en las tres escuelas municipales de la comuna. En este estudio se demostró que la alta obesidad existente (mayor al 20%) podía reducirse a la mitad, haciendo educación en alimentación saludable y realizando 4 horas semanales de educación física (9). Los resultados de este proyecto fueron entregados al Ministerio de Salud y utilizados en dos tipos de intervenciones en escuelas: las 1000 escuelas del programa EGO Chile y las del programa NutriRSE, de Acción Responsabilidad Empresarial, financiado por empresas privadas en escuelas municipales de comunas de la Región Metropolitana: Macul, Maipú, Puente Alto, Estación Central, Santiago Centro, Lo Barnechea.

La evaluación de las 1000 escuelas de EGO-Chile no demostraron ningún impacto y las de NutriRSE tuvieron un impacto moderado que se vio interferido por la crisis económica del año 2008. En las escuelas intervenidas de NutriRSE en la comuna de Macul, Puente Alto y Maipú, después de una disminución los años 2007 y 2008, la obesidad comenzó a subir el año 2009. De acuerdo a los datos del Mapa Nutricional de JUNAEB, esto sucedía en todas las comunas de la Región Metropolitana. Se solicitó la base de datos de prekínder, kínder y primero básico de los años 2007, 2008 y 2009 de la Región Metropolitana y se construyó una cohorte de niños, observándose una disminución de la obesidad en 2008 y un aumento el 2009. Este incremento fue atribuido a la crisis económica sub-prime del año 2008-2009 que aumentó el desempleo y el gasto en alimentos, lo que de inmediato se reflejó en la mala calidad de la alimentación de las personas de menores ingresos, que aumentaron el consumo de hidratos de carbono y grasas saturadas (10).

Desde el año 2009 en adelante, la obesidad no ha dejado de aumentar. En un proyecto realizado en 9 escuelas municipales de Peñalolén entre el 2010 y 2012, durante el primer año se logró un leve descenso de la obesidad (11), pero desde el segundo año en adelante esta continuó aumentando hasta cifras cercanas al 30 por ciento de obesidad en niños de prekínder a segundo año básico.

Las últimas intervenciones realizadas en escuelas municipales en los años 2016 (12) y 2017 (13) muestran que la obesidad en los primeros años de educación básica está cercana al 30 por ciento, con otro 30 por ciento de sobrepeso, lo cual significa que 6 de cada 10 niños de educación básica están con sobrepeso y obesidad. Esto es mayor a los datos del Mapa Nutricional de JUNAEB (5), en que la obesidad es alrededor de un 25% y el sobrepeso está en una cifra similar en prekínder, kínder y primero básico.

Los datos de primero básico que entrega el Mapa Nutricional desde 1987 muestran que la prevalencia de obesidad fue de un 7,5% en 1987 y de un 24,4% el año 2019. Los primeros datos de obesidad severa (+3 DE por sobre la mediana) del año 2017 muestran que un 8,1% de los alumnos de primer año básico tiene obesidad severa (10,3% en los hombres y 5,8% en las mujeres), lo cual significa que un tercio de los niños obesos tiene problemas graves, con alta posibilidad de tener hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemias. Estos datos no variaron el 2019, donde la obesidad severa fue de un 8% en prekínder, 9% en kínder, 9% en primero básico y 4,8% en quinto básico.

OBESIDAD EN ADOLESCENTES

La obesidad en adolescentes fue observada en estudios puntuales realizados entre 1986 y 1998 en que se mostraron cambios significativos en el grupo de 6 a 16 años de 1,6% a 14,6% en hombres y de 2,3% a 17,6% en mujeres (14). Datos más recientes del SIMCE de Educación Física muestra un 25% de sobrepeso y 20% de obesidad en niños de octavo año básico (14 años), lo que aumentó en comparación con el año anterior 2014 (15). Datos del Mapa Nutricional de JUNAEB (5) muestran un incremento importante de la obesidad en Primer Año Medio, que siempre se mantuvo relativamente baja, alrededor de un 6%: el año 2011 la obesidad en Primero Medio era de 8,2%, el 2016 aumentó a un 13,4% y el 2019 a un 15,6%.

OBESIDAD EN EMBARAZADAS

Existió una serie estadística entre 1987 y 2004, cuando se inició el uso de la Referencia Rosso-Mardones (16) por parte del MINSAL que mostró un incremento importante de embarazadas obesas al inicio de su

embarazo de un 12% en 1987 a un 32% el 2004. El año 2005 MINSAL cambió la referencia a otra basada en Índice de Masa Corporal (IMC) por edad gestacional (17) resultando la prevalencia de obesidad en embarazadas para el 2005 en un 20,3%. Datos del 2014 del Ministerio de Salud muestran una obesidad de 27,87% y de un 33% de sobrepeso (18). Las cifras de obesidad y sobrepeso en embarazadas revelan que es imprescindible contar con un incentivo para el control adecuado del peso materno que persista más allá del parto. Esto involucra mantener en primer lugar el apoyo a la lactancia materna exclusiva por al menos 6 meses y debería incluir el diseño de guías claras sobre la mejor forma de propiciar el regreso al peso ideal durante el periodo postparto (19).

OBESIDAD EN ADULTOS

En el caso de los adultos, no existe un sistema de seguimiento anual del estado nutricional. Solo han existido estudios de corte transversal en muestras representativas de la ciudad de Santiago (20) en 1987 y 1992 que mostró un aumento de prevalencia en hombres de un 6 a 11% y en mujeres de 16 a 24% en esos cuatro años. Otro estudio realizado en Valparaíso en 1997 (21) mostró una prevalencia de obesidad de 14% en hombres y de 23% en mujeres. El primer estudio representativo en todo el país fue la Encuesta Nacional de Salud 2003 (22) que mostró una prevalencia de 22% de obesidad, 1,3% de obesidad mórbida y 38% de sobrepeso, o sea un 61,3% de la población con sobrepeso y obesidad.

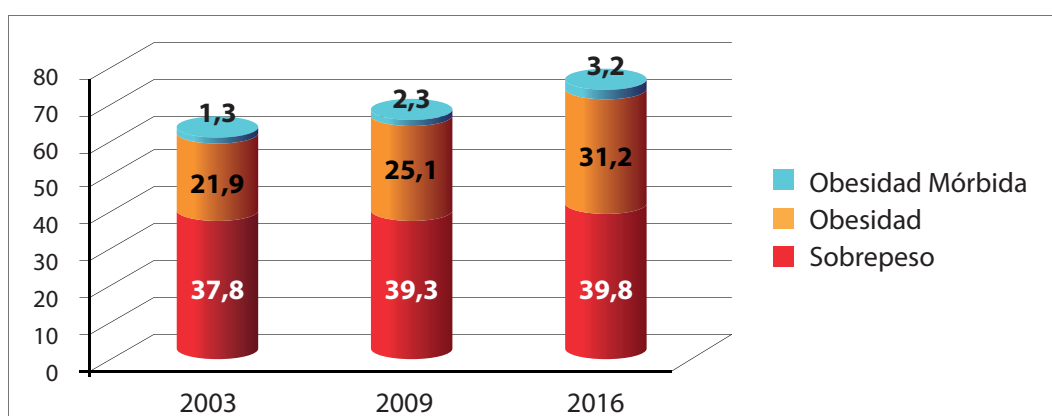
Esta Encuesta se repitió 6 años después mostrando una obesidad de 25%, sobrepeso de 39% y la obesidad mórbida se duplicó al 2,3%, llegando a un 67% de la población con sobrepeso y obesidad. Esto significa que de 6.800.000 personas con sobrepeso y obesidad el 2003 se incrementó a 8.900.000 personas el 2009. La obesidad fue mayor en las mujeres (30,7 %) que en hombres (19,2%) y es el doble en los niveles socioeconómico bajo (35,5%) que en el alto (18,5%). (Figura 1)

Además, la obesidad se incrementa con la edad, siendo de un 23% en el grupo de 25 a 44 años, de 36% en el grupo de 45 a 64 años y de 31% en el grupo mayor de 65 años.

La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (22) mostró un incremento de la obesidad aún mayor que el esperado, llegando a un 74,2% de la

población, es decir, más de 10.000.000 de personas con sobrepeso y obesidad. Lo más grave, es que el incremento de un 61% el 2003 a un 74,2% de sobrepeso y obesidad el 2016 se produce fundamentalmente con la obesidad, ya que el sobrepeso se ha mantenido cercano al 40%. En cambio, la obesidad aumentó de un 22% el 2003 a un 31,2% el 2016-2017 y lo que es peor aún, la obesidad mórbida se incrementó de un 1,3% a 3,2% en ese período, (Figura 1).

SOBREPESO Y OBESIDAD ADULTOS **Encuestas Nacionales de Salud 2003-2009-2016(%)**



2003: 61% 6.800.000 personas
2010: 67% 8.900.000 personas
2016: 74% 10.000.000 personas

OBESIDAD EN ADULTOS MAYORES

La ENS 2003 mostró que la prevalencia de obesidad en el grupo de 65 años y más era de 28% en hombres y 32% en mujeres, cifras muy semejantes a las que dio el estudio SABE realizado en Santiago de Chile el año 2000 (23). La ENS 2009 (22) mostró un 25% de obesidad en hombres y un 36% en mujeres, sin diferencias significativas con la prevalencia de obesidad en los adultos. La obesidad se incrementa con la edad, siendo de 40,2% en el grupo de 30 a 49 años, de 41,7% en el grupo de 50 a 64 años y en los mayores de 65 años se mantiene elevada en un 35,6%.

CO-MORBILIDADES DE LA OBESIDAD: DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL (24)

Como consecuencia directa del incremento de la obesidad en Chile, se duplicó la diabetes tipo 2 de un 6,3% el 2003 a un 12,4% el 2016-17, lo que significa que en Chile hay más de 1.600.000 diabéticos.

En el caso de la hipertensión arterial, a pesar de que se ha mantenido estable en un 27% en los mayores de 15 años, existen importantes diferencias con la edad: los mayores de 45 años tienen una prevalencia de 45,1% y en los mayores de 65 años aumenta a un 73,3%, es decir, tres de cada cuatro adultos mayores en Chile tienen hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

La obesidad como problema de salud pública ha continuado aumentando en Chile, sin una política que la enfrente. Esta política debería consistir en medidas estructurales (25) como impuestos a las bebidas azucaradas, subsidios para los sectores más pobres para que compren alimentos saludables como frutas, verduras, legumbres y pescado, disminuir el contenido de grasas, azúcar y sal en alimentos procesados como consecuencia de la aplicación de la Ley 20.606 o del Etiquetado (26) y aumentar la disponibilidad de frutas y verduras en establecimientos educacionales y laborales, creando “entornos saludables” (27). Sin embargo, si estas medidas se aplican sin entregar contenidos educativos de alimentación saludable ni fomentando la actividad física desde las edades más tempranas en los establecimientos educacionales, a través de su incorporación a las actividades curriculares y extracurriculares del Ministerio de Educación, no se lograrán resultados en el largo plazo (27).

REFERENCIAS

1. Vio F, Albala C, Olivares S, Andrade M. Evaluación de la variación del estado nutricional en lactantes y preescolares asistentes a Centros de Recuperación Nutricional. *Rev Chil Pediatr* 1985; 56: 223-226.
2. Albala C, Vio F, Olivares S, Andrade M. Efecto de un programa de control de la obesidad en mujeres de estrato socioeconómico bajo. *Rev Med Chile* 1986; 114:934-938.

3. Albala C, Villarroel P, Olivares S, Trufello I, Vio F, Andrade M. Dieta y lipoproteínas en mujeres obesas de nivel socioeconómico alto y bajo. *Rev Med Chile* 1989; 117:3-9.
4. Vio F, Albala C. Nutrition Policy in the Chilean Transition. *Public Health Nutrition* 2000; 3:49-55.
5. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB. Mapa Nutricional 2019.: https://www.junaeb.cl/wpcontent/uploads/2013/03/MapaNutricional2018_Junaeb_21.02.pdf
6. Popkin BM. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. *J Nutr* 2001; 131:871S–873S,
7. Salinas J, Vio F. Programas de salud y nutrición sin política de estado: El caso de la promoción de salud escolar en Chile. *Rev Chil Nutr* 2011; 38(2): 100-116.
8. Olivares S, Zacarías I, Andrade M, Kain J, Lera L, Vio F, Morón C. Nutrition education in Chilean primary schools. *Food Nutr Bull* 2005; 26 (2 Suppl 2): S179-S185
9. Kain J, Vio F, Leyton B, Cerda R, Olivares S, Uauy R, Albala C. Estrategia de promoción de la salud en escolares de Educación Básica municipalizada de la comuna de Casablanca, Chile. *Rev Chil Nutr* 2005; 32(2):126-132.
10. Kain J, Leyton B, Taibo M, Vio F. Association between socioeconomic vulnerability and height with obesity in low income Chilean children in the transition from preschool to first grade. *Ecol Food Nutr* 2014; 53:241-255.
11. Vio F, Zacarías I, Lera L, Benavides MC, Gutiérrez AM. Prevención de la obesidad en escuelas básicas de Peñalolén: Componente alimentación y nutrición. *Rev Chil Nutr* 2011; 38:268-276.
12. Vinueza D, Lera L, Salinas J, Vio F. Evaluation of a nutrition intervention through a School-Based Food Garden to improve dietary consumption, habits and practices in children from the third to fifth grade in Chile. *FNS* 2016; 7: 884-894.
13. Fierro MJ, Salinas J, Lera L, González CG, Vio del Río F. Efecto de un programa para profesores sobre cambio de hábitos alimentarios y habilidades culinarias en escuelas públicas de Chile. *Nutr Hosp* 2019;36:441-448.
14. Muzzo S, Burrows R, Cordero J, Ramírez I. Trends in nutritional status and stature among school-age children in Chile. *Nutrition* 2004; 20:867-872.
15. Agencia de Calidad de la Educación. SIMCE Educación Física. Informe de resultados Estudio Nacional Educación Física 8º básico 2015.

16. Mardones F, Rosso P. A weight gain chart for pregnant women designed in Chile. *Matern Child Nutr* 2005;1:77-90.
17. Atalah E, Castillo C, Castro R, Amparo-Aldea P. Propuesta de una nueva curva de referencia para medir estado nutricional de las embarazadas. *Rev Med Chile* 1997; 125:1429-1436.
18. MINSAL. Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el Sistema Público de Salud de Chile. 2014 Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Informe%20Vigilancia%20Nutricional%20y%20Lactancia%20Materna%20Diciembre%202014.docx.pdf>
19. Farías M. Editorial: Obesidad materna: severo problema de salud pública en Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013; 78: 409 - 412.
20. X Berríos. Tendencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas: ¿se acerca una nueva epidemia? *Rev Med Chile* 1997: 125: 1405-1407.
21. Jadue I, Vega J, Escobar MC, Delgado I, Garrido C, Lastra P et al. Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: metodología y resultados del programa CARMEN. *Rev Med Chile* 1999; 127:1004-1013.
22. Ministerio de Salud de Chile, 2017. Encuestas Nacionales de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17>
23. SABE Salud, bienestar y envejecimiento. Santiago, Chile. Albala C, García C., Lera L Nutrición Pública, INTA, U. de Chile. Con la colaboración de: Marín PP, Facultad de Medicina, PUC y Santos JL, Vio F, INTA, U. de Chile. Publicación Científica y Técnica No. 609.
24. Vio F, Kain J. Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Rev Med Chile* 2019; 147:1159-1165.
25. Margozzini P, Bambs C. Obesidad: Un problema de salud colectiva que requiere soluciones colectivas. En: Mardones F, Arnaiz P, Barja S, Rosso P., eds. *Obesidad en Chile ¿Qué podemos hacer?* Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica, Segunda Edición 2018: 353-65.
26. Ley 20.606. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Consulta/listaresultadosimple?cadena=20606>
27. Hawkes C, et al. Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet* 2015, 385:2410-2421.

CAPÍTULO 9

OBESIDAD EN EL MUNDO

ANTECEDENTES

La obesidad es una pandemia desde hace muchos años y no ha sido mirada como tal por los países ni por la población mundial. Como señala el escritor Manuel Vilas en su libro “Ordesa” (Alfaguara 2018) al referirse al padre del protagonista: “Mi padre se daba cuenta de que se estaba pasando con la comida, de que comía demasiado y estaba engordando. Su relación con la comida se volvió dañina. Le gustaba comer y le gustaba vivir. Porque el que come mucho, aunque no lo parezca, ha elegido morir: acaba eligiendo la devastación de los órganos, la explotación del intestino, la sobreexplotación del páncreas, del hígado, el estómago, del recto y del colon. A todo el mundo le sobra peso. Nos hemos acostumbrado a mirar a gente a la que le sobran siete kilos, y solo nos fijamos en personas a quienes les sobran veinte o veinticinco, o cuarenta o sesenta. Casi todo el mundo ha engordado. Incluso solo dos kilos de más son nefastos. Nos hemos olvidado de los dones del hambre”.

