



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

“El contexto social y los condicionantes de la obesidad en Chile: las políticas públicas y su implementación”

Tesis para Optar al Título Profesional de Socióloga

Alumna: Elisa J. Heynig Pepper

Profesora Guía: Silvia Lamadrid

27 de noviembre del 2008

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
1º Capítulo.....	8
ASPECTOS METODOLÓGICOS	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVO.....	8
TIPO DE INVESTIGACIÓN	9
HIPOTESIS	9
RELEVANCIA DEL ESTUDIO.....	9
METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN	10
2º Capítulo.....	11
MARCO CONCEPTUAL	11
SALUD COMO FENÓMENO SOCIAL	14
Historia y concepciones de la Salud y la Enfermedad	15
Modelos Médicos	23
Conferencias Internacionales de Promoción En Salud.....	24
Equidad en Salud... el punto crítico en la visión biopsicosocial	29
Medicalización y Mercantilización de la Atención en Salud	32
EL IMPACTO DE LA GLOBALIZACIÓN	37
CUERPO Y BELLEZA HOY	43
El Consumo de belleza	48
‘Culto’ del cuerpo.....	49
Cuerpo, identidad y rol	50
3º Capítulo.....	53
LA OBESIDAD	53
UN PROBLEMA MUNDIAL	53
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	58
CHILE	59
Cambios Demográficos	60
Cambios Epidemiológicos.....	63

FACTORES DETERMINANTES DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO	65
FACTORES GENÉTICOS	67
Lactancia Materna Natural Exclusiva	69
FACTORES ECONÓMICOS	70
Acceso a Alimentos	71
Pobreza / Inequidad.....	72
FACTORES SOCIO – CULTURALES: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	73
Actividad Física.....	74
Desarrollo Urbano	79
Alimentación y sus Condicionantes.....	83
IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA SALUD	89
IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA ECONOMIA	90
4º Capítulo.....	92
POLÍTICAS, PROGRAMAS y ESTRATEGIAS	92
Las Recomendaciones de la OMS / OPS	92
Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS).....	93
CARMEN: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (ENT).....	101
CHILE.....	106
HISTORIA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD EN CHILE.....	106
REFORMA EN SALUD	111
OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DECADA 2000-2010:.....	116
POLÍTICAS IMPLEMENTADAS EN CHILE PARA COMBATIR LA OBESIDAD	119
EGO – Chile	119
Avances al primer año de EGO – Chile (87)	122
Intervención Nutricional a Través del Ciclo Vital.....	126
5 al Día.....	128
Proyecto Prevención y Tratamiento de la Obesidad Infantil en las Escuelas Básicas de Chile.....	130

Programa Karelia del Norte, Finlandia.....	133
5º Capítulo.....	136
CONCLUSIONES y algunas consideraciones en torno al tema.....	136
SIGLAS.....	144
Bibliografía.....	146
ANEXO 1: Avances en los Objetivos Sanitarios de Chile.....	154

INTRODUCCION

La presente tesis **“Los condicionantes y el contexto social de la obesidad en Chile: las políticas públicas y su implementación”** desarrolla y analiza los factores y aspectos condicionantes de la obesidad en Chile y el mundo, así como el contexto en que se da, desde una perspectiva social, para luego describir las políticas y estrategias que han sido diseñadas para su control o mitigación y su implementación.

El interés respecto de la obesidad surge a partir de la constatación de que este tema representa una importante preocupación en el mundo de la salud, llegándose a considerar *“la epidemia del siglo XXI”*.

Una mayor profundización en esta idea muestra ciertos aspectos que pueden considerarse sorprendentes: el tema de la desnutrición compromete a un número menor de personas que la obesidad, siendo por tanto una problemática de mayor dimensión a nivel mundial y con una tendencia creciente; la aparente no distinción entre diferentes niveles socioeconómico; la notable cantidad de literatura disponible proveniente del mundo científico y de la salud pública y aquella que mirándolo desde otra perspectiva, lo convierten en un medio para lucrar.

¿Es posible que la obesidad sea más que un tema sólo estético? Una mirada superficial respecto al impacto que la obesidad tiene en la salud de las personas lleva a concluir que es uno de los principales factores de riesgo en la generación de enfermedades crónicas que hoy tienen una muy alta prevalencia en el mundo y que constituyen las principales causas de mortalidad, con un altísimo costo social y económico. Siendo la obesidad un problema de salud que tiene prevención y que es evitable, este hecho significa que se están restando recursos para tratar aquellas enfermedades que no son prevenibles ni evitables y que también tienen impacto en la calidad de vida y sobrevivencia de las personas.