La obesidad continúa aumentando en el mundo en forma alarmante y también en Chile, que es uno de los países con más alta prevalencia a nivel mundial, junto con Arabia Saudita, Egipto, Estados Unidos y México (1). En el año 2015 existían 107,7 millones de niños y 603,7 millones de adultos con obesidad a nivel mundial. Desde 1980, la obesidad se duplicó en más de 70 países (2) y un tercio de la población tiene obesidad o sobrepeso. Entre 1980 y 2013 el número de personas con sobrepeso y obesidad creció de 857 millones a 2.100 millones (3). La obesidad infantil sigue aumentando en todos los grupos de edad en el mundo, lo cual es preocupante porque la mayor parte de estos niños continuarán siendo obesos en el futuro (4).

De acuerdo a la última información disponible de Estados Unidos, la prevalencia de obesidad en ese país aumentó de 30,5% en 1999-2000 a 39,6% el 2015-2016 (5), incremento semejante al de Chile que fue de un 23,2% el 2003 a un 34,4% el 2016-2017 (1).

OBESIDAD Y SUS CONSECUENCIAS

Las consecuencias de la obesidad incluyen las enfermedades cardiovasculares, cánceres, demencia, asma, enfermedades hepatobiliares, diabetes y enfermedades renales (6). La prevalencia de obesidad continúa aumentando en todos los países del mundo, con más de 1 millón de muertes debidas a diabetes 2, medio millón a enfermedades renales relacionadas con diabetes y 180.000 a enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, por sus siglas en inglés) y esteatohepatitis no alcohólica (NASH), que es una forma de hígado graso no alcohólico en la que junto con acumularse grasa en el hígado hay inflamación y lesiones de células hepáticas, que se relaciona con cáncer de hígado y cirrosis. La esteatohepatitis no alcohólica (NASH) se debe a la resistencia a insulina derivada de la obesidad y puede estar presente en 10% a 35% de la población adulta global (7).

La otra enfermedad que está aumentando en el mundo es el cáncer relacionado con dieta y obesidad, superando a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte en países de ingresos altos, como lo demostró el estudio Prospective Urban and Rural Epidemiology (PURE) (8). Después del tabaco, la dieta y obesidad han sido consideradas como los principales factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Sin embargo, en el último tiempo la obesidad ha superado al tabaco como primer factor de riesgo para el cáncer, como sucedió en Gran Bretaña (9). Una publicación reciente señala que el sobrepeso y la obesidad superan actualmente al tabaco como causa del cáncer en el Reino Unido en 1900 casos al año de cáncer de colon, 1400 de riñón, más de 460 de ovario y 180 de hígado.

Si el sobrepeso y la obesidad siguen aumentando en el Reino Unido, en los próximos 25 años va a sobrepasar al tabaco como la causa prevenible más importante de cáncer en la mujer (10).

OBESIDAD Y AUMENTO DE LA MORTALIDAD EN EL MUNDO

El aumento de la prevalencia de la obesidad en el mundo podría explicar por qué las muertes por enfermedades cardiovasculares no estén disminuyendo en Australia, Austria, Brasil, Alemania, Holanda, Gran Bretaña y USA (11). Además, existe preocupación de que la mortalidad pueda estar aumentando por primera vez desde 1970 (12).

Esto ha creado alarma a nivel mundial y tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13) como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) han señalado en reiteradas oportunidades su preocupación frente al problema. Recientemente la FAO estableció un sistema para monitorear y evaluar el avance en los países para controlar el sobrepeso y la obesidad, por ser “el problema más desafiante de salud pública a nivel mundial, que afecta a una de cada tres personas en el mundo” (14).

OBESIDAD EN NUEVA ZELANDA Y LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Nueva Zelanda ha sido considerado un país modelo en muchos aspectos por su alto nivel de desarrollo, cohesión social y programas de educación, salud y nutrición. Sin embargo, sus niveles de obesidad son altos, semejantes a los de Chile. La encuesta de Salud más reciente (15) muestra que la prevalencia de obesidad en mayores de 15 años aumentó de un 27% el 2006/7 a un 30,9% el 2019, lo que corresponde a 1.22 millones de adultos. En niños y adolescentes de 2-14 años la prevalencia es de 11,3%, la que no ha cambiado desde el 2011. Sin embargo, en la población adulta Maorí la obesidad es de un 47%. Sin embargo, los adultos y niños que viven en los barrios más pobres fueron significativamente más obesos que aquellos que viven en los barrios menos deprivados socioeconómicamente, después de ajustar por edad, género y diferencias étnicas.

Pero donde la obesidad alcanza prevalencias alarmantes es en las Islas del Pacífico cercanas a Nueva Zelanda (16). Estas son pequeñas islas que tienen una población de 11 millones de habitantes en 22 naciones y territorios con más de 25.000 islas e islotes, que presentan las más altas tasas de obesidad y diabetes en el mundo que llegan al 65% en obesidad y cercana al 40% en diabetes, así como de otras (ECNT). En 2017, el 80%

de las muertes en la región se atribuyó a ECNT. Además, existen serios problemas de salud mental, accidentes y violencia, especialmente contra la mujer.

Es así como la expectativa de vida se ha reducido y va desde 58 años para un hombre en Papua Nueva Guinea, hasta 72 años en Tonga. Actualmente existe una intervención de Naciones Unidas en cuatro aspectos: dieta saludable, tabaco y alcohol, mejorar la eficiencia del sector salud, especialmente en promoción y prevención y fortalecer la efectividad de los programas. Las islas que mejor han implementado estos programas son Samoa, Tonga y Palau por un fuerte liderazgo político y gobernanza y lo que más destaca son los programas de prevención de la obesidad infantil (17) y el cumplimiento del objetivo del “Pacífico Libre de Tabaco” para el 2025.

POLÍTICAS MUNDIALES CONTRA LA OBESIDAD

El crecimiento económico ha llevado a un aumento del consumo en general y de alimentación en particular, lo cual ha sido estimulado por las empresas de alimentos que han incrementado la variedad de productos procesados y ultra-procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal, los cuales son muy atractivos y apetitosos, lo que incide en el aumento de su consumo a nivel mundial (18). Esto ha ido acompañado de una publicidad sumamente atractiva que llega a todos los hogares para aumentar sus ventas y ganancias, aun cuando sea en detrimento de la salud de las personas (19).

La OMS plantea que para enfrentar la obesidad en el plano individual se requiere limitar la ingesta energética procedente de grasa total y de azúcares; aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos, y realizar una actividad física periódica de 60 minutos diarios para los niños y adolescentes y 150 minutos semanales para los adultos (13).

También se ha planteado implementar un sistema de impuestos a alimentos con exceso de grasa, azúcar y sal y entregar subsidios a alimentos saludables como frutas y verduras (20). Además, se propone regular la publicidad, monitorear y evaluar las intervenciones y promover la actividad física. Todas estas propuestas son razonables y pueden implementarse en los países, pero requieren de voluntad política que no está siempre

presente. Además, a diferencia del tabaco que contó con una Ley Marco contra el Tabaco a nivel mundial, aprobada e implementada por Naciones Unidas en todo el mundo, en alimentos no ha existido una Ley Marco a nivel mundial que prohíba o regule el consumo de alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal, así como el consumo de bebidas o jugos azucarados. Esto se ha intentado en numerosas oportunidades, pero se ha enfrentado al lobby de las transnacionales de alimentos y bebidas que se han opuesto a los intentos de los gobiernos para regular las actividades comerciales o modificarlas a través de políticas fiscales, tales como los impuestos a bebidas azucaradas o cambiar los subsidios agrícolas (21).

El interés mundial en este tema existe, pero no se ha podido llevar a efecto, como lo expresa el relator especial de Naciones Unidas para la Alimentación, quién señalaba el 19 de mayo del 2015: “Las dietas poco saludables son un riesgo mayor para la salud que el tabaco”, agregando que “de la misma manera que el mundo se ha unido para regular los riesgos del tabaco, debe llegarse a un acuerdo marco sobre dietas adecuadas”.

CONCLUSIONES

Enfrentar la obesidad es un tema complejo por su multifactorialidad. Existe consenso y está demostrado que se puede actuar sobre alimentación y actividad física para beneficiar a la población (22). Pero esto es difícil de realizar por la falta de reconocimiento de la gravedad de esta patología y sus consecuencias por parte de las autoridades, empresarios, grupos de interés y de la misma población que no exige políticas públicas para enfrentarla, en contraste con lo sucedido con VIH/SIDA que ha tenido una amplia movilización a nivel mundial (23).

En resumen y de acuerdo a The Lancet Commission Report 2019 (21) la obesidad está aumentando en todos los países del mundo en las últimas cuatro décadas y ningún país ha tenido éxito en frenar este aumento. Las políticas propuestas en los últimos 15 años por la OMS no han tenido éxito por la oposición y lobby de la industria mundial de alimentos y bebidas. Por otra parte, no existe la suficiente demanda por parte de la población para enfrentar la obesidad, a diferencia de lo sucedido con el VIH/SIDA y para los gobiernos no es un problema urgente que es dejado de lado por otros temas. Esta inercia existe, a pesar de los enormes costos en salud que significa la obesidad y diabetes.

REFERENCIAS

1. Vio F, Kain J. Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Rev Med Chile* 2019; 147:1159-1165.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017) Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390:2627-2654.
3. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1923–94.
4. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17:95–107.
5. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief.* 2017; (288):1-8.
6. 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *NEJM* 2017; 377: 13–27.
7. Younossi Z, Anstee QM, Marietti M, Hardy T, Henry L, Eslam M et al. Global burden of NAFLD and NASH: trends, predictions, risk factors and prevention. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2018; 15: 11-20.
8. Dagenais GR, Leong DP, Rangarajan S et al. Variation in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* 2020, 395: 785-794.
9. Cancer Research UK. Cancer in the UK 2019 https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/state_of_the_nation_april_2019.pdf
10. Cancer Research UK,: When could overweight and obesity overtake smoking as the biggest cause of cancer in the UK? London: CRUK, September 2018.
11. Roth GA, Nguyen G, Forouzanfar MH, Mokdad AH, Naghavi M, Murray CJ. Estimates of global and regional premature cardiovascular mortality in 2025. *Circulation* 2015; 132: 1270–82.
12. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.

13. Organización Mundial de la Salud. Obesity and overweight. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
14. FAO. América Latina y el Caribe. 2016 Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Publicado por: la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud, Santiago, 2017.
15. New Zealand Ministry of Health. Tier 1 statistics 2018/19: New Zealand Health Survey. <https://www.health.govt.nz/publication/tier-1-statistics-2017-18-new-zealand-health-survey>
16. Editorial. Saving the Pacific islands from extinction. www.thelancet.com, 2019, 394:359.
17. Sobers N, Samuels TA. Diet and childhood obesity in small island developing states. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3: 445-447.
18. Cediel G, Reyes M, da Costa Louzada ML, Martínez Steele E, Monteiro CA, Corvalán C, et al. Ultra-processed foods and added sugars in the Chilean diet (2010). *Public Health Nutr* 2018; 21:125-33.
19. Olivares S, Zacarías I, González CG. Motivaciones y barreras de los niños chilenos; amenazas y oportunidades para la implementación de las Guías Alimentarias Chilenas del 2013. *Nutr Hosp* 2014;30:260-6.
20. Pearson-Stuttard J, Bandosz P, Rehm CD, Penalvo J, Whitsel L, Gaziano T, et al. () Reducing US cardiovascular disease burden and disparities through national and targeted dietary policies: A modelling study. *PLoS Med* 2017, 14(6): e1002311. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed>.
21. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. www.thelancet.com Published online January 27, 2019.
22. US Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults. *JAMA*. 2018; 320:1163-71.
23. Bayer R, Kirp D. AIDS in the Industrialized Democracies. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1992.

CAPÍTULO 10

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ENFRENTAR LA OBESIDAD EN CHILE

ANTECEDENTES

Como relata García Márquez en “Cien Años de Soledad” (Ed. Sudamericana, 1967), “el Coronel Aureliano Buendía promovió treinta y dos levantamientos armados y los perdió todos”. En Chile se han realizado un gran número de iniciativas para detener el aumento de la obesidad desde la década del 90 en adelante, sin resultados hasta el presente. En gran medida esto ha sucedido porque la obesidad no ha sido considerada como prioridad por las autoridades políticas ni por la sociedad en su conjunto, con lo cual no existe una política pública de largo plazo para enfrentar el problema, a pesar de su alta prevalencia en adultos y muy especialmente en niños, donde la obesidad infantil está aumentando (1).

Según datos del Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) (2), que se miden en primer año básico (6 a 7 años), la obesidad en niños ha aumentado de un 7,5% en 1987 a un 24,4% el 2019. Datos de estudios realizados por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, muestran que la obesidad en ese grupo de edad continúa aumentando en los últimos 3 años a cifras cercanas al 30% (3,4). Esto es de gran trascendencia para el futuro del país, ya que las primeras tres causas de altas hospitalarias (más del 50 por ciento) son por hipertensión arterial, diabetes y obesidad, las tres directamente relacionadas con la alimentación (5).

Frente a esta problemática han existido diversas políticas públicas para promover una alimentación saludable y actividad física desde la

década del 90 y en todas ha participado el INTA, como son VIDA CHILE o Consejo Nacional de Promoción de Salud (1998-2005); la Estrategia Global contra la Obesidad o EGO Chile (2006-2010); NutriRSE, de Acción RSE (2006-2015), apoyado por empresas privadas, Elige Vivir Sano 2011-2014 y finalmente la Ley del Etiquetado (2016 en adelante), pero sin continuidad en el tiempo que permitiese tener resultados.

En el presente, no existen políticas públicas continuas en alimentación y nutrición para enfrentar la obesidad en ninguno de los sectores: Salud está dedicado a la atención médica curativa de la población siendo su pilar el Plan AUGE que es curativo, y está centrado en la construcción de hospitales, centros de salud, servicios de urgencias, dotar de médicos especialistas a la atención primaria, entregar medicamentos y reformar la Ley de Isapres. A esto se agrega el enfrentamiento de crisis sanitarias como consecuencia de catástrofes y la pandemia del Coronavirus el 2020.

El Ministerio de Educación (MINEDUC) está inmerso en una reforma que tiene como norte mejorar la equidad y calidad de la educación, sin considerar como prioritarios temas tan importantes como la convivencia escolar (6) ni la alimentación saludable para prevenir la obesidad infantil (7).

Desarrollo Social tiene como foco disminuir la desigualdad y pobreza, a través de cambios estructurales promovidos desde el Estado. Actualmente existe el Sistema Elige Vivir Sano (8) que está radicado en la Subsecretaría de Servicios Sociales de ese Ministerio, donde se realizan acciones en pro de la alimentación saludable y prevención de la obesidad, pero con recursos limitados y sin la prioridad que el tema merece.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE HAY QUE ABORDAR

Entonces, cabe preguntarse cuáles son las posibles causas de que la obesidad continúe aumentando en el país. Las más relevantes, entre muchas otras, son:

Carencia de voluntad política y apoyo de la población para tener una política consistente y continua, con objetivos claros y definidos, como la que se tuvo para enfrentar la desnutrición.

Hasta ahora las políticas han sido por períodos de corta duración, se han discontinuado y cambiado al inicio de cada nuevo gobierno, pero sin tener la prioridad necesaria para avanzar en un tema complejo, difícil de enfrentar y sin resultados en el corto plazo. El caso contrario fue el de la desnutrición, donde se logró establecer una política en los 60 que se implementó desde los 70 en tres niveles: prevención primaria en la red de consultorios del Servicio Nacional de Salud con entrega de leche en los controles de salud para todos los niños beneficiarios, que eran más del 80% del total. Aquellos niños que ya tenían desnutrición leve o estaban en riesgo de desnutrir, eran atendidos en forma más frecuente y recibían más alimentos, y los desnutridos moderados o severos eran atendidos en centros especializados para rehabilitar desnutridos. Además, se logró concitar el apoyo nacional solidario ante un tema considerado como inaceptable para la sociedad, como era la desnutrición. Esto es lo que no ha sucedido en el caso de la obesidad, en que la población no lo considera un problema y por lo tanto no exige políticas para enfrentarla, a diferencia con lo que sucede con otros temas como VIH/Sida, fibrosis quística, enfermedades catastróficas de alto costo, con grupos organizados que han exigido respuesta por parte del Estado. Tampoco las clases dirigentes ven la obesidad como una amenaza, por lo cual no proponen leyes ni medidas de largo plazo y más bien evitan un problema que es complejo, sus soluciones son a largo plazo y no es atractivo para la población en general.