Con todo, al mirar y analizar cómo esta problemática llega al ciudadano común y corriente, aparecen aspectos que ameritan una reflexión: por un lado hay un mercado y una tendencia del marketing que sigue posicionando aquellos alimentos que son un riesgo por su capacidad de generar obesidad; los que se eximen de esta categoría tienen precios que resultan prohibitivos para buena parte de la población. Algo similar ocurre con los estilos de vida saludables, que incluyen recomendaciones como el

ejercicio regular evitando la tendencia al sedentarismo, el llevar una alimentación equilibrada, asistir a controles periódicos para controlar parámetros biológicos que permitan una detección precoz de otros factores de riesgo, entre otras recomendaciones. Sin embargo, todas estas son conductas que están fuertemente asociadas a la capacidad de pago y por tanto son discriminatorias; la sociedad impone un modelo de trabajo y de vida que constituyen obstáculos para su aplicación y por sobretodo aparece éste como un tema donde las personas están muy desinformadas respecto a los riesgos que conlleva el ser obeso. Cabe preguntarse en este contexto, cuál ha sido el enfoque que se le ha dado a las políticas públicas orientadas a mitigar este fenómeno.

Desde la mirada cultural y de la imagen social de la belleza, cuál es la corporalidad que está en el imaginario colectivo; puede considerarse ésta como una problemática de género, que discrimina y afecta selectivamente a las mujeres?

Con estos antecedentes se considera válido el incursionar con mayor profundidad y en forma sistemática en el tema de la obesidad, desde una perspectiva social, buscando los aspectos que inciden en la generación de este fenómeno. Junto con ello, revisar las estrategias y políticas públicas que se han diseñado para paliar este problema, los modelos de prevención en curso y su implementación.

Así, esta tesis tiene como objetivo general el describir y analizar los aspectos y factores que inciden en el aumento de la obesidad en Chile y cómo éstos se ven reflejados en las políticas de salud.

La siguiente investigación se estructura en 5 capítulos:

Primer Capítulo: se expone el planteamiento del problema de investigación, los objetivos que la guían y los aspectos metodológicos bajo los cuales se desarrolla.

Segundo Capítulo: se desarrolla el marco conceptual, a modo de contextualizar, los elementos contemporáneos que inciden en el problema de la obesidad, tanto en Chile como en el mundo. En él se tratan los temas de: la salud como fenómeno social, su historia, concepción, modelos y características de ésta en la actualidad; la globalización en cuanto a su efecto en el cambio de los patrones culturales de consumo; los cambios en los cánones de belleza (estética) a lo largo de la historia y cómo estos afectan principalmente a la mujer.

Tercer Capítulo: se desarrollan los antecedentes y características del fenómeno de la obesidad, en términos cuantitativos y cualitativos y su impacto en el mundo, América Latina y Chile en forma más específica, en el marco de los cambios demográficos y epidemiológicos que la población ha sufrido en las últimas décadas. Luego se exponen los factores determinantes de la obesidad y el sobrepeso, en el caso Chileno (común a otros países), en cuanto a los factores genéticos, económicos y socio – culturales relacionados con el estilo de vida saludable. Para terminar el capítulo se analiza el impacto que tiene la obesidad en la salud y la economía.

Cuarto Capítulo: se expone, en una primera instancia, las directrices generales de políticas, programas y estrategias elaboradas por la OMS / OPS para la reducción de la obesidad y de las enfermedades no transmisibles, para luego analizar, en el marco de la Historia de los sistemas de salud en Chile, la Reforma y los Objetivos Sanitarios planteados por el gobierno, las principales políticas y proyectos implementados en Chile relacionadas con la obesidad.

Quinto Capítulo: se presentan las conclusiones de la investigación.

1º Capítulo

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A continuación se expone el marco metodológico en el que se desarrollará esta investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los aspectos y factores condicionantes y de contexto, que inciden en el aumento de la obesidad en Chile y cómo se ven éstas reflejadas en las políticas en salud?

OBJETIVO

Describir y analizar los aspectos y factores condicionantes y de contexto, que inciden en el aumento de la obesidad en Chile y cómo se reflejan éstos en las políticas en salud implementadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir la situación de obesidad en el mundo y en Chile, en el marco de los cambios demográficos y epidemiológicos.
- b) Exponer los factores genéticos, económicos y socioculturales que inciden en la obesidad, su importancia relativa y el impacto que cada uno de ellos tiene en el fenómeno observado, en el marco de los cambios socioculturales y económicos que se han producido en Chile.
- c) Analizar las directrices y estrategias fomentadas por la OMS.
- d) Revisar las políticas públicas y experiencias implementadas en Chile y su actual nivel de desarrollo a la luz de los antecedentes y cuestionamientos presentados.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación busca identificar y describir los distintos aspectos, factores y actores que inciden o influyen en el problema de la obesidad, siendo definida ésta como una investigación cualitativa, de carácter descriptivo, ya que “se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga.” (1 pág. 102).

HIPOTESIS

- Hay aspectos sociales y culturales que sobrepasan el ámbito de acción del Estado.
- Hay aspectos relacionados con el problema de la obesidad que trascienden el ámbito de las políticas públicas del sector salud, requiriendo de la participación de otros sectores del Estado y organizaciones sociales.
- En la obesidad inciden una multiplicidad de factores socioculturales que no son suficientemente considerados en el diseño de las políticas públicas.

“Las hipótesis de trabajo cualitativas son pues, emergentes, flexibles y contextuales, se adaptan a los datos y avatares del curso de la investigación.” (1 pág. 533)

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Al ser la obesidad un problema mundial, llamada “la nueva epidemia global”, de preocupación tanto para los gobiernos como para un amplio sector de la población, por los altos costos que tiene (tanto sanitarios y económicos, como sociales y culturales), afectando a gran parte de la población en el mundo (incluso más que el problema de la desnutrición o el hambre). Es por esto que se están tomando medidas, desde distintos ámbitos para combatirla, habiendo múltiples estudios e investigaciones sobre los factores que inciden en el sobrepeso y la obesidad, sobre cómo combatir o aminorar estos factores, y la situación de distintas poblaciones ante este problema.

La relevancia de esta investigación recae en la sistematización de información existente y la generación de relaciones entre los diferentes aspectos / áreas en torno al problema de la obesidad, que suele ser visto desde uno u otro aspecto o actor, pero no en forma integrada y como fenómeno multifactorial. Otro aspecto relevante es que se realiza desde la visión de las ciencias sociales, al cual se une el aspecto sanitario (de gran relevancia en este tema). Por la relevancia del problema, se considera también el contexto social, cultural, histórico y económico en el que se enmarca.

La información recopilada y sistematizada de distintas fuentes se podría utilizar como información base para estudios e investigaciones posteriores, así como para la formulación de políticas y programas. En este sentido, se quiere contribuir, exponiendo la relación entre los factores que inciden en el fenómeno estudiado, los actores involucrados y el contexto (social, cultural, económico, histórico) en que se da, directa o indirectamente.

METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de esta investigación se recurrirá a diversos medios de información. Se seleccionará bibliografía, tanto nacional como internacional, relacionada con el tema, en libros, sitios web y artículos de fuentes reconocidas. Se recurrirá a investigaciones y estudios relacionados con el tema, de instituciones y organismos internacionales (OMS/OPS, Naciones Unidas, Universidades, Ministerios, etc.). Se revisaran datos secundarios elaborados por el gobierno de Chile o recopilados por Organismos Internacionales, extraídos principalmente de páginas web. Por último, se utilizará información compartida en la Cumbre Nutrición y Salud, realizada en Valparaíso, Chile el 24 y 25 de Marzo del 2008.

2º Capítulo

MARCO CONCEPTUAL

Así como hay organismos y factores que permiten vivir al ser humano (alimento, aire, clima, habitación, trabajo, técnica, comunicación, relaciones familiares y sociales, etc.), estos mismos factores pueden causar enfermedades y provocar fenómenos destructivos, “si actúan con particular intensidad, si pesan excesiva o insuficientemente, o si operan sin control. Un mismo elemento puede asumir dos valores: puede ser fuente de salud o razón de malestar” (2 pág. 15). Algunos de estos fenómenos se pueden observar con juicio sólo biológico, en cambio otros, “son evaluados como normales o anormales según el oficio, la cultura, la renta, las posibilidades terapéuticas: la sociedad transforma estas evaluaciones en motivo de exclusión o condena. Por ello, hacer coincidir anormalidad y patología es a menudo arbitrario” (2 pág. 58). Es así como se consideran de manera distinta según la cultura, la época, la sociedad o las personas.

El valor social que se le ha atribuido a la salud, la belleza y la alimentación ha aumentado en forma constante desde la segunda mitad del siglo XX; los científicos destacando por un lado, la relación entre alimentación y salud, y por otro lado, los medios de comunicación produciendo imágenes de la belleza que se debe aspirar. En los últimos años, la investigación se ha enfocado en el consumo alimenticio en las sociedades ‘modernas, industrializadas, globalizadas y de abundancia’, debido a una “nueva” preocupación que es la obesidad y sus consecuencias para la salud (relacionadas con las ENT). “Lo más probable es que [la obesidad y otros trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia] no hubieran ocurrido en sociedades sin una oferta de alimentos estables y abundante y en las cuales los estándares de salud y belleza se han mezclado considerablemente” (3 pág. 275). Los psiquiatras han considerado estos trastornos como propios de la modernidad, afectando principalmente a las mujeres. Se da una situación contradictoria en que, por una parte, la medicina prescribe que la población debe adelgazar (después de décadas de lucha contra la desnutrición, que en algunos países continúa) y por otro, cada vez se condena más el culto excesivo de la delgadez femenina, suscitada y mantenida por los medios de

comunicación masivos y la moda. Nos enfrentamos a un problema médico (biológico) que tiene sus raíces en un fenómeno complejo que se relaciona con fenómenos culturales, sociales y económicos.