Inexistencia de políticas de educación en hábitos de alimentación saludable y de su relación con la salud de las personas.

El sistema educacional chileno no considera la educación en alimentación y nutrición como tema educativo. A pesar de que la JUNAEB entrega alimentación a 1.800.000 niños, no se hace educación en alimentación saludable y este tema tampoco está en el currículo y no aparece mencionado en los Objetivos Fundamentales Transversales (OFT), ni en las Bases Curriculares con sus Objetivos Mínimos de Aprendizaje (7). Recién el año 2012 se aprobó la asignatura Educación Física y Salud (9), que en su eje Vida Activa y Saludable reconoce que debe educarse en higiene, alimentación saludable y cuidado corporal como hábitos esenciales para la práctica segura de la actividad física, lo cual abrió una oportunidad para incorporar contenidos en alimentación y nutrición. Sin embargo, esta asignatura no se cumple en la práctica diaria de las escuelas por falta de recursos (profesores de educación física), de tiempo y de prioridad asignada por los directores.

En el resto de las normativas de actividades escolares, como son el Plan de Desarrollo Educativo Municipal (PADEM), en los Planes de Mejoramiento Educativo de la Ley SEP, ni en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) de cada escuela, Reglamento Interno y de Convivencia Escolar, de Centros de Alumnos o Centros de Padres, no aparece el tema de alimentación y nutrición (7), a pesar de ser un tema permanente que está presente en desayunos y almuerzos que entrega JUNAEB, los kioscos escolares, las colaciones que llevan los alumnos y la alimentación que se consume en reuniones, fiestas, aniversarios y eventos escolares. Mientras no exista un componente de alimentación saludable en el sistema educativo, es muy difícil que la población cambie sus hábitos hacia una alimentación sana.

Participación de la familia en educación en alimentación y hábitos saludables de los hijos

Aun cuando se logre educar a los niños en jardines infantiles y escuelas, esto puede perderse si no se incorpora la alimentación en la familia. Los actuales padres eran niños en el período 1982-86 cuando se produjo la crisis económica con altísimo desempleo (25% en programas de empleo mínimo PEM y POJH y 27% desocupación abierta), con lo cual se tenía a más de un 50% de la población con falta de ingreso para tener una alimentación mínimamente aceptable. En ese período, los niños sufrieron carencias alimentarias, pero al crecer y aumentar los ingresos compensaron esas carencias con el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, apoyados por la aparición y crecimiento de cadenas de comida rápida y alimentos procesados propios del modelo de alimentación “occidental”. Esos niños que sufrieron carencias y luego se adecuaron al modelo de comida rápida y sabrosa, con alto contenido de azúcar, grasas y sal, traspasan dicho modelo a sus hijos y además no quieren que tengan ninguna carencia como las que ellos tuvieron y les dan todo lo que piden. Ante cualquier situación difícil con los hijos, estas se resuelven comiendo alimentos muy poco saludables.

Si antes comer un completo, papas fritas o hamburguesa, junto a un helado, bebida gaseosa o confites era una excepción y se hacía a lo más una vez a la semana, hoy se hace diariamente con los hijos. Esto se agrava con la caída de la natalidad, que hace que las familias tengan uno o dos hijos, al que se le da todo lo que se puede de acuerdo a sus recursos.

Es por ello fundamental que los padres sean incorporados en todas las actividades educativas relacionadas con la alimentación saludable.

MODELO ECONÓMICO QUE PROMUEVE EL CONSUMO

El crecimiento económico ha llevado a un aumento del consumo en general, y de comida rápida en particular, lo cual ha sido estimulado por las empresas de alimentos que han incrementado la variedad de productos cada vez más apetecibles, con alto contenido de grasas, azúcar y sal, atractivos y llamativos para aumentar el consumo, acompañados de una costosa e inteligente publicidad que entra en todos los hogares para aumentar sus ventas y ganancias, aun cuando vayan en detrimento de la salud de las personas. En Chile, esto se vio facilitado por el crecimiento económico e incremento del ingreso, y por ende de la demanda de la población en la década del 90, que pedía alimentos altamente calóricos para satisfacer sus necesidades, después de un largo período de carencias y deficiencias nutricionales provocadas por la crisis económica del 82-86. Esta demanda no ha disminuido, sino aumentado en los últimos años, por el incremento del ingreso y expectativas de las personas, la necesidad de tener satisfacciones inmediatas ante las frustraciones del día a día, como la que pueden dar alimentos no saludables que tienen una amplia y permanente publicidad en los medios de comunicación, que no tiene contrapeso de una oferta ni publicidad de alimentos más saludables, como son las frutas, verduras, pescados y lácteos sin grasa, que se consumen muy poco en el país (10).

POSIBLES SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS PLANTEADOS

Ante un problema tan complejo como el de la obesidad, en el cual ningún país del mundo puede mostrar éxitos, no existe una política clara por parte del Estado. Sin embargo, existen soluciones en el mediano y largo plazo si logramos enfrentar en forma adecuada algunos elementos de los cuatro factores señalados anteriormente desde la perspectiva de las políticas públicas.

POLÍTICA DE LARGO PLAZO CON REGULACIONES ADECUADAS

Lo primero, es lograr consensuar una política a largo plazo con regulaciones adecuadas, respaldo y prioridad política, objetivos y metas claras que sean medibles en el tiempo. Para ello la existencia de una Ley con apoyo legislativo transversal, como es la 20.670 que crea el Sistema Elige Vivir Sano, es un avance. Al aprobar esta Ley, los legisladores estaban pensando, precisamente, en dotar de un marco legal y normativo a las políticas públicas que se habían hecho en forma voluntarista en el pasado. Si es necesario, esta Ley puede modificarse, como ha sucedido con la Ley del Tabaco y la Ley de Alcoholes. Esta política debería ser desde el más alto nivel con un equipo directivo público-privado-académico-comunidad que trascienda los gobiernos. Para ello se ha propuesto crear una Comisión Presidencial, como las que han sido convocadas para la previsión, Isapres, probidad y otros temas, de la cual salgan las directrices de lo que debe hacerse y los proyectos de ley que le den respaldo legal y presupuestario.

INCORPORAR LA EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL MINEDUC

Lo segundo es incorporar la alimentación saludable en la Reforma Educacional, para que sea considerado en cada una de las instancias en que la alimentación irrumpe diariamente en el proceso educativo. Esto significa incorporarlo al currículo desde la pre básica, pero también incorporar en toda la normativa escolar temas tan importantes como son las regulaciones de las colaciones y kioscos y puntos de venta alrededor de los establecimientos educacionales para que sean saludables, regular la comida de reuniones, celebraciones, festividades y eventos, junto con mejorar la dieta de JUNAEB, especialmente mediante el aumento de la entrega de frutas, verduras y otros alimentos saludables. Esto debería estar en cada Proyecto Educativo Institucional (PEI) y en los reglamentos de convivencia escolar, de centros de padres y alumnos.

En este sentido, un avance lo constituye el Plan contra la Obesidad Estudiantil o Contrapeso, iniciado por JUNAEB el año 2017 (11). Sin embargo, el Ministerio de Educación no ha impartido normativas al interior de los colegios y no tiene posibilidad de fiscalizar no solo los kioscos, sino

también las colaciones que los niños traen de sus casas, el contrabando y venta al interior y exterior de los establecimientos. Por consiguiente, se requiere con urgencia un compromiso del MINEDUC para considerar estos temas como prioritarios en la agenda educativa del país.

INCORPORAR A LOS PADRES EN EL PROCESO EDUCATIVO EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE

En tercer lugar, hay que incorporar a los padres en el proceso educativo en alimentación y nutrición desde las escuelas, pero también mejorando la alimentación y su educación nutricional en los lugares de trabajo. Así como existe un exitoso programa de prevención de accidentes laborales, en todas las empresas debería existir un programa de prevención de riesgos en salud, fomentando la alimentación saludable, la actividad física, dejar de fumar, beber en forma moderada y tener hábitos de vida saludables. Este programa debería estar liderado por un profesional encargado, así como la prevención de riesgos está a cargo de un “prevencionista” en salud ocupacional.

Si se trabaja con los padres, simultáneamente desde la escuela y en el lugar donde pasan la mayor parte del día que es donde trabajan, se puede conseguir a largo plazo un cambio de hábitos hacia una alimentación saludable en la familia.

Encuestas del INTA, Universidad de Chile, muestran que 20 por ciento de los niños toma doble desayuno y un 40 por ciento almuerza en el colegio y en su casa (4,12). Esto depende de los padres y debería enfrentarse con una alianza educativa colegio-familia. Cerca de un 30 por ciento de los almuerzos de JUNAEB son rechazados por los alumnos, los que se entregan en comedores que son de la escuela, con un encargado de la supervisión, donde debería hacerse educación. A nivel mundial se ha demostrado que para cambiar hábitos de alimentación, lo más eficaz es que niños y padres aprendan a cocinar saludable, lo que junto a huertos escolares, debería educarse en la escuela (13).

CUMPLIMIENTO EFECTIVO DE LA LEY 20.606 DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y SU PUBLICIDAD

Existe la Ley 20.606 de composición de alimentos y su publicidad, que tiene como objetivo regular alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, limitando su publicidad en menores de 14 años y promoviendo la alimentación saludable en establecimientos educacionales (Artículos 4º y 6º) (14). Esta Ley ha producido un amplio debate en la sociedad sobre el rol de las empresas de alimentos en la producción, comercialización y publicidad de alimentos, creándose la oportunidad para que estas empresas modifiquen sus productos y cambien la oferta hacia la producción y comercialización de alimentos más saludables para la población. Pero esta Ley actúa sobre la oferta y si la demanda por alimentos no saludables se mantiene en la población, sus resultados serán escasos y parciales.

Por lo tanto, debemos actuar también sobre la demanda en padres y niños modificando su consumo y estimulando la compra de alimentos más saludables, y así las empresas se verán obligadas a modificar su oferta y publicidad actual de alimentos. Con todo ello, podríamos avanzar hacia un mejoramiento de la obesidad infantil.

VALORAR Y VOLVER A LA ALIMENTACIÓN ANCESTRAL EN BASE A FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES Y PESCADO

Con los cambios socioeconómicos y culturales del modelo de crecimiento económico con segregación social que nos hizo trabajar más horas al día y usar más tiempo en transporte, dejamos de comer platos tradicionales como cazuela, charquicán, pescados, legumbres, frutas y verduras y los reemplazamos por comidas a deshoras y alimentos ultra procesados tipo “snacks”. Con la cuarentena derivada del Coronavirus, hemos regresado a la cocina y valorado además nuestros productos naturales como frutas y verduras que nunca han faltado gracias a la extraordinaria cadena desde agricultores a consumidores que tenemos en Chile. Esto debe persistir en el tiempo y acostumbrarnos a pasar tiempo en familia, donde cocinar es un elemento muy importante que debemos potenciar con preparaciones saludables.

CONCLUSIONES

Es cierto que han existido campañas públicas y privadas en pro de una alimentación saludable en el país, con avances reconocidos, como el conocimiento que tiene hoy día la población acerca de lo que es una alimentación saludable gracias a la enorme difusión de las Guías Alimentarias Chilenas desde 1995. Desafortunadamente, a pesar del conocimiento de la población, esto no se ha transformado en un cambio real de hábito. Cualquier avance se pierde rápidamente cuando el tema desaparece de la agenda pública, como ha sucedido en la actualidad, siempre superada por otros temas de la coyuntura. Por ello hacemos un llamado a retomar el tema con una política de Estado que pueda enfrentarlo, y guardando las distancias de tiempo y contexto, al igual que como se hizo en el pasado frente al tema de la desnutrición.

REFERENCIAS

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017) Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390:2627-54.
2. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Elige Vivir Sano, Contrapeso. Mapa Nutricional 2018. Resumen Estado Nutricional. Disponible en: https://www.junaeb.cl/wpcontent/uploads/2013/03/MapaNutricional2018_Junaeb_21.02.pdf
3. Vinueza D, Lera L, Salinas J, Vio F. Evaluation of a Nutrition Intervention through a School-Based Food Garden to Improve Dietary Consumption, Habits and Practices in Children from the Third to Fifth Grade in Chile. *Food and Nutrition Sciences FNS* 2016, 7: 884-894.
4. Fierro MJ, Salinas J, Lera L, González CG, Vio del Río F. Efecto de un programa para profesores sobre cambio de hábitos alimentarios y habilidades culinarias en escuelas públicas de Chile. *Nutr Hosp* 2019; 36:441-448.
5. MINSAL, Anuario Consultas y Hospitalizaciones. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf>

6. Arón AM, Milicic N, Sánchez M, Subercaseaux J. Construyendo juntos: claves para la convivencia escolar. Agencia de Calidad de la Educación 2017. Impreso en RR Donnelly Chile Ltda.
7. Salinas J, Correa F, Vio F. Marco normativo para promover una alimentación saludable en escuelas básicas de Chile. Rev Chil Nutr 2013; 40:274-282.
8. Ley N° 20.670, Crea el Sistema Elige Vivir Sano, Biblioteca del Congreso de Chile.
9. Asignatura Educación Física y Salud (Decreto 433 del 19 diciembre 2012).
10. Ministerio de Salud de Chile, 2017. Encuestas Nacionales de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17>.
11. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) Contrapeso: Plan Contra la Obesidad Estudiantil <https://www.junaeb.cl/contralaobesidad/>
12. Vio F, Lera L, González CG, Yáñez M, Fretes M, Montenegro E, Salinas J. Consumo, hábitos alimentarios y habilidades culinarias en alumnos de tercero a quinto año básico y sus padres. Rev Chil Nutr 2015; 42: 374-382.
13. Hawkes C. et al. Smart Food policies for obesity prevention. The Lancet 2015, 385: 2410-2421.
14. Ley 20.606 de Composición y Publicidad de los Alimentos, Biblioteca del Congreso de Chile.

CAPÍTULO 11

ESTALLIDO SOCIAL Y SALUD

ANTECEDENTES

“...y más, que mientras se duerme todos son iguales, los grandes y los menores, los pobres y los ricos, y si vuestra merced mira en ello, verá que sólo vuestra merced me ha puesto en esto de gobernar, que yo no sé más de gobiernos de ínsulas que un buitre; y si se imagina que por ser gobernador me ha de llevar el diablo, más me quiero ir Sancho al cielo que gobernador al infierno”.

(De los consejos segundos que dio don Quijote a Sancho Panza, Don Quijote de la Mancha, Edición Conmemorativa IV Centenario).

El 18 de octubre 2019 cambió súbitamente la situación del país con lo que se ha denominado “estallido social” (1). El detonador fue un alza de 30 pesos chilenos en la tarifa del metro, lo que desencadenó la peor crisis social desde el regreso de la democracia en 1990. Desde el inicio se agregaron a las protestas por las tarifas de la movilización colectiva todas las demandas acumuladas en los últimos 30 años (“no son 30 pesos, son 30 años” era lo que se escuchaba en las manifestaciones) y no resueltas por los gobiernos democráticos como pensiones, salud, educación, salario, trabajo, pero como telón de fondo están las profundas desigualdades del país como consecuencia del modelo económico heredado de la dictadura militar (2), donde el ingreso de los más ricos es 25 veces mayor que los más pobres (3). Una de las mayores demandas está relacionada con la desigualdad en salud, como ha sido establecido por diferentes publicaciones nacionales (4) e internacionales (5). Además, salud ha estado en las tres prioridades de la

población, junto con educación y desempleo, con una insatisfacción que ha ido aumentando progresivamente en el tiempo, siendo su punto más alto el 2014: solo uno de cada cuatro chilenos informó estar satisfecho y un 44% dijo que no estaba satisfecho con el sistema de salud. Sin embargo, la satisfacción fue mayor en los afiliados al sistema privado que en el público (6).

A pesar de los excelentes indicadores de mortalidad infantil, materna, desnutrición y enfermedades infecciosas alcanzado por Chile hasta la década del 90, el enfrentamiento de la post transición epidemiológica -con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y accidentes, a las que se agregan las enfermedades degenerativas, neurológicas y demencias, problemas musculo esqueléticos y de salud mental (7)- ha sido deficiente, sin lograr resolver la creciente demanda de atención de salud de la población (8). Esto se manifiesta en la práctica en “un sentimiento de incertidumbre y de ansiedad cuando una persona se enferma, de que el sistema no va a responder como se necesita” (1).

SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Chile tiene un sistema de salud dividido: la mayor parte de la población (80%) está cubierta por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el 18% restante por un sistema de aseguramiento privado que son las Instituciones de Salud Previsional o Isapres, que atienden a la población de mejores recursos. Ambas se financian con el 7% de los salarios, lo que hace que el sector Isapres se lleve la mayor parte por concentrar las personas de mejores ingresos y menores riesgos de salud. En cambio, FONASA se queda con las personas más vulnerables, de menores ingresos, mayor edad y más patologías, por lo cual el sistema público debe ser subsidiado por aportes estatales permanentes provenientes de impuestos generales (9).