Hasta la década de los cincuenta, incluso sesenta, una buena alimentación (sobre todo para la clase trabajadora) era una alimentación nutritiva, sana, pero principalmente abundante y saciadora. Hoy sin embargo, la mayoría de la población piensa que “comemos demasiado” y la preocupación de que la comida no alcance ha retrocedido. La preocupación es más de calidad que de cantidad, aunque sí se plantea en términos de restricción. “Las encuestas muestran, en efecto, que a cada instante, entre un cuarto y un quinto de la población sigue algún tipo de régimen. Las sociedades de la abundancia están preocupadas por la necesidad de regular su alimentación. El imperio del régimen es inmenso: invade los *mass media* y la edición, el marketing y la publicidad, la medicina y las medicinas “paralelas”, “suaves” o “alternativas” ” (3 pág. 283).

En parte como consecuencia de la acción de los médicos y de las compañías de seguros – así como de cambios culturales - , la asociación entre gordura y salud (como era en épocas anteriores, ya que la delgadez se asociaba a pobreza y enfermedad) empieza a desaparecer a principios del siglo XX. Aparecen los estándares de peso y salud, sugiriendo que el sobrepeso es un serio riesgo para la salud y la obesidad es una condición patológica, la ‘nueva epidemia mundial, quizás una de las mayores’¹. “En nuestra sociedad de la abundancia, la repulsión que entraña la obesidad es tanto más fuerte en tanto que malnutrición y pobreza significan exceso de grasas. Nuestros cánones de belleza, particularmente los de la mujer, han sufrido importantes cambios en relación con los de las sociedades tribales y con épocas anteriores a nuestra propia sociedad. La delgadez, la apariencia juvenil es hoy deseada por las mujeres de todas las edades” (3 pág. 281).

Así, se plantean cuestiones básicas relacionadas con la percepción de gordura y delgadez y su relación con otros símbolos y valores existentes entre diferentes clases sociales, grupos étnicos y religiosos, edad y género, como entre diferentes individuos. “Posiblemente, pueda hablarse de un conflicto de valores en relación con la gordura y

¹ Según la revista alemana: “Spektrum, der wissenschaft. Übergewicht – die neue Weltseuche“ Spezial Januar 2008. Heidelberg, Deutschland.

la delgadez, con la comida y la actividad física de igual modo que lo hay en otros muchos aspectos de nuestra vida y como consecuencia de los rápidos cambios que constantemente afectan a nuestra sociedad” (3 pág. 276).

“En el campo social, después de las intuiciones de Hipócrates sobre las epidemias, se puede recordar a un gran científico y político del siglo pasado, Rudolf Virchow: *“Las enfermedades masivas ¿no señalan acaso disfunciones de una sociedad? Uno puede culpar a las condiciones atmosféricas o cósmicas, u otras similares. Pero éstas por sí solas no producen jamás epidemias. Las causan sólo cuando el pueblo, por malas condiciones sociales, ha vivido algún tiempo en condiciones anormales. Epidemias antes ignoradas aparecen y luego desaparecen sin dejar rastros de cuando comienza un nuevo periodo cultural. Así ocurrió con la lepra, así también con el sweat inglés (infección epidémica caracterizada por sudoración intensa y fiebre alta que afectó a Inglaterra en los siglos XV y XVI). La historia de las epidemias artificiales es, por esto, la historia de las perturbaciones de la cultura humana. Aquellos cambios nos anuncian, con señales gigantescas, el giro de la cultura hacia nuevas direcciones. Las epidemias se asemejan a grandes señales de advertencia en las cuales el verdadero hombre de estado puede entender que la evolución de su país ha sido perturbada hasta un punto que ni siquiera la política más miope puede ignorar”* (2 pág. 116).

En los apartados que siguen, se hace referencia a los aspectos que definen el marco conceptual de esta tesis, relacionada con los factores y aspectos condicionantes y de contexto de la obesidad. Se hace una revisión de los diferentes conceptos que a través de la historia se ha dado al término “enfermedad”, ya que en el caso particular de análisis, las fronteras que definen la obesidad como enfermedad son recientes. En cuanto a las estrategias y políticas que se han concebido para tratar la obesidad, debe considerarse como elemento conceptual eje, la evolución que ha tenido la forma de enfrentar la enfermedad, esto es, la transición de un enfoque netamente biológico hacia uno biopsicosocial, que como su nombre lo indica, incorpora elementos sociales en la génesis y/o permanencia de la enfermedad, abriendo espacio a estrategias multisectoriales. Se revisa los elementos centrales de las políticas de promoción en salud, el reflejo más importante en la concepción biopsicosocial de la enfermedad, orientadas a prevenir la aparición de una condición patológica en individuos y grupos

sociales. Esta revisión aporta elementos que introducen la equidad como un aspecto central de las políticas de salud que queda por resolver. Sin embargo, los modelos económicos prevalentes y su impacto en los mercados, incluyendo el de la salud, representan una seria obstaculización para revertir los niveles de salud con las abismantes brechas de inequidad que hoy caracterizan particularmente a los países en vías de desarrollo. Complementariamente se analiza dos aspectos relacionados con la influencia del mercado sobre la salud, su medicalización y mercantilización.