Por lo tanto, FONASA está crónicamente desfinanciado, lo que lleva a escasez de médicos especialistas, camas hospitalarias, insumos y medicamentos. Como ejemplo, solo el 44% de los médicos trabajan en el sistema público y el resto lo hace en el sector privado. Como consecuencia, los pacientes de FONASA tienen largas listas de espera para cualquier atención ambulatoria o cirugía. Además, la atención primaria en salud (APS) depende de los municipios, lo cual la hace muy variable dependiendo de las condiciones locales de cada municipio, con mucha irregularidad en su administración por los frecuentes cambios de alcaldes y otras autoridades

municipales (10). Entonces, como la APS es ineficiente para solucionar los problemas en el nivel local, las personas deben acudir a los servicios de urgencia y hospitales públicos que están permanentemente colapsados.

Al no ser atendidos en forma oportuna y eficaz, muchas personas deben acudir al sector privado, lo que aumenta el gasto privado en salud, que corresponde a un tercio del gasto en salud (33%) que va a medicamentos, médicos y salud oral (6), siendo el sistema de salud chileno el de mayor gasto privado de la Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), donde Chile ingresó como primer país de América del Sur el año 2010 (11).

REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD

Como respuesta a lo anterior, durante mucho tiempo se ha planteado reformar el sistema de salud, pero ello se ha restringido a “la reforma de las Isapres”, con dos Comisiones Presidenciales dedicadas al tema, para tener un seguro único de salud y seguros privados complementarios, pero nunca se ha llegado a acuerdo ni siquiera para hacer una propuesta al Congreso.

Más largo aún sería esperar una Reforma Constitucional para eliminar o restringir al sistema privado garantizado por la actual constitución como “un acceso igualitario a la salud”, según el cual “cada persona tiene derecho para elegir el sistema de salud que prefiera, ya sea estatal o privado”, lo cual en la práctica es imposible por las enormes diferencias de ingresos. Reformar la constitución significa un largo proceso que debió iniciarse con un plebiscito el 26 de abril 2020, pero que quedó postergado por la epidemia del Coronavirus.

Una forma de enfrentar el tema de las desigualdades en salud fue la Ley AUGE del 2005, que privilegia un número de 86 enfermedades prioritarias. Sin embargo, esta ley no ha disminuido las listas de espera ni la desigualdad en la atención de salud, al dejar fuera un gran número de enfermedades que no estaban en las 86 seleccionadas, las que en la práctica quedan postergadas indefinidamente de la atención médica, con esperas de varios años.

Como consecuencia del “estallido social” el gobierno se comprometió a una serie de medidas de corto plazo como un seguro de salud catastrófico, seguros para cubrir gasto en medicamentos, convenios con farmacias para

reducir su costo y compra masiva por el gobierno a través de su Central de Abastecimiento o CENABAST para repartir en farmacias y servicios de salud y así abaratar precios. Sin embargo, todas estas medidas requieren el acuerdo del sector privado y la aprobación del Congreso de la República, lo que no ha sucedido después del conflicto y es difícil que suceda en el futuro por la crisis que ha significado la pandemia del Coronavirus.

ESTALLIDO SOCIAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD

En el análisis de causas y consecuencia el estallido social, no aparece el tema de promoción ni de prevención de salud. Esto demuestra una vez más la falta de prioridad que tanto las autoridades como la sociedad civil dan a estos temas, ya que no consideran como prioritarios los temas de alimentación, actividad física, tabaco y alcohol, como se señala en el Capítulo 4. Tampoco aparecen los temas de salud mental (12), altamente relevantes en un país con las más altas prevalencias de problemas de salud mental en el mundo, en especial depresión y consumo de drogas, lo cual quedó en evidencia en el “estallido social”, durante el cual se incrementó notablemente el tráfico y consumo de estupefacientes, relacionado muchas veces con la violencia irracional que se observó en muchos casos. Días antes del estallido se hicieron controles de alcohol y droga a los automovilistas y uno de cada cuatro automovilistas testeados resultaron positivo para marihuana, cocaína o psicotrópicos del tipo anfetaminas.

En ninguna de las soluciones planteadas aparecen estos temas, e incluso en un artículo reciente sobre la reforma en salud después de la crisis social (13) no se menciona la promoción de salud y la palabra prevención aparece una sola vez.

Lo anterior es muy grave, porque significa que no estamos enfocando los problemas de salud desde su causalidad, sino únicamente estamos tratando las consecuencias de los pésimos hábitos alimentarios y de actividad física de la población chilena, que la han llevado a las tasas más altas de obesidad en el mundo y sus consecuencias en diabetes, hipertensión y ECNT, así como los altos niveles de tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y drogas y problemas de salud mental.

EL POPULISMO EN SALUD

Mucho se ha escrito últimamente acerca del populismo en política, entendiéndose por tal “la tendencia política que pretende prestar atención especial a los problemas de las clases populares”, pero en un sentido peyorativo. Entonces, la pregunta que hay que hacerse es: ¿cuándo comenzó el populismo en salud en Chile?

La respuesta no es fácil, pero se pueden aventurar hipótesis de que por pretender dar satisfacción inmediata a la demanda de la población por una atención médica curativa, se respondió con el Plan AUGE y se dejó de prestar una atención médica más integral a las clases populares, abandonando lo más promocional y preventivo para focalizarse en lo curativo inmediato, con una atención de salud casi exclusivamente dirigida a solucionar problemas urgentes o de corto plazo, sin preocuparse de enfrentar el fondo de los problemas de salud en el mediano y largo plazo.

Chile cambió muy rápidamente su perfil epidemiológico de las enfermedades infecciosas, materno-infantiles y desnutrición en la década del 60, a otro perfil en que predominan las enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, diabetes, problemas osteoarticulares y de salud mental a fines de los 80, a las cuales se han agregado las enfermedades degenerativas y demencias por el envejecimiento de la población. Cuando se cambiaron las prioridades en salud a fines de los 90, diez años después de que se habían consolidado los cambios, se intentó dar un enfoque integral a ese nuevo perfil con una política de Promoción de Salud a través de VIDA CHILE o Consejo Nacional para la Promoción de Salud que se creó en 1998 (14).

De esa forma, se pretendía frenar el aumento de las enfermedades crónicas con acciones en alimentación, actividad física, tabaco, alcohol y drogas y problemas psicosociales y ambientales. Pero a poco andar, el año 2005, la presión de la población porque le resolvieran sus problemas inmediatos de salud hizo que las prioridades se concentraran estrictamente en lo curativo, abandonando VIDA CHILE e instalando el Plan AUGE que debe dar prioridad y garantía de atención curativa a las principales enfermedades específicas que nos afectan (15).

CONCLUSIONES

En Chile se ha producido un desarrollo económico que no ha resuelto las profundas desigualdades que se mantienen desde hace 30 años. Hoy en día, se intenta resolver una intensa crisis política y social que irrumpe de modo explosivo en octubre de 2019, motivada por un alza del transporte público. Una década después de que se iniciara la implementación de la última reforma al sistema de salud, este sigue con problemas estructurales graves como desfinanciamiento, prolongadas listas de espera e insatisfacción de la población, por lo cual es un tema prioritario en la preocupación de la población y parte importante de las actuales demandas ciudadanas, pero que no considera la promoción y prevención de salud, y menos aún cómo enfrentar la obesidad desde su causalidad.

Las reformas que se proponen en el sector salud son todas del ámbito financiero, de los seguros de salud y de los prestadores (15) para financiar la atención de la medicina curativa, como son la atención de especialistas, construcción de nuevos hospitales y centros de salud, medicamentos y otros. Nada se ha planteado para mejorar la calidad de vida de la población desde sus edades más tempranas para que no se enfermen, teniendo una alimentación y actividad física adecuada, sin tabaco ni alcohol, eliminando el consumo de drogas y teniendo una vida más armónica desde lo psicosocial para prevenir los problemas de salud mental.

Desde el movimiento social, las nuevas reformas que se proponen van dirigidas a satisfacer lo inmediato, sin preocuparse del mediano y largo plazo, y a pesar del cortoplacismo, aún no existe consenso sobre los cambios que hay que hacer para que tengan alguna viabilidad técnica, política y económica.

Los cambios necesarios en el ámbito de la salud son impostergables y requieren una revisión a fondo del paradigma de salud curativa que hasta el momento ha impuesto el modelo neoliberal. Debe enfatizarse lo promocional y preventivo, para lo cual el sector prestador, tanto público como privado, deben transformarse en la lógica de un modelo preventivo estructurado en redes integradas y basado en la estrategia de la atención primaria de salud, tal como fue el que se implementó en la pre transición epidemiológica entre los años 50 y 90 y que llevó a la disminución drástica de la mortalidad infantil, de las enfermedades infecciosas y de la desnutrición, como se describe en el Capítulo 2.

Esto permitiría la consecuente alineación de los recursos humanos y financieros con el acceso y cobertura de salud universal para que, de esta forma, se resuelvan de manera efectiva y eficiente las necesidades de salud de las personas y sus comunidades.

REFERENCIAS

1. Paúl F. Protestas en Chile: las 6 grandes deudas sociales por las que muchos chilenos dicen sentirse “abusados”. BBC News Mundo:2019, octubre 21. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50124583>
2. Sehnbruch K. How Pinochet’s economic model led to the current crisis engulfing Chile. The Guardian. October 30, 2019. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2019/oct/30/pinochet-economic-model-currentcrisis-chile>. Accessed March 31, 2020.
3. Fraser B. World Reports. Violent protests in Chile linked to health-care inequities. *www.thelancet.com* Vol 394:1697-1698, November 9, 2019.
4. Sánchez H, Albala C. Desigualdades en salud adultos. Comunas del Gran Santiago. *Rev Med Chile* 2004; 132:453-460.
5. Bilal U et al. Inequalities in life expectancies in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health* 2019;3: e503–10 Published Online December 10, 2019 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
6. Bossert J, Lisewitz T. Innovation and change in the Chilean health system. *N Engl J Med* 2016; 374:1-5.
7. Institute of Health Metrics and evaluation (2018). Findings from The Global Burden of Disease 2017 study.
8. Bambs C, Bravo-Sagua R, Margozzini P, Lavandero S. Science and Health Policies to tackle chronic disease in Chile. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 2019; Published online <https://doi.org/10.1016/j.tem.2019.11.010>.
9. Crispi F, Cherla A, Vivaldi EA, Mossialos E. Rebuilding the broken health contract in Chile. *Lancet* 2020, 395, Published April 25, DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30228-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30228-2)
10. Bossert J, Larrañaga O, Giedon U, Arbeláez JJ, Bowser DM. Deentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Org* 2003; 81:95-100.

11. Organization for Economic Cooperation and Development (2019) OECD. Reviews of Public Health: Chile. A healthier tomorrow. Paris, France. OECD Publishing.
12. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. Rev Panam Salud Pública.2018;42:e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>
13. Artaza O, Méndez CA. Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal en salud. Rev Panam Salud 2020;44: e16.
14. Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., & Salamanca, F. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública 2007; 21, 136-144.
15. Artaza O, Lastra J. La nueva reforma que necesita Chile: la reforma de los prestadores. Cuad Méd Soc (Chile). 2018;58(1):27-33.

CAPÍTULO 12

PANDEMIA DE CORONAVIRUS

ANTECEDENTES

Las epidemias y pandemias han sido frecuentes en la historia de la humanidad y la literatura se ha preocupado de ellas. En “Cien años de soledad”, Editorial Sudamericana, 1992, García Márquez describía la epidemia de insomnio de la siguiente forma: "Cuando José Arcadio Buendía se dio cuenta de que la peste había invadido el pueblo, reunió a los jefes de familia para explicarles lo que sabía sobre la enfermedad del insomnio y se acordaron medidas para que el flagelo no se propagara a otras poblaciones de la ciénaga", aludiendo indirectamente a medidas de aislamiento, cuarentena y cordones sanitarios.

En el caso del Coronavirus se trata de un virus nuevo que fue identificado por primera vez el 1 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la China central, cuando se reportó un grupo de personas con neumonía de causa desconocida, vinculada principalmente a trabajadores del mercado mayorista de mariscos del sur de China de Wuhan, en donde se habría traspasado de un animal, murciélago o pangolín como huéspedes transmisores, a los seres humanos. De ahí se fue extendiendo a otros lugares del mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la decretó como una pandemia global tres meses después, el 11 de marzo de 2020. El virus se transmite generalmente de una persona a otra por vía de las pequeñas gotas (conocidas como microgotas de Flügge) que se emiten al hablar, estornudar, toser o espirar. Se difunde principalmente con el contacto cercano, pero también se puede difundir al tocar una superficie contaminada y luego la propia cara. El período de incubación suele ser de cinco días, pero puede variar de dos a catorce

días. Una característica particular de este virus es que el contagio se inicia dos a tres días antes de la aparición de los síntomas. Los síntomas más comunes son la fiebre, tos seca y dificultades para respirar y las complicaciones pueden incluir la neumonía, el síndrome respiratorio agudo o la sepsis. No existe todavía una vacuna o un tratamiento específico y el tratamiento principal es la terapia sintomática y de apoyo. Las medidas de prevención recomendadas incluyen lavarse las manos, cubrirse la boca al toser, la distancia física entre las personas y el uso de mascarillas, además del autoaislamiento y el seguimiento para las personas que se sospecha están infectadas.

Para prevenir la expansión del virus, los gobiernos han impuesto restricciones de viajes, cuarentenas, confinamientos, cancelación de eventos y el cierre de establecimientos. La pandemia ha tenido un efecto socioeconómico disruptivo ya que se han cerrado colegios y universidades en más de 124 países, lo que ha afectado a más de mil doscientos millones de escolares. Un tercio de la población mundial fue confinada con fuertes restricciones de movimientos y existió una gran desinformación y teorías conspirativas difundidas en línea sobre el virus, junto a incidentes de xenofobia y racismo contra ciudadanos chinos y de otros países del este y sudeste asiático.

El primer caso de la pandemia de enfermedad por coronavirus en Chile se confirmó el 3 de marzo del 2020, cuando un médico de 33 años -que trabajaba en la comuna de San Javier, Región del Maule- fue internado en el Hospital Regional de Talca. El hombre provenía de un vuelo procedente de Singapur. A partir de entonces el brote se expandió a todo el territorio nacional, con un aumento sostenido de los casos por coronavirus, así como la constatación de muertes producto del contagio.

CORONAVIRUS E INFLUENZA

La pandemia de gripe de 1918, también conocida como la “gripe española”, fue causada por un brote del virus Influenza A del subtipo H1N1. A diferencia de otras epidemias de gripe que afectan principalmente a niños y ancianos, sus víctimas fueron también jóvenes y adultos saludables, incluyendo animales. Se considera la pandemia más devastadora de la historia humana, ya que en solo un año fallecieron entre 20 y 40 millones de personas (1).

En febrero de 1957, un nuevo virus de la influenza A (H2N2) apareció en el este de Asia, desencadenando una pandemia ("gripe asiática"). Este virus H2N2 constó de tres genes diferentes del virus H2N2 que se originó de un virus de la influenza aviar A. Se reportó por primera vez en Singapur, en febrero de 1957; en Hong Kong en abril de 1957 y en las ciudades costeras de los Estados Unidos en el verano de 1957. A Chile llegó en un barco estadounidense a la ciudad de Valparaíso, de donde se extendió a todo el país. La cantidad estimada de muertes fue de 1.1 millones de personas a nivel mundial, 116.000 en los Estados Unidos y 20.000 personas en Chile, principalmente niños y adultos mayores. El gobierno suspendió las clases a inicios del invierno y logró reponerlas varios meses después, suspendiendo las clases de gimnasia y restringiendo el contacto entre los estudiantes (2).

En abril del 2009 se presentó un nuevo brote de influenza, esta vez por el virus (H1N1)pdm09 que difería considerablemente de los virus H1N1 que circulaban al momento de la pandemia. Pocas personas jóvenes tenían algún grado de inmunidad, pero alrededor de un tercio de las personas mayores de 60 años tenía anticuerpos contra este virus, probablemente debido a una exposición a un virus H1N1 en algún momento previo en sus vidas, particularmente de la epidemia de 1957. Como el virus (H1N1)pdm09 era muy diferente de los virus H1N1 en circulación, las vacunas contra la influenza estacional ofrecían una menor protección cruzada contra la infección por el virus (H1N1)pdm09. Si bien había una vacuna monovalente contra la influenza (H1N1)pdm09, no estuvo disponible en grandes cantidades hasta fines de noviembre, después de que se había producido el pick de enfermedad durante la segunda ola y la epidemia ya estaba en disminución. Desde el 12 de abril del 2009 hasta el 10 de abril del 2010, el Center for Disease Control (CDC) estimó que hubo 60.8 millones de casos de influenza (rango: 43.3-89.3 millones), 274 304 hospitalizaciones (rango: 195,086-402,719) y 12.469 muertes (rango: 8868-18,306) en los Estados Unidos a causa del virus de la influenza (H1N1)pdm09. El 10 de agosto del 2010, la OMS anunció el fin de la pandemia de influenza H1N1 del 2009. Sin embargo, el virus (H1N1)pdm09 sigue circulando como virus de la influenza estacional y causa casos de influenza, hospitalizaciones y muertes cada año a nivel mundial.

En Chile los primeros casos aparecieron en Abril en la ciudad de Puerto Montt y la epidemia apareció en el invierno del 2009, duró 12 semanas y fue bien controlada gracias a la intervención del Ministerio de Salud, que además de hacer la vacunación correspondiente compró todo el antiviral (Oseltamivir o Tamiflu) existente en el país y lo repartió en forma

gratuita a través de los servicios de urgencia y centros de salud, con lo cual se aseguró el tratamiento para todos aquellos que lo necesitaran. En diciembre del 2009 el Ministerio de Salud informó de 368.118 casos, mientras que con PCR específico, que se hacía en forma gratuita, solo se diagnosticaron 12.302 personas, ya que cuando el contagio avanzó no fue necesario el test y a todos los pacientes con cuadro clínico compatible se les entregó el tratamiento antiviral. En cuanto a mortalidad, se registraron solo 153 casos, con un promedio de edad de 44 años y un 80 % de ellos presentaba co-morbilidades.

Desde entonces el Ministerio de Salud hace una campaña a anual de vacunación para la influenza que cubre a los grupos de riesgo, menores de 5 años, embarazadas, pacientes con problemas respiratorios y adultos mayores.

En consecuencia, la influenza es una enfermedad conocida desde larga data, con una vacuna disponible que cambia cada año de acuerdo al virus y para la cual existe un tratamiento conocido, a diferencia, el Coronavirus que es muy reciente, no existe vacuna ni tratamiento conocido y no se sabe su comportamiento futuro.

A diferencia del hemisferio norte, en que la epidemia de Coronavirus apareció al final del invierno, en Chile se inició con el otoño, antes del período invernal. Esto hizo que se adelantara la vacunación contra la influenza para grupos vulnerables, ante la posibilidad de sinergia de enfermedades respiratorias que se produce en el invierno, en los niños con el virus sincicial y en adultos y adultos mayores con la influenza. Considerando que la influenza es grave en personas vulnerables y con enfermedades pre existentes, la doble carga viral de influenza y coronavirus aumenta los riesgos de mortalidad.

CORONAVIRUS Y SISTEMAS DE SALUD

La aparición del Coronavirus ha significado poner en tensión a los sistemas de salud de todo el mundo, que han debido responder a un virus desconocido desde lo preventivo hasta lo curativo. Esto demostró la solidez de algunos sistemas de salud, como ha sido el caso de Alemania, Islandia, Taiwán y Corea del Sur, y la debilidad de otros como el de Italia y España que no tomaron las medidas preventivas necesarias para evitar la

expansión del virus y se vieron enfrentados a una sobrecarga de demanda clínica en un período corto de tiempo que hizo colapsar las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y la disponibilidad de ventiladores mecánicos para atender a los pacientes críticos complicados de neumonía. Un caso interesante de destacar es Taiwán, muy cercano a China, que tuvo una respuesta inmediata a la pandemia, resultando solo con 400 contagiados y 7 fallecidos. En América Latina, con sistemas de salud débiles que han colapsado, como el caso de Ecuador, Perú y Brasil, destaca Costa Rica con un sistema que cubre al 95% de la población y gasta un 6% del PIB, con fuerte énfasis preventivo y apoyo de la población.

En Chile se creó un grupo de trabajo en enero 2020, pero no se logró controlar el ingreso de casos al país, como se hizo en Nueva Zelanda y Costa Rica. Estos países cerraron rápidamente sus fronteras e implementaron cuarentena para todas las personas que llegasen de países vecinos, por aire, mar y tierra, realizando trazabilidad y control de los contactos. Por ejemplo, en Costa Rica a fines de mayo 2020 no había ningún caso infectado por contagio comunitario, con un seguimiento muy estricto de los casos para evitar su propagación. Lo mismo sucedió en Nueva Zelanda, donde el 27 de mayo 2020 se dio de alta al último paciente hospitalizado por coronavirus. Esta acción temprana permitió el control de la pandemia y en ambos países el número de casos y de muertes fue mínimo.

En Chile, los primeros casos pudieron ser aislados por un corto período de tiempo, pero muy luego se perdió la trazabilidad de los contactos y se pasó rápidamente de la Fase 2, de casos conocidos en el país, a la fase 4 o comunitaria en que el virus está en toda la población. Entonces se decretó cuarentena en las comunas de mayor número de casos del sector oriente de Santiago, de la Araucanía, Ñuble y otras comunas de la Región Metropolitana. Además, se inició el testeo de casos sospechosos y de aislamiento de los pacientes, medidas todas que fueron tardías y que requieren de la participación de la población (3), lo que no siempre se cumplió.

Antiguamente la población seguía en forma estricta las indicaciones de la autoridad sanitaria, como fue el caso del acceso a los controles de salud y vacunaciones en niños y embarazadas con que se derrotó la desnutrición. Algo similar sucedió con la campaña del cólera, en que se dejó de regar las hortalizas con aguas servidas y se siguieron estrictamente las medidas de no consumir verduras crudas, lavarse las manos y otras medidas de higiene, con lo cual la epidemia se detuvo y solamente hubo

47 casos y un muerto. En la epidemia de influenza del 2009 se siguieron las indicaciones de acudir a servicios de urgencia y de salud para tratarse y controlar las complicaciones, con lo que fallecieron solo 153 personas.

Esta no ha sido la situación de la actual pandemia, producto de una desconfianza de la población en las instituciones y en las autoridades después de los casos de corrupción en el sector público y privado, abusos sexuales de la Iglesia Católica y descrédito de la política por la ineficacia del Congreso y falta de empatía de los líderes políticos con la población. En esta situación, la posición de la autoridad sanitaria, clave en situaciones de emergencia, ha sido débil y además sus orientaciones han sido criticadas por agrupaciones gremiales como Colegio Médico, Colegio de Profesores, FENPRUSS y otras federaciones de la salud, lo que quitó fuerza a sus recomendaciones. Por lo tanto, en muchos lugares la cuarentena no se acató y continuaron las aglomeraciones sin preocuparse del eventual contagio en muchos grupos de población. Con esto, y a pesar de las cuarentenas, los contagios continuaron aumentando más allá de los pronósticos que todos los modelos y estudios epidemiológicos habían anticipado, con su secuela de hospitalizaciones y muertes.

En situaciones de catástrofes de salud, en especial cuando son tan graves y de incierto pronóstico como la actual pandemia, lo que corresponde es alinearse con la autoridad sanitaria poniéndose a disposición para enfrentar juntos la contingencia y no criticarla abiertamente ante la opinión pública, lo que quita fuerza a sus recomendaciones y confunde a la población. Este comportamiento de entidades gremiales favorece aún más la pérdida de confianza en las instituciones y no ayuda a salir de la crisis.

En situaciones de crisis sanitaria es crucial la existencia de una autoridad fuerte que tome las decisiones y las comunique en forma clara y precisa a la población, con una voz única que provenga del más alto nivel. Es lo que sucedió en Alemania con el discurso de Ángela Merkel (4), donde dio muestras de solidez y empatía con la población, al igual que otras Primeras Ministras como las de Taiwán, Escocia, Nueva Zelanda, Noruega, Islandia, Dinamarca y Finlandia, que lideran los países con mejores resultados contra el Coronavirus, a diferencia de lo que sucedió con Jefes de Estado como Trump, Bolsonaro, Boris Johnson, Andrés Manuel López Obrador y Daniel Ortega, que minimizaron la pandemia e impidieron que se tomaran medidas oportunas que requerían el apoyo de la población, lo cual aumentó la mortalidad y llevó al descrédito de estos dirigentes que han sido fuertemente cuestionados por sus propios electores.

En Chile se estableció una vocería diaria desde la Moneda de las más altas autoridades de gobierno, incluyendo al Presidente de la República, que informó día a día la progresión de la pandemia, lo cual fue errático y confundente por ser demasiadas voces sobre un mismo tema, sin lograr una comunicación empática y creíble para la población.

CUARENTENA Y SUS EFECTOS PSICOLÓGICOS

La cuarentena y aislamiento de pacientes infectados es una práctica que existe desde la Antigüedad y llama la atención que se aplique en pleno Siglo XXI (5). Tras la peste negra (1347-1349) las grandes ciudades europeas crearon dispositivos combinados de cuarentenas, lazaretos, cordones sanitarios militares que estuvieron vigentes en Europa hasta el primer tercio del Siglo XIX, cuando el cólera demostró su ineficacia y evidenció las dificultades de interrumpir los intercambios comerciales y producir revueltas de la población contra los cordones sanitarios. Entonces se implantó el “sistema inglés” para suavizar los controles, donde se visitaban los barcos que llegaban a los puertos para trasladar a los enfermos a los “fever hospitals” y los sanos debían dar una dirección donde se les controlaba en una semana.

Este sistema permitió manejar todas las epidemias desde 1870 hasta el 2019, en que la cuantía de los desplazamientos del Siglo XXI hizo imposible controlar la propagación de los gérmenes. Entre el 2006 y 2018 el número de pasajeros aéreos se duplicó, lo cual hace muy difícil su control cuando llegan a destino.

La cuarentena implantada por el gobierno chino en Wuhan dio a entender que la epidemia del COVID-19 era muy contagiosa y extendida, por lo cual era la única forma de evitar la propagación masiva de casos que -en un período muy corto de tiempo- hace llegar un exceso de casos graves a los servicios de urgencia colapsando los servicios clínicos, como sucedió en Italia y en menor medida en España, Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos.

En Chile se implantó cuarentena desde el 16 de marzo para sectores de población y por períodos de tiempo acotados, con lo cual los casos aparecieron progresivamente y la mortalidad fue baja en los inicios, evitando el colapso de los servicios clínicos, donde los trabajadores de la

salud respondieron con gran responsabilidad y compromiso, exponiéndose al contagio con una carga de trabajo excesiva, semejante a lo sucedido en otros países europeos, lo que ha sido reconocido por la población con innumerables gestos de apoyo. Sin embargo, al no cumplirse las normas de confinamiento de la autoridad sanitaria por parte de la población, los casos siguieron aumentando hasta llegar al colapso de los servicios clínicos de la Región Metropolitana, que tuvo que evacuar enfermos críticos a Regiones.

Para tomar las medidas de cuarentena se tienen en consideración varios factores: el número de personas sanas y enfermas en un territorio; la concentración de población por kilómetro cuadrado; la dispersión de los casos confirmados; la velocidad de propagación del virus; la vulnerabilidad de la población, entre otras variables sanitarias para que el virus no se disemine. Aun cuando el número ha ido aumentando en el tiempo y se espera que exista un número cada vez mayor, con el apoyo de laboratorios universitarios y del sector privado, fue insuficiente para el rápido aumento de la demanda.

En cuanto a la posibilidad de cuarentena total, si bien en un mes podrían disminuir significativamente los casos nuevos, éstos volverían a aumentar exponencialmente al finalizar la cuarentena. En esto no hay acuerdo y países como Nueva Zelanda han determinado cuarentena total hasta que desaparezca el virus, lo que se logró a mediados de mayo 2020, apoyado por un liderazgo fuerte, confianza en las autoridades y un sistema de salud sólido y de amplia cobertura. Se han probado un gran número de modelos matemáticos para predecir la evolución de la pandemia y apoyar a las autoridades en definir donde se deben establecer cuarentenas selectivas, pero sin resultados que resulten evidentes.

Sin embargo, las cuarentenas tienen consecuencias psicológicas, como señaló la revista Lancet en una rápida revisión del tema (6), señalando que la mayor parte de los estudios revelaban efectos psicológicos negativos como estrés post traumático, confusión y rabia. Los causantes o estresores más importantes encontrados en la revisión eran la duración de la cuarentena, temor a la infección, frustración, aburrimiento, falta de insumos como alimentos y medicamentos, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Algunos de estos elementos pueden permanecer por largo tiempo. Para evitar lo anterior, es importante contar con una autoridad sanitaria única que dé información fidedigna, clara y oportuna de

los protocolos que se deben seguir; no prolongar la cuarentena más allá del tiempo necesario y asegurar los insumos suficientes durante todo el período. Además, es muy importante apelar al altruismo de las personas, recordando que guardar la cuarentena va en beneficio de la sociedad en su conjunto.

Especial relevancia tiene el cuidado de los niños, y un artículo del *Lancet Child and Adolescents Health* (7) insiste en la necesidad de dar información precisa y apropiada para la edad que corresponda, ya que los niños tienden a llenar los vacíos de información con la fantasía y en la imaginación todo es posible. El texto señala que especialmente entre los cuatro y los siete años el pensamiento mágico propio de la edad puede complicar el procesamiento de la información y sugiere no sobrevalorar ni subvalorar la capacidad de comprensión de los niños. Los adultos necesitan estar atentos y escuchar lo que piensan los niños, que pueden auto inculparse o imaginar que esta pandemia es un castigo por algo malo que hicieron, lo que aumentará su estrés. En la cuarentena, las incertidumbres de los efectos personales y globales de la epidemia pueden crear gran preocupación en los adultos, además de los efectos psicológicos del encierro. Esta preocupación de los adultos puede trasladarse a los niños, quienes, al dejar guardados estos recuerdos en su memoria emocional, pueden persistir como estrés post traumático para toda la vida. De ahí que sea tan importante pasar el tiempo de cuarentena en la mejor forma posible.

Una de las medidas más importantes es evitar el exceso de información traumática a través de la televisión, como fueron las imágenes de fallecidos en las calles de Guayaquil, entrega de ataúdes de cartón y colapso en los cementerios de Ecuador y Brasil o la construcción de fosas comunes en las afueras de Nueva York y Sao Paulo.

Otro efecto de la cuarentena puede ser el aumento de peso en una población con alta prevalencia de sobrepeso y obesidad ya que el estrés emocional puede llevar a empeorar los hábitos, por ejemplo, consumiendo alimentos ultra procesados, como snacks con sellos “alto en” entre comidas, o consumiendo comida rápida cuya oferta aumenta en estos períodos. En contraste, el mayor tiempo disponible en el hogar puede facilitar el regreso a la cocina y a las preparaciones más caseras, que sería lo deseable como una consecuencia positiva de la cuarentena.

MORTALIDAD POR CORONAVIRUS Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Las preexistencias o comorbilidades más comunes en la mortalidad por Coronavirus son la hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 y enfermedad obstructiva crónica tanto en China como en Italia (8,9). Según Reuters (2 de abril 2020) en Estados Unidos llamó la atención la letalidad por COVID-19 en Nueva Orleans, que con Nueva York y Seattle tienen las más altas mortalidades por coronavirus en el país. Sin embargo, en Nueva Orleans la mortalidad fue tres veces más alta que en Nueva York y cuatro veces mayor que en Seattle y las autoridades lo atribuyeron a que los residentes de Luisiana tienen las prevalencias más altas de obesidad, hipertensión y diabetes a nivel nacional, lo que aumenta su vulnerabilidad al COVID-19. Un 97 % de los fallecidos en Luisiana tenían condiciones preexistentes: 40% diabetes, 25% obesidad, 23% enfermedad renal crónica y 21% problemas cardíacos. Es cierto que el acceso y calidad de los servicios de salud puede ser peor en Nueva Orleans que en las otras dos ciudades, pero el peso de las preexistencias señaladas aparece como determinante y hace predecir una alta mortalidad donde existan altas tasas de obesidad, diabetes e hipertensión.