En el contexto general de un mundo globalizado, el tema de la obesidad no queda al margen de sus efectos; más bien resulta ser un factor condicionante y promotor de altísima relevancia, con el agravante de entregar mensajes equívocos, contradictorios, poco claros, dispersos, que hacen de la obesidad una problemática muy difícil de enfrentar. El análisis de los conceptos de “cuerpo y belleza”, la industria y los intereses económicos que gira en torno a estos y el lucro que generan, terminan entregando el marco conceptual para permitir entender el fenómeno de la obesidad en una perspectiva multicausal y eminentemente social.

SALUD COMO FENÓMENO SOCIAL

Por siglos, en nuestra cultura “occidental” moderna, la salud fue considerada, entre otras propuestas, como “ausencia de enfermedad” hasta que en 1947 la OMS cambia el concepto y la define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, incorporando el factor “social” como parte del estado de salud, lo que supuso un cambio fundamental ya que la salud dejó de depender del ámbito sanitario exclusivo para integrarse en el mundo social. Sin embargo este cambio también ha sido criticado por incorporar en la esfera del accionar del médico, aspectos netamente sociales.

En este apartado se tratan las distintas definiciones que se le ha dado al concepto salud – enfermedad a lo largo de la historia y en distintas culturas; se da cuenta de los modelos de salud existentes; se describen brevemente las Conferencias Internacionales de Promoción en Salud por su influencia en la definición de políticas

públicas y en la concepción de salud; y finalmente se expone el tema de la medicalización y mercantilización de la salud en la actualidad.

Historia y concepciones de la Salud y la Enfermedad

A lo largo de la historia de la humanidad los conceptos de salud y enfermedad han tenido diversas significaciones. Friedell añade que cada época “crea sus propias enfermedades, que pertenecen a su fisionomía del mismo modo que todo lo demás que ésta crea: son sus creaciones específicas así como lo son su arte, su estrategia, su religión, su física, su economía, su erotismo y todas las demás expresiones de vida; son, por así decirlo, sus inventos y sus descubrimientos en el campo de lo patológico” (4 pág. 17).

En la era paleolítica, la concepción del proceso salud – enfermedad era mágica, los brujos tenían gran influencia y todo proceso anormal era atribuido a una causa sobrenatural, el “sacerdote” espantaba los malos espíritus o demonios que producían la enfermedad. Con los griegos se produce el inicio de una visión naturalista y racionalista del cosmos y el hombre, donde la salud era el bien máspreciado (sin salud no podía haber belleza), la enfermedad es desequilibrio, la desviación de la norma y la cura pasa por un retorno a la naturaleza. Luego, la medicina Hipocrática funciona bajo tres principios: “*Primum non nocere*” es preferible no hacer nada que empeorar la situación; se debe ir a la causa de la dolencia; abstenerse de actuar ante las enfermedades incurables, aceptando la inevitabilidad de los procesos fisiológicos. El recurso terapéutico principal fue la dieta alimenticia, tanto para el sano como para el enfermo. Para Platón, en la dualidad alma – cuerpo, el cuerpo y su salud tienen un valor relativo y a veces llega a ver el cuerpo como un objeto muy inferior al alma. Aristóteles afirma que el alma y el cuerpo se enferman juntos. Galeno hizo notar la importancia del conocimiento previo del enfermo en estado de salud, temperamento, régimen de vida, alimentación, época del año y las condiciones ambientales; tenía la convicción, por ser médico de los gladiadores, de que la gimnasia debe incorporarse a la higiene dietética y los medicamentos son “manos de los dioses”. (ver (5))

La medicina en la Edad Media se basa en el arte terapéutico de Grecia y Roma. La enfermedad consistía en un deterioro de los humores (líquidos del organismo vivo) y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensaje del interior para indagar en ella las verdaderas causas de la enfermedad. Este fue el medio principal para diagnosticar y prescribir terapia durante siglos. En la Edad Media cristiana, la maldad, los pecados de la gente y las mañas de Satán, el adversario de Dios, eran culpables de las enfermedades y sólo podía procurar la salud, la ayuda espiritual de la iglesia y la medicina de los santos. (ver (5))

De la vida medieval a la burguesa las enfermedades venéreas, infecciosas y cutáneas aumentan con la aglomeración de los núcleos urbanos y una insuficiente higiene pública. Consecuencia de lo psicosocial, en las grandes ciudades hay un gran porcentaje de afecciones histéricas. Rousseau decía que el arte de la medicina de su época era peligroso y lo hace responsable de muchas muertes; la única parte válida del arte de curar son los cuidados o medidas destinadas a fomentar la salud (ver (5)). En el primer tercio del Siglo XIX, en Europa, se constata por primera vez la relación causal entre pobreza y enfermedad, con el estudio realizado por John Snow (antecesor de la epidemiología moderna) sobre los problemas epidémicos de las poblaciones asentadas a orillas del río Támesis. En este, se llegó a la conclusión de que la falta de higiene y las malas condiciones de vida son los responsables de las epidemias. La salud es un problema social y las acciones para mejorarla han de ser sociales. (ver (6))