Mucho se ha insistido en la alta mortalidad por Coronavirus en adultos mayores, a los que hay que proteger del contagio, especialmente aquellos que tienen una enfermedad de base. Sin embargo, también existe mortalidad en adultos jóvenes, e incluso en niños, a los que también hay que proteger. Por ejemplo, en Chile se produjeron dos muertes por COVID-19 en adultos menores de 40 años al inicio de la pandemia, uno de ellos de 34 años que presentaba obesidad, hipertensión y diabetes. Esto concuerda con lo observado en China, Italia y Estados Unidos, donde estas preexistencias determinaron una mayor mortalidad en todos los grupos de edad, que a veces era tres a cuatro veces más alta que quienes no tenían enfermedades preexistentes. El Center for Diseases Control (CDC) de los Estados Unidos reportó que un 78% de los pacientes con Coronavirus en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) tenían una condición subyacente como diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad pulmonar crónica. En la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos (10) observaron que en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) cada vez se admitían más jóvenes, la mayoría de los cuales eran obesos. Para estudiar el tema se unieron a otros hospitales y analizaron 265 pacientes UCI, mostrando que los jóvenes que ingresaban en su mayoría presentaban exceso de peso. Este riesgo es muy importante en Estados Unidos por su alta prevalencia

de obesidad (40%), a diferencia de lo sucedido en otros países donde la obesidad es menor como China (6,2%), Italia (20%) y España (24%). En Chile la obesidad ha seguido aumentando, especialmente en jóvenes de primer año medio de 8,2% el 2011 a un 16% el 2019, con un 2% de obesidad severa. Esto significa que un porcentaje muy elevado de nuestros niños, adolescentes y jóvenes sufre de obesidad y sus consecuencias como diabetes e hipertensión (11). Por lo tanto, están más expuestos que el resto de la población no solo a enfermedades crónicas, sino también a infecciones virales como el Coronavirus. Por lo tanto, los adultos mayores no son el único grupo de riesgo: también lo son quienes padecen enfermedades preexistentes, en particular obesidad, diabetes e hipertensión.

Un estudio publicado en JAMA (12) revisó los primeros 45.000 casos en China y encontró que el 80% eran leves, el 20% restante eran moderados o severos y un 2,3% fallecieron. Entre los que fallecieron la mayoría eran de más de 60 años y tenían enfermedades preexistentes como obesidad, hipertensión o diabetes. Algo similar había sucedido con el Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) que también afectó más a los mayores de 60 años.

La OMS ha declarado que la pandemia de coronavirus es una emergencia pública internacional que puede causar síntomas más severos y mayores complicaciones en personas con obesidad y enfermedades relacionadas con ella (13).

CORONAVIRUS Y ECONOMÍA

Desde que se instaló el modelo neoliberal a nivel mundial, la economía ha predominado en la toma de decisiones. A raíz de esta pandemia, todos los gobiernos y organismos internacionales han declarado que la protección de la vida de las personas está por sobre la economía y han tomado decisiones drásticas, como son las cuarentenas, que en muchos lugares han paralizado la economía, produciendo un desplome de las bolsas y de los indicadores de crecimiento económico. Esto no sucedió en forma rápida ni espontánea y hubo líderes mundiales que se resistieron, como el Presidente Donald Trump, quien estaba más preocupado por el desempeño de la Bolsa de Valores que de la salud de sus compatriotas. En opinión de Trump, la incipiente epidemia no era más que una nueva versión de las gripes que cada año afectan al país. Incluso ya avanzado el contagio, con decenas de

miles de infectados, Trump señaló a finales de marzo que la economía era su prioridad: “No podemos permitir que el remedio (la cuarentena) sea peor que la enfermedad”. Algo similar sucedió en Gran Bretaña, que en pleno proceso Brexit abrazó la teoría de la “herd immunity” (inmunidad grupal) el 12 de marzo, consistente en evitar las cuarentenas porque la mayoría de los británicos debía contagiarse con el Covid-19, con lo cual no sería cuestión de eludir lo inevitable, sino de administrar los tiempos de avance de la pandemia aumentando el volumen de infectados, hasta que el propio Primer Ministro contrajo la enfermedad y terminó hospitalizado en una UCI del sistema público de salud inglés, al que agradeció efusivamente por su recuperación diciendo: “Es difícil encontrar palabras que expresen la deuda que tengo con el NHS por salvarme la vida” (12 abril 2020). Pero ya Londres había modificado su enfoque original para adoptar drásticas políticas de aislamiento y distanciamiento social, entendido este último como una reducción del 75 por ciento de las interacciones de un hogar con el mundo exterior: colegios, lugares de trabajo y otras actividades, pero ya Gran Bretaña tenía 9000 muertos (14).

El caso más extremo del predominio de lo económico sobre la salud ha sido el de Brasil, en que el Presidente Bolsonaro se ha negado a cumplir las normas de cuarentena impulsadas por su propio Ministro de Salud, al cual despidió poco tiempo después, y salió a visitar una panadería en Brasilia saludando de mano y abrazo a los transeúntes y clientes del lugar, donde además comió un producto alimenticio en su interior, lo cual estaba expresamente prohibido por su propio gobierno. Afortunadamente su actitud produjo el rechazo internacional y Human Rights Watch lo acusó de “irresponsable” señalando: “Bolsonaro está sabotando los esfuerzos de gobernadores y de su propio Ministerio de Salud para contener la diseminación del COVID-19, poniendo en riesgo la vida y la salud de los brasileños” (El Mercurio, 12 abril 2020).

En Chile se ha privilegiado la salud de las personas y la economía se ha puesto al servicio de las medidas que se han tenido que adoptar. Esto no ha estado exento de críticas de grupos de economistas que señalan que los efectos económicos de las medidas que se han tomado para enfrenar la pandemia en Chile llevará a una crisis económica con serios efectos en el crecimiento del país y por ende en el empleo y salario de las personas. Se calcula que la desocupación podría llegar al 20 o 30 por ciento. Si la economía colapsa muchas personas no tendrán hogar, no tendrán alimentos, no podrán pagar servicios médicos ni comprar medicinas y los servicios de salud también podrían colapsar. Ante ello, el gobierno, al igual que la

mayoría de los países en el mundo, ha establecido un plan extraordinario de ayuda económica para prevenir el impacto de la pandemia en las personas. Lo más preocupante es el desempleo, que además de sus consecuencias económicas tiene impacto social, con problemas de toda índole, en especial psicológico, emocional, familiar, con aumento de la violencia intrafamiliar, delincuencia, consumo de alcohol y drogas y problemas de salud mental. Además, alguien que está desempleado mucho tiempo, pierde capacidades para reincorporarse en buena forma al mundo laboral.

Por ello es tan importante lo que recomendó la OMS: “Todos los países deben establecer un fino balance entre proteger la salud, prevenir el daño económico y social y respetar los derechos humanos”.

CORONAVIRUS Y MEDIO AMBIENTE

Uno de los efectos positivos de la pandemia ha sido sobre el medio ambiente. Muchas ciudades del mundo vieron como su aire se limpió completamente en pocas semanas, como la flora y fauna recuperaron espacio y algunos animales salvajes volvieron a las ciudades. Esto ha hecho reflexionar al mundo sobre cómo el desarrollo está afectando al medio ambiente y directamente a las personas.

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS

Muchos analistas nacionales e internacionales señalan que el mundo no será el mismo después de esta pandemia. Yuval Noah Harari proclamó en entrevista a La Tercera (Tendencias, sábado 28 de marzo 2020) que la crisis el COVID-19 se perfila como el momento decisivo de nuestra era. “En el próximo mes o dos, los gobiernos y organizaciones de todo el mundo llevarán a cabo grandes experimentos sociales que darán forma al mundo en las próximas décadas”, dando como ejemplo la enseñanza a distancia, el teletrabajo, el comercio electrónico, la telemedicina y otras formas de relacionamiento remoto. Además, señala la posibilidad de dar un “ingreso básico universal” a todos los ciudadanos, el uso de robots para cuidar a personas mayores y discapacitadas, cambios en el mundo laboral y otras. Puede que esto suceda o no, pero lo que sí es cierto es que la creciente automatización reforzará la pérdida de contactos personales en un gran

número de actividades, afectando los empleos, así como el declive de numerosas industrias, para lo cual debemos estar preparados. En este sentido es fundamental diferenciar entre el distanciamiento físico, que es el que se ha producido por la pandemia, del mal llamado distanciamiento social (que alude más bien a segregación) ya que a pesar del necesario aislamiento no debemos perder el contacto con las otras personas, el que debe mantenerse con todos los medios tecnológicos que hoy día existen.

Lo que sí debería cambiar es el rol del Estado en los sistemas de salud. A medida que avanza el virus, son los servicios de salud pública y los gobiernos los que deben afrontar la crisis. El sistema de salud estadounidense, el más caro del mundo, tiene a más de 27,5 millones de personas sin acceso a seguros de salud. Ello augura que muchos que requerirán tratamiento no acudirán a los hospitales por los elevados costos. La cuarta parte de la población laboralmente activa del país no tiene acceso a días de enfermedad remunerados. Desde que Trump asumió el 2016, recortó los fondos para la prevención de pandemias. Ello, como parte de su política de desmantelamiento de la salud pública en beneficio de la atención privada, como respuesta a las políticas de Obama en apoyo del sector público en salud.

En España, Gran Bretaña y otros países el sector público ha tomado el control de la salud de manos privadas. Boris Johnson, un arduo defensor del sector privado y la reducción del Estado, aparecía en sus conferencias de prensa tras un atril en el que se leía: Protejamos el Servicio Nacional de Salud (Protect the NHS) y luego debió hospitalizarse en un recinto del NHS. Algo impensable hace algunos meses, cuando se habló de desmantelarlo como parte de las exigencias de Washington para la firma de un acuerdo de libre comercio. En la India, de 1.300 millones de habitantes con población joven (65% menor de 35 años) con menor riesgo de mortalidad por Coronavirus, pero con un sistema de salud muy débil, se lograron tomar medidas estrictas de aislamiento de los casos y trazabilidad de los contactos, aumento rápido del testeo, del personal de salud y hospitalizaciones, gracias a una fuerte inversión del gobierno en salud, con lo cual la mortalidad fue baja. Se espera que en el futuro se continúe fortaleciendo el sistema de salud pública en un país que gasta solo un 1,28% del PIB en salud (15).

Lo mismo debería suceder en Chile, donde la reforma del sector salud lleva años de postergación por no haber acuerdo con el sistema que deberíamos tener, a pesar de dos comisiones presidenciales que han

abordado el tema. Además, en los últimos 30 años ha existido un claro énfasis en el crecimiento económico que no ha ido a la par con el desarrollo social, especialmente en salud y educación, sectores que no han logrado mejorar sus niveles educativos ni de atención de salud a la población. En la medida que la pandemia golpee a las sociedades latinoamericanas, la salud, y cómo es administrada, pasará a la cabeza de las agendas nacionales. En este aspecto, es fundamental la prioridad que los países deben dar a la prevención de la obesidad y de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles lo cual es crucial para prepararnos ante futuras amenazas, como ha sido la pandemia de Coronavirus y otras que puedan venir en el futuro (16).

Otro sector que deberá ser prioritario después de la pandemia es el de desarrollo en Ciencia, Tecnología e Innovación, tanto a nivel mundial como en nuestro país, ya que ha quedado demostrada la importancia que tiene para enfrentar situaciones nuevas, que requiere estar al día en investigaciones de punta para buscar solución a problemas emergentes. Este es el caso de los nuevos virus que requieren vacunas y tratamiento, que necesitan a lo menos un año para poder contar con ellos. En el caso de la vacuna el tiempo es mayor porque tiene que ser probada muchas veces para comprobar que sea completamente inocua para las personas sanas. Además, como ha quedado demostrado en muchos países como Estados Unidos y Chile, los laboratorios de investigación han sido fundamentales para apoyar a las instituciones gubernamentales con exámenes e insumos para la crisis.

Otro cambio importante deberá hacerse a nivel de los Organismos Internacionales creados inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, bajo el liderazgo de los Estados Unidos. Hoy día, en la crisis global más importante después de la II Guerra Mundial, en que ese liderazgo no existe y emergen otros como es el caso de China, la correlación de fuerzas a nivel mundial es diferente, para lo cual se van a requerir nuevas instituciones, posiblemente a niveles regionales como las ya existentes Unión Europea o la OTAN, que las representen. En todo caso, la pandemia del Coronavirus puso en discusión la gobernanza global post pandemia, lo que dependerá de cómo se comporten las grandes potencias, en particular Estados Unidos, China y los países europeos. En este cambio global, un tema prioritario va a ser, sin duda, el comportamiento de la Organización Mundial de la Salud frente a la pandemia, que ha sido fuertemente criticada por ignorar las primeras señales de la emergencia, por su lentitud en declarar la pandemia -tres meses después de los primeros casos- y por ser

demasiado complaciente con China. Esto llevó al Presidente Trump a quitar el financiamiento de Estados Unidos a la OMS, lo que ha sido unánimemente criticado por los otros países pertenecientes a la Organización, hasta finalmente retirarse completamente de la Organización a fines de mayo del 2020. Sin embargo, a pesar de estas críticas, la OMS ha logrado posicionarse como el ente rector para los países en la toma de decisiones en salud.

APRENDIZAJE DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS PARA CHILE

La pandemia del Coronavirus dejó en evidencia las desigualdades en el país que se expresaron explosivamente en octubre 2019. A pesar de un crecimiento económico de 30 años hasta llegar al ingreso de 25.000 dólares per cápita, en Chile existe pobreza que se acentuó con la pandemia, con una desocupación importante, viviendas deficientes con alto hacinamiento en sectores populares, gran cantidad de personas con trabajo informal, especialmente en los grupos de migrantes, todo lo cual impidió que se cumplieran las normas de cuarentena, lo que agravó la situación sanitaria.

Además, mostró la precariedad de un sistema de salud público que atiende al 80 por ciento de la población que ya estaba colapsado al inicio de la pandemia, con largas listas de espera para tratamiento especializado de pacientes AUGE y no AUGE por falta de especialistas ya que en sector público solo trabaja el 44% de los médicos del país. En Chile tenemos 1,6 médicos y 2,14 camas por 1000 habitantes, comparado con Alemania 4,1 y 8,3, pero también con Hungría que tiene 3,2 y 7,0 respectivamente; Eslovaquia 3,4 y 5,8 y el promedio de OECD que es 3,3 y 4,8. Es decir, Chile tiene un enorme déficit en número de médicos y camas hospitalarias, prácticamente la mitad del promedio de la OECD.

Al inicio de la crisis, el énfasis se puso en dotar de más camas UCI al país, lo que se logró, así como la compra de ventiladores mecánicos en todo el mundo para que no faltara a los pacientes críticos complicados con problemas respiratorios. Pero no se hizo el mismo esfuerzo para tener laboratorios con la capacidad suficiente para detectar los casos, los que se implementaron gracias al aporte de universidades y sector privado, pero sin llegar a cubrir toda la demanda que se fue incrementando explosivamente. Tampoco se fortaleció la atención primaria de salud para detectar los

casos, hacer seguimiento de los contactos y aislarlos, lo cual requiere una vigilancia epidemiológica que no existía y que se fue implementando en forma insuficiente.

Por último, la población no obedeció la medida de cuarentena o confinamiento por diversas razones:

- a) En los sectores populares muchas personas debieron salir a trabajar a sus empleos formales e informales, por ejemplo, como vendedores callejeros, para poder subsistir.
- b) La población no cree en las instituciones desde hace mucho tiempo, lo que se agravó con el estallido social, por lo cual no obedece las instrucciones de las autoridades y muchas veces se rebela contra ellas.
- c) No hubo una autoridad sanitaria clara con una voz única que hiciera creíble la información y las recomendaciones, sino muchas voces que no siempre fueron coherentes y que se contradijeron en la información, con lo cual perdieron credibilidad.
- d) Tampoco hubo apoyo de los grupos científicos, técnicos y profesionales, que desde un inicio criticaron todo lo que decía la autoridad sanitaria.

Con esto, la movilidad continuó en la población, con gran número de permisos diarios (más de 800.000 en la Región Metropolitana) y los contagios siguieron en aumento.

La causa fundamental de todo lo anterior es la falta de cultura preventiva de la población chilena, que sí la tuvo para enfrentar situaciones como la del cólera en 1990 y la epidemia de influenza del 2009, en que se acataron las medidas de la autoridad rigurosamente y se superaron ambas crisis. Desde la década del 2000 el Ministerio de Salud ha priorizado lo curativo, dejando de lado las acciones promocionales y preventivas, con lo cual la población perdió el hábito de anticiparse a las enfermedades consultando solo cuando estaba enferma, para encontrarse con las listas de espera y los problemas de atención. Al no tener cultura preventiva, es muy difícil que obedezcan algo intangible, como es quedarse en la casa para no enfermarse porque no valoran la prevención.

Entonces, ¿cuáles serían las lecciones aprendidas en la pandemia del Coronavirus?

1. Fortalecer el sistema de salud pública chileno al nivel promedio de los países de OCDE haciendo la inversión que sea necesaria
2. En este sistema de salud, priorizar las acciones de promoción y prevención de salud con una participación activa de la población.

3. En especial, fortalecer la atención primaria de salud, que es el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud y en esta atención incorporar las acciones promocionales y preventivas.
4. Mantener en forma permanente acciones comunicacionales de educación en hábitos de vida saludables y comportamiento frente a las enfermedades y no continuar con campañas parciales de corta duración que no tienen ningún impacto en la población.

CONCLUSIONES

La actual pandemia de coronavirus se considera la mayor crisis global después de la Segunda Guerra Mundial y sus efectos de cómo se va a comportar el virus y de su impacto en la economía, son impredecibles. El Primer Ministro español la definió acertadamente como “una guerra nunca antes librada”.