En Alemania, en 1848, se genera un movimiento de reforma que entendía la medicina como una ciencia social, con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos y no sólo a los médicos, y que por tanto, era deber del Estado garantizarla. La figura principal de este movimiento fue Virchow, médico creador de la teoría celular y activista político. Estudiando una epidemia de fiebre tifoidea en Alta Silesia llegó a la conclusión que los factores socioeconómicos eran determinantes y que los tratamientos médicos eran de poca utilidad; cuando el gobierno de Bismark le solicita un plan para mejorar la salud de la población, responde "la salud no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política". Así, establece la relación entre condiciones de vida y enfermedad, puesto que los determinantes de la salud son de índole económico y social, por lo que dentro de los objetivos básicos de la medicina hay que incluir las reformas sociales, la democracia

completa y sin restricciones y la educación. Para Virchow “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”. (ver (6))

A principios del siglo XX, un médico escocés (T. McKeown) demostró empíricamente que la reducción de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, era resultado de las medidas sociales y sanitarias, y no la consecuencia de tratamientos médicos.

Sin embargo, pese a la contundencia y claridad del enfoque social de la salud, estas proposiciones tuvieron escaso eco a principios del siglo XX. A comienzos de 1940, Henry Sigerist rescata las ideas de los precursores, las sistematiza y analiza e idea la noción de “promoción de la salud”. Para Sigerist “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” (ver (6)). Para lograr las adecuadas condiciones de vida y acceso de la población a ella es la “Promoción en Salud” que sería la “misión primordial de la medicina, una tarea a la que están convocados ciudadanos, educadores, políticos, médicos... La segunda misión [...] es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación – restauración y rehabilitación – es la última de las funciones de la medicina, puesto que sólo hay que recurrir a ella cuando falla todo lo anterior” (6).

Esta fue la propuesta que recogió la OMS para adoptar la definición de salud mencionada anteriormente. Y con esta es que se reúnen en 1978, en Alma Ata² 134 países, en donde la salud es asumida como un derecho humano.

Con el cambio en la concepción de salud se impulsa la consideración de ésta como un derecho social básico de todas las personas, poniendo al Estado ante la obligación de proteger este derecho. Se deriva también que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad; así como es necesario adoptar medidas sociales y médicas para promover la salud y combatir la enfermedad. Es incuestionable que la salud tiene una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos, y además, cualquier limitación en el acceso a los servicios es causa de exclusión social y de responsabilidad del Estado.

La salud está siempre mediatizada y modificada por la actividad social y cultural en donde se desarrolla. “Salud’ y ‘enfermedad’ son términos que se definen cultural y

² Se desarrolla con más detalle en un apartado posterior.

socialmente” (7 pág. 169). Por lo que es importante entender la salud no como un “estado”, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe la autodeterminación del individuo. “la enfermedad es un proceso, un movimiento de acción y reacción, un conflicto entre agresión y defensa” (2 pág. 32).

Talcott Parsons, define salud como la “condición de capacidad óptima de un individuo para cumplir con eficiencia los roles y deberes para los que fue socializado. Puesto que la socialización nunca es espontánea, sino guiada y a menudo maniobrada por quien tiene el poder, se siente la tentación de responder que, de esta manera, la salud resulta “lo que dicen los poseedores de los medios de producción para explotar a quien trabaja”.” (2 pág. 26).

Según la *Encyclopédie de Diderot y d’Alembert*, la enfermedad “es, en general el estado del animal vivo que no goza de salud; es la vida física en un estado de imperfección” (2 pág. 23). En la *Enciclopedia Británica* la enfermedad es considerada “un desplazamiento de la condición fisiológica normal del organismo, suficiente para producir señales evidentes o síntomas [...] las *señales* se advierten mediante observaciones desde el exterior (con o sin instrumentos), mientras que los *síntomas* son aquellos perceptibles por el sujeto” (2 pág. 24). En la *Enciclopedia Americana*, *disease* es “carencia o ausencia de bienestar, condición de malestar o dolor” [...] Puesto que *ease* es traducido como “calma”, “tranquilidad”, “reposo”, “bienestar”, “alivio” [...] la falta o escasez de estos atributos debiera desembocar enseguida en lo patológico y necesitaría, en consecuencia, la acción del médico (o del psiquiatra o psicoanalista). Si a esto se agrega la alusión al dolor (¿físico y también moral?) el cuadro de las condiciones evaluadas como patológicas se amplía casi al infinito, hasta coincidir con todo problema existencial; hasta querer poner cotidianamente al lado de cada individuo un médico y eventualmente un psicoanalista” (2 pág. 26). La *Balsciaja Sovetskaja Enciklopedija* define enfermedad como “un proceso que resulta como consecuencia de una acción sobre el organismo de un estímulo (extraordinario) nocivo, del ambiente externo o interno, con una movilización simultánea de las fuerzas defensivas”. “Es interesante la aparición de nuevos conceptos: *proceso*, que implica un

fenómeno evolutivo, y *lucha*, acción nociva, movilización consecuente de las fuerzas vitales” (2 pág. 26).

Mahatma Gandhi en 1923 afirma “las indisposiciones, las enfermedades, no son sino una admonición de la naturaleza, la que nos advierte que las inmundicias se han ido acumulando en esta o aquella parte del cuerpo, y sería ciertamente una acción sabia el dejar hacer a la naturaleza en vez de encubrir la suciedad a fuerza de medicinas” y agrega “Está probado por la experiencia que las enfermedades aumentan en proporción al aumento del número de médicos en un país dado” (2 pág. 30).

La enfermedad no es lo contrario de la salud, sino parte del devenir de la vida, es un proceso biológico tan antiguo como la vida porque es un atributo de la vida misma, dado que los organismos vivos son cuerpos lábiles en un proceso continuo de evolución y de cambio. “en el fenómeno enfermedad se entrecruzan, cuando se trata de la especie humana, por lo menos tres componentes: a) un hecho objetivo corpóreo, es decir una alteración de algún órgano, aparato, sistema o función, más o menos demostrable; b) una mayor o menor conciencia individual del mal; c) una idea y una medida derivadas de los conocimientos, los prejuicios y los intereses de la época; en consecuencia, un juicio de valor, una interpretación ética, además de científica, que sirve como guía operativa” (2 pág. 19). “La enfermedad es, en consecuencia, incapacidad permanente o transitoria de mantener la homeostasis, el equilibrio entre las funciones del organismo y es un proceso: tiene un comienzo, una historia y una conclusión. Sería mejor hablar de un ciclo continuo salud – enfermedad, que se desarrolla no sólo en el interior del organismo, sino entre él y el medio ambiente” (2 pág. 33). “La enfermedad, a menudo, más que dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en prepotencia de los sanos y que acentúa las diferencias sociales” (2 pág. 35).

Desde el punto de vista de la antropología, parece más correcto usa la palabra ‘dolencia’ en vez de enfermedad, ya que “la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno [...] Dolencia es una condición de falta o ausencia de salud por parte del individuo, grupo o población. No es extraño, entonces, que la condición falta o ausencia de salud no necesariamente implique el desarrollo de una enfermedad. Es la

percepción del individuo, la condición “emic”, la que define la aparición de una dolencia y no la experticia del especialista” (8 pág. 1).

La antropología sociocultural ha demostrado, mediante investigaciones en diversos pueblos y comunidades del mundo, que la concepción de salud – enfermedad se construye culturalmente, “en el cual diversos grupos sociales y culturas reconocen una enorme heterogeneidad de dolencias, síntomas y causas” (8 pág. 1). En los sistemas de salud indígena, salud y enfermedad son un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos relativos a las enfermedades y desequilibrios, que explicarían los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, siendo transmitidos verbalmente por tradición, de generación en generación.

“El saber médico occidental, focalizado básicamente en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud, contrasta con la visión que tienen diferentes culturas sobre las enfermedades, las cuales, de forma más o menos holística, toman en consideración su medio natural, social y cultural, a través de la observación sistemática y continua, del ver y recordar, de igualar la planta, el órgano y la enfermedad, de adivinar a través del augurio, del éxtasis y la iluminación” (8 pág. 2).

La relación con la naturaleza les ha permitido un conocimiento íntegro de las plantas, clasificarlas según composición y usos, siendo parte fundamental de su cultura y su medicina. “Sus categorías y usos se entrelazan con lo mágico y religioso de su propia cosmovisión” (8 pág. 2).

“En el plano ético, es válida la frase del Talmud, el texto sagrado de la ley hebrea: “Quien vea un negro, un hombre manchado de rojo o de blanco, un jorobado, un enano, un hidrópico, diga ‘bendito seas, tú que varías el aspecto de tus criaturas’”. Esto equivale a considerar a la enfermedad como variedad, no como desviación” (2 pág. 67).

Algunos ejemplos de la concepción de salud, dolencia y enfermedad en diversas culturas indígenas de Iberoamérica son (8 pág. 3 y 4):

- Pueblo Kichwa del Ecuador: define la salud como el logro de la armonía y el equilibrio entre lo físico, lo mental y lo espiritual, tanto en el individuo, como en la comunidad y la tierra, que permite el desarrollo humano. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y falta de armonía que provoca el exceso de trabajo, el maltrato, la

tristeza, la desorganización, la contaminación y el agotamiento de los recursos naturales.

- Pueblo Aymara en Bolivia: se hace difícil, desde el punto de vista semántico, encontrar una palabra equivalente a 'salud', el concepto más aproximado sería "kankaña", que significa paz moral, bienestar e integridad física. La enfermedad es un desequilibrio fisiológico y social que puede ser causado por un cuerpo extraño o por la voluntad de los dioses, consecuencia de las faltas (pecados) que pudo haber cometido el individuo. La dimensión religiosa de la enfermedad y la curación es parte fundamental de esta cultura.