Para enfrentarla, el mundo no estaba preparado, a pesar de haber sufrido epidemias recientes como la del SARS, gripe aviar, influenza H1N1, MERS, ébola y haber sido anunciada por un grupo de expertos de la OMS el 2018. A pesar de ello, nunca en la historia presente se había tenido tanta incertidumbre acerca del futuro cercano, a pesar de los inmensos avances en ciencia y tecnología a nivel mundial. Esta crisis ha demostrado la fragilidad del hombre ante lo que puede enviarnos la naturaleza -en este caso un virus desconocido proveniente del reino animal- frente al cual ha sido imposible enfrentarnos con los avances tecnológicos y se ha debido recurrir a conductas ancestrales como la cuarentena, al no contar con vacuna ni tratamiento, lo que está dejando una secuela de miles de muertos, crisis económica y daños psicológicos graves producto del aislamiento social.

También queda demostrado que el avance económico no es suficiente para enfrentar los retos a los que se enfrenta la humanidad y que el cuidado de la salud de las personas y del medio ambiente que las rodea, debe estar por sobre cualquier consideración económica o política.

Toda crisis es una oportunidad y de la forma como enfrentemos los desafíos que nos impuso esta pandemia, dependerá el futuro de la humanidad. Es posible que el freno brusco de la vida en sociedad y de la economía, que todavía no sabemos cuánto puede durar, nos haga meditar y

sacar conclusiones acerca de la manera como debemos relacionarnos entre nosotros, con la economía y la interacción con el medio ambiente (17).

Es por ello interesante lo que planteó el editor jefe de la Revista Lancet, Richard Horton, el 9 de abril en el artículo “El nuevo coronavirus es el mayor fracaso de la política científica mundial en una generación”, en el cual afirma: “Cuando llega la epidemia, si los humanos no aprenden a ser racionales y coexistir con los demás, el virus ganará” (18).

REFERENCIAS

1. Kilbourne ED. Pandemias de influenza en el Siglo XX. *Emerg Infect Dis* 2006, 12:9-14.
2. Viboud C, Simonsen L, Fuentes R, et al. Impacto de la mortalidad a nivel mundial por la pandemia de influenza 1957-1959. *J Infect Dis* 2016, 213:738-45.
3. Marston C, Renedo A, Miles C. Community participation is crucial in a pandemic. *2020* 395: 1676-1678. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31054-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31054-0)
4. Discurso Angela Merkel sobre coronavirus. <https://www.dw.com/es/angela-merkel-sobre-el-coronavirus-somos-una-comunidad-en-la-que-cada-vida-y-cada-persona-cuenta/a-52830982>
5. Newman K. Shut up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *J Sol Hist* 2012, 45:809-834.
6. Brooks SK et al. The psychological impact of the quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020, 395:912-920.
7. Dalton L, Rapa E, Atein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child&Adolescents Health* 2020, 4:346-7. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)
8. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* 2020; published online April 6. DOI:10.1001/jama.2020.5394.
9. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054–62.

10. Kass DA, Duggal P, Cingolani O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages *Lancet* 2020,395:1023:1544-45 [https://doi.org/10.116/S0140-6736\(20\)31024-2](https://doi.org/10.116/S0140-6736(20)31024-2)
11. Vio F, Kain J. Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Rev Med Chile* 2019; 147:1159-1165.
12. Wu Z, McGoogan JM Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease2019 (COVID-19) Outbreakin China Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention *JAMA* April7,2020,323,Number13 Zunyou.
13. WHO.World Obesity. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak for people living with obesity. <https://www.worldobesity.org/news/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-for-people-living-with-obesity>
14. Sohr R. El coronavirus ataca. Mensaje 687, marzo 2020.
15. Editorial: India under COVID-19 lockdown. *The Lancet* 2020, 395: 1315 (Published on-line April 25, 2020).
16. Kluge HH, Wickramasinghe K, Rippin HL et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet* 2020,395: 1678-80.
17. Vio F. El Coronavirus y nuestras fragilidades. Mensaje 688, marzo 2020.
18. Richard Horton Comment Offline: CoHERE—a call for a post-pandemic health strategy.*Lancet*, 2020, 395: 1242.

CAPÍTULO 13

DIETA, OBESIDAD Y LITERATURA

Cesare Pavese señaló alguna vez que la literatura sirve para desquitarse de las afrentas que nos da la vida. La literatura nos sirve, además, para conocer la trastienda de lo que sucede en el mundo, incluido el ámbito de la salud, dieta y nutrición. De acuerdo a un libro recientemente publicado en Florencia, Italia, con los manuscritos de la Biblioteca Médica Laurenziana (1), la dieta aparece en la literatura desde la Antigua Grecia, siendo una de las tres principales ramas de la Medicina, junto con la Cirugía y la Farmacología. Sin embargo, el término dieta no se refería solo a la alimentación sino a algo mucho más amplio que tenía que ver con el bienestar de las personas. En el Siglo V o VI AC, en el Corpus Hippocraticum, en el tratado titulado Da Diaeta, se planteaba que la salud dependía de un balance entre la dieta y otros aspectos de la vida, en una interacción con el medio ambiente. Esto lo desarrolló posteriormente Galeno en el Siglo II después de Cristo, en otro tratado del Corpus Galenicum, titulado De Salubri Dieta o sea, la dieta saludable.

Para los griegos, la dieta era una medida preventiva y terapéutica, dirigida especialmente para las clases altas, que podían dedicar tiempo y dinero para preocuparse de su salud, dejando para el resto de la población la Cirugía y la Farmacología, que eran de efecto más inmediato para curar las enfermedades. O sea, si lo trasladamos a la situación actual correspondería a la atención médica directa de enfermedades que da el Plan AUGE para los pobres y la vida saludable para los que puedan hacerlo, preocupándose de su alimentación saludable, de hacer actividad física, la recreación y otras actividades que mejoren su calidad de vida. Esto se reflejó en cartas de la época y escritos de los filósofos griegos y también de los romanos. Es famoso el tratado de gastronomía “De re Coquinaria”, que escribió Marcus

Gavius Apicius entre la batalla de Actium, el 31 AC y la de Galba, el 68 DC. Con 10 libros, el 7º está dedicado a las “delicatessen”, donde mezcla recetas con recomendaciones médicas.

En los 8 libros que comprenden el tratado De Medicina de Aulus Cornelius Celsus en el Primer Siglo DC se discute ampliamente la dietética, citando su rol central en la medicina y en la sociedad de la época. Él catalogaba la dietética en dos categorías: la saludable, que llamaba “firmi” y la no saludable que llamaba “imbecilli”.

A finales del Siglo V, Caelius Aurelianus se preocupó de la obesidad y de las enfermedades crónicas. Según él, la obesidad no era una patología localizada sino una enfermedad sistémica que llamó polysarcia (exceso de carne) que tenía serios riesgos para la salud y cuya terapia tenía que ver con los estilos de vida, ejercicio y actividad moderada. Con el cristianismo, la moderación era considerada un ideal supremo, así como la frugalidad y el ascetismo. Por lo tanto, la obesidad era considerada como algo negativo.

En los textos de la edad media, la autodisciplina tendió a diversificarse y a constituir reglas en los monasterios y hay textos, como el Regimina Mensium o regímenes mensuales, preocupados de los efectos beneficiosos de la dieta. Por supuesto, no todos los monjes seguían estas reglas, las que se fueron relajando del Siglo X en adelante, como lo muestra la excelente novela de Humberto Eco “En nombre de la rosa”. Es por ello que aparecen textos como el “Discurso de la Vida Sobria”, de Luigi Cornaro, publicado en Padua en los 1500.

Durante la edad media fueron traducidos los textos de Hipócrates y Galeno relacionados con la dieta, especialmente en Italia, en la escuela médica de Salerno con el “Regimen Sanitatis Salernitanum”, una suma de preceptos condensados en 362 versos, que da los mejores tratamientos para cada enfermedad y las reglas para mantenerse saludable gracias a una dieta adecuada, y la de Bolonia con el Libello per conservari la sanità, de Taddeo Alderotti en Italia y Montpellier en Francia.

También de esa época son los escritos de Averroes y Maimónides en Córdoba, España, que introdujeron la cultura árabe en Europa, y de Toledo, gran centro traductor de los trabajos clásicos del latín con Gerardo de Cremona.

Un best seller de la época medieval en Europa fue el *Secretum Secretorum*, el Secreto de los Secretos, un tratado apócrifo pseudo-aristotélico sobre salud y medicina con recomendaciones y preceptos acerca de la preservación de la salud y la prolongación de la vida, que habría nacido de una carta de Aristóteles a su discípulo Alejandro Magno con recomendaciones para su salud y otros temas. De nada le habría servido a Alejandro, que murió a los 33 años, teóricamente de una neumonía después de bañarse en un río muy frío y según otros, después de excesos de alcohol y comida de varios días de duración.

Este libro dio origen al *Regimina Sanitatis*, un vademécum con reglas detalladas de higiene, dieta y farmacología, dirigido a los soberanos que estaban en el poder. De nuevo, se ve que las recomendaciones de dieta saludable eran para los que podían hacerlo, que eran los ricos y poderosos.

Otro libro importante fue el *Régime du corps* de Aldobrandino de Siena, cuyo propósito era prevenir la enfermedad o recuperar la salud, respetando ciertas reglas de estilos de vida con apoyo de un profesional, lo que dio origen a varios libros publicados sobre el tema en el Siglo XV, al inicio del Renacimiento. Aun cuando en la parte de la higiene no se menciona la sexualidad, las pasiones juegan un rol importante como producto de alteraciones somáticas: el corazón es el órgano de la pasión, con aceleración del ritmo cardíaco, rubores y cambios en la coloración de la piel. Algunas pasiones son positivas, cuando producen alegría y gozo, mientras que la ansiedad, tristeza, miedo y rabia que pueden producir, son consideradas negativas.

Los médicos pasan a tener un papel importante en este período, especialmente para dar recomendaciones dietéticas.

En el Renacimiento, llama la atención la figura de Leonardo Da Vinci, hombre genial y múltiple. Antes que escultor, arquitecto, músico, escritor, pintor o inventor, Leonardo estuvo ligado indisolublemente al arte de la cocina.

Fue jefe de cocina de la taberna “Los Tres Caracoles” y junto con Botticelli tuvieron un restorán en el Ponte Vecchio de Florencia, llamado “La Enseña de las Tres Ranas de Sandro y Leonardo”, que no prosperó económicamente y debieron cerrarlo. Frente a la brutalidad desmesurada

de los banquetes medievales, con carnes y especias, fue el creador de “la nouvelle cuisine”, inventor de la servilleta luego de que el tenedor fuese inventado en Venecia, al que le agregó la tercera púa. La servilleta la creó para evitar que los nobles cuando comían se limpiasen en sus propias ropas y lo hizo cortando un mantel en pedazos. Como no le fue muy bien en Florencia, fue contratado por Ludovico Sforza, el Moro, señor de Milán para encargarlo de sus festines, y allí construyó una gigantesca cocina en su castillo, con toda suerte de inventos mecánicos, como asadores automáticos, extractores de humo, un sistema de lluvia artificial, picadoras de carne, cortadora de berros y otros que se le atribuyen, como la máquina para moldear los espaguetis.

Entre sus excentricidades, para congraciarse con Ludovico en un banquete en su honor, hizo tallar para cada comensal una gran remolacha con la cara de Ludovico, sobre dos hojas de lechuga, para lo cual tuvo que contratar 100 artistas-cocineros-talladores de Milán.

Para poder mantener encendida la cocina, creó un sistema gigantesco de transporte de leña con energía aportada por caballos, que al final ocupó tanto espacio, que Ludovico, desesperado, lo envió al campo a pasarse un tiempo a la abadía de Santa María Della Grazie, donde tuvo la tranquilidad para pintar La Última Cena.

Todo esto está relatado en un libro maravilloso titulado “Notas de Cocina de Leonardo da Vinci” (2) basado en el Codex Romanoff, manuscrito de Leonardo presuntamente guardado en el Museo L’Hermitage de Leningrado, de ahí su nombre.

Posteriormente, en los siglos siguientes existe una frondosa literatura relacionada con la alimentación, ya no como fuente de nutrientes, sino como vehículo de veneno y muchos nobles y reyes vivían aterrorizados de que los envenenaran a través de la comida o bebida. Esto está ampliamente descrito en la literatura de la época y en libros famosos, como la saga de Los Reyes Malditos, cuya versión III se titula “Los Venenos de la Corona”.

En los tiempos más modernos, específicamente en la Revolución Industrial, la alimentación aparece en los libros de Charles Dickens, Emile Zolá, Víctor Hugo, en general como algo difícil de obtener, sin mucha sofisticación y mencionado de pasada.

En la literatura rusa del Siglo XIX, tampoco aparecen los alimentos, pero sí mucho relacionado con los venenos en los alimentos, como lo describe Henri Troyat en sus libros acerca de Pedro el Grande, Catalina la Grande y las Zarinas.

Pero los escritores norteamericanos, no han asumido el tema de la obesidad en la literatura, donde es rarísimo que aparezca un obeso, cuando la prevalencia de obesidad, especialmente la mórbida, es muy elevada en los Estados Unidos. William Faulkner tiene un cuento en que aparece una obesa, “Una rosa para Emily”, pero ni John Steimbeck, John Dos Passos, Philip Roth, Paul Auster, Richard Ford, tienen personajes obesos en sus libros ¿por qué? No lo sabemos. Una excepción la constituye John Kennedy Toole en “La conjura de los necios” cuyo personaje Ignatius Reilly –uno de los más memorables de la literatura norteamericana- quien a los 30 años vive con su estrafalaria madre, es obeso mórbido y se alimenta pésimo, incomprendido, inadaptado y anacrónico, quien se ve envuelto en todo tipo de situaciones disparatadas cuando es forzado a salir al mundo para buscar un trabajo.

Los escritores del boom latinoamericano tampoco mencionan en detalle la comida en sus libros, pero a diferencia de Borges, por ejemplo, o Vargas Llosa o García Márquez, que lo hacen muy de pasada, Pablo Neruda sí le da mucha importancia en sus odas a la cebolla, el tomate, la naranja, el caldillo de congrio. Además, tiene un libro maravilloso con Miguel Ángel Asturias, “Comiendo en Hungría” que no trata precisamente de comida muy saludable, donde aparece que Asturias no tenía una idea muy favorable de lo que él llamó “dietistas”, señalando en uno de sus párrafos: “La vida está sitiada en su castillo de frutas, de viandas, de pescados, de carnes, de todo lo que constituye el contenido de una buena mesa. El asalto final lo preparan científicamente los dietistas, estéticamente los modistas, religiosamente los ascetas y creyentes practicantes, económicamente los mercaderes, cronométricamente itinerario y relojes”. “De las cocinas huyeron las horas amorosas de preparación de platos y pasteles, y la tristeza disfrazada de preocupación por la gordura, la línea, el pecado, el costo y el tener que estar a horario, acabó con lo que antes era grato y placentero: sentarse a comer”.

Algo similar señala el chileno Germán Marín en su libro “La ola muerta”, lanzado el 2008, cuando dice: “Animados por el obsequio de un frasco de alcayota, a Juana se le ocurrió esta tarde que cumpliéramos con el viejo ritual de tomar once. Es una costumbre que se nos ha ido

olvidando. Me dio alegría contemplar contra la luz, los filamentos dorados de aquel dulce que no probaba desde hacía muchísimo”. Sin embargo, las últimas encuestas señalan que el 90% de la población chilena toma once y no come en la noche, no de la forma ritual que se hacía antes, sentándose alrededor de la mesa, sino en la medida que van llegando a la casa se abre el refrigerador para comer algo agregado al pan, lo cual es muy poco saludable y es una de las principales causas de la mala alimentación de la población chilena, del bajo consumo de frutas y verduras, de la obesidad y del síndrome metabólico que sufren los chilenos (3).

Otros latinoamericanos, como el peruano Alonso Cueto, han enfrentado en sus libros la obesidad. En un cuento titulado “Aló, ¿me oyes?”, incluido en “Pálido Cielo” de 1998, narra el encuentro entre un estudiante que está en Estados Unidos y una dama cuya seductora voz escucha por el teléfono. Cuando se encuentran, lo espera una gran sorpresa y lo describe así: “No era una mujer. La criatura que tenía ante mí, cortada verticalmente por la puerta, era una especie de ballena acolchada. Tenía cachetes inflamados, ojos oceánicos, y pelo escaso y negro. Sus muslos y brazos parecían oleoductos. Era, en suma, gorda hasta la deformidad”.

Esas mismas imágenes aparecen casi textualmente en la novela del 2007 “El susurro de la mujer ballena”, finalista del Premio Planeta-Casa de América y casi paralelamente apareció otra novela de la escritora argentina Ana María Shua titulada “El peso de la tentación”. En ambas, se plantea el tema de cómo el cuerpo y su aspecto puede determinar el destino de una persona.

José Donoso, también tiene un cuento con un obeso en 1960, titulado “El Charleston”, en el cual un bailarín con obesidad, supuestamente mórbida, termina su vida de un infarto al miocardio bailando enloquecidamente. Posteriormente, en 1995, retoma el tema, pero esta vez en una Universidad de Iowa en Estados Unidos con la novela “Donde van a morir los elefantes”.

Otro autor chileno conocido es Hernán Rivera Letelier, que en su libro premio Alfaguara, titulado “El Arte de la Resurrección” que trata sobre El Cristo del Elqui, cuenta en su particular estilo, como era la alimentación en las salitreras, que sí era gregaria alrededor de la olla común: “Un grupo de mujeres sudorosas, con delantales cortados de sacos harineros, y las mejillas manchadas de tizne, repartían las cucharadas del almuerzo humeantes a la tupida fila de hombres, mujeres y niños que aguardaban con sus viandas desconchadas y sus largas miradas de hambre. El menú de cada día era

la vigorosa porción de porotos, -un día con mote, al siguiente con riendas-aderezada con una aromosa mancha de ají que, en un fuego aparte, hervía en una negrísima sartén sopaipillera”.

Hablando de la alimentación chilena, no podemos dejar de mencionar la famosa “Cocina Popular”, de Mariana Bravo Walker, asistente social que escribió el libro en 1964, “para mejorar la relación familiar mediante una alimentación integral, económica y nutritiva”, con recetas basadas en los cuatro grupos de alimentos, lo que le valió ser declarado texto auxiliar de educación para la enseñanza media (4).

Otro libro de cocina chilena muy interesante, es el de Sonia Montecino, Antropóloga de la Universidad de Chile, titulado “La olla deleitosa. Cocinas mestizas de Chile” (5), en la que señala que nuestra comida proviene de un entrevero de tres culturas: la indígena, la española y otras tradiciones extranjeras como la alemana y francesa. Lo indígena estaría dado por las materias primas utilizadas (maíz, papa y poroto); lo hispánico por los hábitos y usos alimenticios, en especial el consumo del pan y del vino, y lo francés y alemán por la introducción de la cocina más sofisticada, como los postres, que son de claro origen europeo. Las sopaipilla y empanadas serían un ejemplo perfecto del sincretismo entre lo mapuche y lo español, que se habría producido por las cautivas españolas que le tenían que cocinar a los caciques mapuches, como lo relata Pineda y Bascuñán en “El cautiverio feliz”.

Recientemente, han salido libros extraordinarios relacionados con la alimentación. Por ejemplo, Muriel Burbery, la autora de “La elegancia del erizo”, tiene un libro anterior que se llama “Una golosina”, en el cual el protagonista, en el momento de su muerte, hace un recuento de las mejores comidas, sabores y sensaciones que ha tenido a través de su vida de crítico gastronómico, para concluir que el mejor sabor, que el sabor perdido, fue el de buñuelos de supermercado que consumía muerto de hambre a la salida del colegio cuando era adolescente.

En la literatura policial nórdica o escandinava, con Henning Mankell como su autor principal y su personaje el comisario Kurt Wallander, policía de Ystad, Escania, al sur de Suecia, sobre el cual escribió 10 libros notables. Este policía es el prototipo del ciudadano occidental que tiene una dieta de comida rápida con alto contenido de grasas, azúcar y sal, por vivir solo y no tener tiempo de comer otra cosa que no sean hamburguesas, pizzas, papas fritas y todo tipo de la llamada “comida chatarra”. Como consecuencia, a temprana edad Kurt Wallander está con sobrepeso, hipertensión y es

diabético, para terminar en el último libro del comisario, “El Hombre Inquieto”, con una enfermedad degenerativa crónica propia de la época en que vivimos, poco después de los 60 años.

El sueco Stig Larsson, autor de la exitosísima y best seller trilogía Milenio, falleció a los 50 años al terminar su último libro. Al ir a entregarlo, después de subir escalas rápidamente sufrió un infarto y murió en forma instantánea. Stig Larsson era conocido por sus pésimos hábitos de alimentación, además de no hacer ejercicio y fumar dos cajetillas de cigarrillos al día.

Otra autora sueca, Asa Larsson, en Aurora Boreal, describe como la protagonista retorna a su ciudad natal, Kiruna, en el círculo polar ártico de Suecia, donde se observa la Aurora Boreal y se reencuentra con sus raíces solo cuando vuelve a saborear lo que comía cuando niña, entre otros, carne de alce y cerdo, con pan con mucha mantequilla, nada muy saludable.

Los padres de la literatura negra nórdica son una pareja de comunistas suecos, Maj Sjöwald, fallecida recientemente, y Per Wahlöö, quienes comenzaron una saga de 10 libros policiales, con 30 capítulos cada uno y uno al año desde 1965 hasta 1975 en que falleció Per Wahlöö, con el objetivo de criticar la sociedad sueca, con su personaje, el inspector Martin Beck, de homicidios de la policía de Estocolmo. Los hábitos alimenticios de este inspector no eran saludables y en una invitación a comer a su casa, que aparece en su mejor libro “Muerte en el Savoy”, lo que tenía para tres invitados y él está descrito de la siguiente manera:

“Sobre la mesa había arenques al eneldo, nata agria y cebolleta picada. Un cuenco con caviar de alburno, adornado con una tira de cebolla picada, eneldo y gajos de limón. Salmón ahumado en rodajas finas sobre delicadas hojas de lechuga. Huevos cocidos cortados a gajos. Arenque ahumado. Salami húngaro, chorizo polaco, salchichón finlandés y morcilla de Escania. Una gran fuente de ensalada llena de gambas frescas, plato del que estaba especialmente orgulloso, pues lo había preparado él mismo y, para su gran asombro, estaba delicioso. Seis quesos diferentes encima de una tabla de picar de madera. Rabanitos picantes y aceitunas. Pan Pumpnickel alemán, pan de hogaza húngaro y pain-riche francés recién salido del horno. Mantequilla campera servida en una bonita tarrina tradicional, de madera. Las patatas

nuevas hervían a fuego lento sobre los fogones, emitiendo pequeñas nubes de aroma de eneldo. En la nevera había cuatro botellas de Piesporter Falkenberg y latas de Carlsberg Hof, y en el congelador, una botella de aguardiente Lotejens Akvavit”.

En el primer libro de la saga “Una guerra interminable” de Almudena Grandes titulado “Inés y la Alegría”, relata la muy poco conocida invasión al valle de Arán, en los Pirineos, por parte de los republicanos españoles que estaban en el sur de Francia al término de la Segunda Guerra Mundial, entre el 19 y 27 de octubre de 1944. El personaje principal es Inés, la cocinera del ejército invasor en Bosost, que como personaje describe lo que cocinaba al desayuno:

“Corté pan, embutidos, escaldé unos tomates, los pelé, los rallé, llené una fuente grande de huevos fritos con tocino, y aunque Zafarraya protestó al bajar, joder Inés, vamos a engordar pero de verdad, para sonreírme un instante después, qué rico todo ¿no?, se lo comieron tan de prisa, que cuando saqué los bollos que había hecho la tarde anterior, solo llegué a ver el fondo de loza blanca grasienta”.

Otra extraordinaria descripción, en este caso de frutas, se encuentra en el libro “Autorretrato sin mí” de Fernando Aramburu, autor además de “Patria” su obra cumbre sobre el tema ETA en la comunidad autónoma vasca, quien describe en el capítulo “Manzana”:

“Tomo la manzana, de tamaño desproporcionado para la mano, y la muerdo en su rubor crujiente. El rito se repite cada día, más o menos a la misma hora, por motivos que nada tienen que ver con la nutrición. En todas ellas percibo, antes que su sabor, una disimulada resistencia a darse. Todo lo contrario de la naranja que, desnuda de su cáscara, se entrega al sacrificio jugosa desde el comienzo. O de la ciruela, con la que conviene tener cuidado para que, en su afán de atravesar entera y rápida la boca, no nos atore con el hueso en la garganta. La manzana, en cambio, tiene sus puntas de orgullo y es más hermética, más callada en sus aromas, que no le faltan cuando quiere. Ofendida por el mordisco, cortada o golpeada, la manzana ya no quiere sino desistir de su existencia de manzana, y oxidarse y corromperse cuanto antes”.

La literatura es una fuente inagotable de ejemplos sobre dieta y sus consecuencias. Por lo tanto, así como se dice “el hombre es lo que come”, podríamos decir también “el hombre es lo que lee”, de acuerdo a Sergio Pitol, escritor mexicano, que señala: “Uno es los libros que ha leído, la pintura que ha visto, la música escuchada y olvidada, las calles recorridas. Uno es su niñez, su familia, unos cuantos amigos, algunos amores, bastantes fastidios. Uno es, una suma mermada por infinitas restas”.

Para terminar, señalaremos lo que dijo Tomás Eloy Martínez, autor argentino de “Santa Evita”:

“Somos lo que hemos leído o seremos, por el contrario, la ausencia que los libros han dejado en nuestras vidas”.

REFERENCIAS

1. Da Dáita: Las reglas de la salud en los manuscritos de la Biblioteca Laurenziana. Biblioteca Médica Laurenziana, Florencia, Italia, 2010.
2. Notas de Cocina de Leonardo da Vinci. Jonathan Routh, 18ª edición, Barcelona 1999.
3. Valentino G, Acevedo M, Villablanca C et al. La ingesta de “once” en reemplazo de la cena, se asocia al riesgo de presentar síndrome metabólico. Rev Med Chile 2019, 147:693-702.
4. La Cocina Popular. Mariana Bravo Walker. Editorial Grijalbo, 1964.
5. La olla deleitosa. Cocinas mestizas de Chile. Sonia Montecinos, Editorial Catalonia 2017.

CAPÍTULO 14

CONCLUSIONES

“Era un viejo que pescaba solo en un bote del Gulf Stream y hacía ochenta y cuatro días que no cogía un pez”. Así se inicia la novela “El Viejo y el Mar” de Ernest Hemingway, que se publicó en 1952, basada en un hecho real que el escritor había contado en pocas palabras en un artículo de la revista Squire en 1936: un pescador se hace a la mar y captura un pez muy grande, pero antes de llegar a la playa, los tiburones la devoran y en tierra solo queda una enorme espina desnuda. Se trata de una parábola del hombre frente a la adversidad, lo que queda plasmado en la frase “el hombre no está hecho para la derrota; un hombre puede ser destruido, pero no derrotado”.

En los temas de promoción de salud y prevención de la obesidad, después de una demora de más de una década en darnos cuenta de que nuestras prioridades no eran las enfermedades materno-infantiles e infecciosas sino las enfermedades crónicas no transmisibles, obesidad y diabetes, se logró iniciar un programa de promoción de salud en estilos de vida saludable en 1998, que se mantuvo hasta el 2005, donde fue desplazado y relegado a un segundo plano por el plan AUGE y las políticas de los Determinantes Sociales en Salud. De ahí hasta el presente, el gran pez que significaron las políticas de Promoción de Salud del inicio de la década del 2000 se ha ido quedando sin carne, permaneciendo solo un frágil esqueleto de lo que deberían ser las políticas de promoción de salud y prevención de la obesidad.

Mientras tanto, estos problemas han ido aumentando, creando una gran carga de enfermedad a la población, con daño a las personas y a las familias, junto a una inmensa demanda creciente en los servicios de salud que el Estado no ha sido capaz de satisfacer.

A lo anterior se agregó el estallido social del 18 de octubre 2019, donde una vez más aparecen las demandas insatisfechas de salud por parte de la población, pero sin considerar los temas de promoción ni prevención de salud. Luego aparece la pandemia del Coronavirus, donde quedó en evidencia que la obesidad y sus consecuencias son factores de riesgo muy importantes, no solo para las enfermedades crónicas, sino también como causas preexistentes de morbilidad y especialmente de mortalidad de las enfermedades infecciosas.

Además, en el transcurso de los meses de pandemia fueron aumentando los contagios y las muertes en magnitudes que ningún modelo ni pronóstico epidemiológico había anticipado, en gran medida porque la población no ha seguido las indicaciones de confinamiento, aislamiento, lavado de manos y uso de mascarillas. Esto se debe a razones culturales y socioeconómicas, especialmente en los sectores más vulnerables que viven en hacinamiento y deben salir diariamente a conseguir su sustento. Pero también se debe a un sistema de salud débil que dejó de preocuparse de lo promocional y preventivo, es decir, de anticipar las enfermedades limitándose a tratarlas cuando estas se produjeran.

Desde el año 2005 en adelante las políticas de salud se focalizaron en lo financiero y la atención curativa de la población, olvidando la promoción y prevención de salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud que también se dedicó a lo curativo.

Esto quedó en evidencia a lo largo de la pandemia, en que el foco fue la atención hospitalaria de tratar pacientes graves (aumento de camas clínicas, ventiladores, equipamiento), relegando a un segundo plano la atención en centros de salud para hacer testeo rápido y trazabilidad de los posibles contagios para aislarlos. En cuanto a las medidas generales de confinamiento o cuarentena, simplemente la población no creyó lo que decían las autoridades por el descrédito de las instituciones y del sistema político en general y además no tenía la cultura de anticiparse a la enfermedad por culpa de una cultura sanitaria que no privilegió lo promocional-preventivo.

En consecuencia, siguieron aumentando los contagios, los casos graves y las muertes por ser además Chile un país con alta prevalencia de obesidad y sus co-morbilidades como diabetes, hipertensión arterial.

Frente a esta realidad, es necesario continuar haciendo abogacía por los temas de promoción de Salud y prevención de las ECNT, y en particular de la obesidad, para que estos problemas sean considerados prioritarios por nuestra población y por las autoridades.

Mientras la población del país no se haga cargo de que los temas de promoción de salud (alimentación saludable, actividad física, disminución del consumo de tabaco y alcohol) son fundamentales para su calidad de vida y salud futura, en un país que está envejeciendo rápidamente, no van a existir políticas exitosas de salud. En las democracias modernas, la participación de la población en las políticas es fundamental para su éxito.

Existen algunos progresos en actividad física, pero en grupos que no son los más vulnerables. En cambio, en alimentación los avances en la conciencia de la población en la necesidad de tener una alimentación saludable son mínimos y aún persiste el hábito de comer en forma rápida sin importar el contenido nutricional ni preocuparse de las consecuencias futuras que esto tiene para su salud.

Si esa situación se mantiene, lo más probable es que los factores de riesgo sigan empeorando y las enfermedades crónicas sigan aumentando, en un país desigual, con una población envejecida y mayoritariamente pobre, más aún después de la crisis económica post pandemia.

En cuanto al futuro después de la pandemia, hay opiniones que van desde lo pesimista a consideraciones más humanistas. Por ejemplo, el escritor Javier Cercas cuando se le pregunta ¿qué rescata de la crisis? responde: “Nada. Me gustaría que no se hubiese producido. Y claro que podrían aprenderse muchas cosas de ella -muchísimas- pero dudo que vayamos a aprender nada: los seres humanos somos así de bestias, y me canso de citar a Bernard Shaw, que tal vez pensaba en Hegel cuando escribió que lo único que se aprende de la experiencia es que no se aprende nada de la experiencia” (*La Tercera* Domingo, 31 mayo 2020).

En cambio, la escritora Siri Hustvedt, autora de “Todo cuanto amé”, comenta: “El virus ha convertido nuestra interdependencia en algo asombrosamente evidente. Todos somos seres naturales, vulnerables a la enfermedad y a la muerte”.



"La pandemia de coronavirus se considera la mayor crisis global después de la Segunda Guerra Mundial y sus efectos de cómo se va a comportar el virus y de su impacto en la economía, son impredecibles.

Para enfrentarla, el mundo no estaba preparado, a pesar de haber sufrido epidemias recientes como la del SARS, gripe aviar, influenza H1N1, MERS, Ébola y haber sido anunciada por un grupo de expertos de la OMS el 2018. A pesar de ello, nunca en la historia presente se había tenido tanta incertidumbre acerca del futuro cercano, a pesar de los inmensos avances en ciencia y tecnología a nivel mundial. Esta crisis ha demostrado la fragilidad del hombre ante lo que puede enviarnos la naturaleza -en este caso un virus desconocido proveniente del reino animal- frente al cual ha sido imposible enfrentarnos con los avances tecnológicos y se ha debido recurrir a conductas ancestrales como la cuarentena, al no contar con vacuna ni tratamiento, lo que está dejando una secuela de miles de muertos, crisis económica y daños psicológicos graves producto del aislamiento social".

Dr. Fernando Vio