- Comunidades indígenas amazónicas Shipibo-Conibo y Asháninca en Perú: la salud es el estado de normalidad y equilibrio entre: hombre/espíritu, hombre/familia, hombre/grupo social, hombre/naturaleza. La pérdida de ese equilibrio trae sufrimiento, tristeza y la necesidad de volver al equilibrio, que supone buena provisión de recursos, buena respuesta de la naturaleza, auto respeto, consideración social, relaciones familiares buenas, confianza en los valores propios y valorización del grupo. La salud no es solo falta de enfermedad o dolencia, sino que una forma armónica de vivir.

- Pueblos indígenas en el Vaupés de Colombia: la salud y enfermedad se basan en la convivencia (positiva o negativa) del sujeto con relación a la comunidad, tanto biológica como social. El enfermarse se debe a una mala relación con la naturaleza.

- Pueblo Cuna de Panamá: la enfermedad es resultado de la lucha entre las fuerzas del mal y el hombre, ya que siempre hay espíritus malignos que pueden dañar al ser humano; en la mayoría de los casos se debe al rapto del alma por los demonios.

- Pueblo Ngöbe de Panamá: la salud se debe a una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, la naturaleza y los dioses; la enfermedad se produce al romperse la armonía, que se expresa en el individuo y afecta a toda su familia.

- Pueblo Miskitos de Nicaragua: la salud está configurada por las experiencias históricas del individuo y su visión espiritual del mundo. "Persona sana es una persona alegre, se viste mejor, tiene apetito, se mira gordo, está contento en su trabajo, se pasea por su vivienda, le gusta su vida. En el caso de las mujeres, se pinta la cara, está contenta y puede andar por cualquier parte sin pensar en nada" (8 pág. 4).

Desde siempre le ha inquietado al hombre la muerte, teniendo la certeza que algún día dejará de existir. Toda cultura desarrolla creencias sobre la muerte. Las representaciones y actitudes que han desarrollado diversas culturas al respecto (que incluyen costumbres, mitos, ceremonias, ritos, etc.) han relevado las dimensiones sociales del fenómeno, restringiendo las atribuciones médicas que tiene. “En nuestra cultura, los ritos funerarios de siempre, tales como los velatorios, preservación del luto y el tiempo del duelo, significaban mucho más que una demostración de respeto y afecto a la memoria del difunto. Eran una estrategia defensiva, que tomando como pretexto el interés del muerto, desempeñaban una función fundamental: preservar el equilibrio individual y social en los vivos. Otros ritos [...] reforzaban ese significado de compartir el dolor con la comunidad” (8 pág. 6).

En la cultura occidental, hasta principios del siglo XIX el médico estaba separado de la muerte, ya que excedía su posibilidad de accionar. Al surgir la medicalización, comienza una fuerte intervención de parte de los médicos, que se convierten en consejeros y expertos de observar, corregir y mejorar el cuerpo, y con la creación del estetoscopio (en 1818) se llega a la certeza y confianza en diagnosticar la muerte. Así, la muerte deja de ser patrimonio de la religión y la filosofía para ser cuestión médica.

En el siglo XX el avance de la tecnología permite modificar los límites de la vida y la forma de morir, la muerte se hace más científica, más técnica, pasa de ser pública a ser un acontecimiento privado, íntimo. Se han creado complejos sistemas funerarios, se han fijado normas sanitarias para los recintos mortuorios, se han creado negocios lucrativos con los cementerios privados (llamados “parques” o “jardines”). Los ritos pasan de ser conmemorativos a ser de duelo, “hemos transformado a los muertos en seres que tienen un destino ajeno, lejano y desconocido, no sabemos dónde van, por lo tanto, no forman parte de nuestra vida cotidiana” (8 pág. 7).

El hospital, lugar de sanación y cura, se ha transformado en el espacio adecuado para morir, invisibilizando la muerte, la coloca fuera del hogar y permite mantenerla a distancia, minimizando al máximo la participación o presencia de la familia. Existe sin embargo un proceso tendiente a revertir esta situación, en la cual se propende a dar un espacio para “el morir con dignidad”, lo cual significa limitar el uso de tecnología invasiva en pacientes terminales, el derivarlos a sus hogares con

cuidados domiciliarios, el dejar a la decisión de los pacientes o sus familiares el momento en el cual el accionar médico se da por terminado. Las razones de esto no sólo tienen que ver con un tema ético, moral y humanitario, sino también económico.

Modelos Médicos

El modelo médico tradicional, también llamado biomédico, está influenciado por el pensamiento newtoniano – cartesiano. Se basa en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y de anatomía patológica. La característica principal es su enfoque reduccionista, que explicaría este concepto con la teoría de que todos los aspectos de un organismo podrían entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños y estudiando los mecanismos de interacción entre ellos, así, la unión de las partes corresponde a un todo, lo que basta para formular leyes completas de causalidad, efecto y magnitud. El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a ella y el médico es el mecánico que lo repara, separando cuerpo y mente para su estudio y tratamiento. Todo debe ser medible, no hay lugar para la incertidumbre; establece nuevas formas de clasificar las enfermedades y se deja de lado la especulación personal. La enfermedad es aquella dolencia que el médico es capaz de reconocer, diagnosticar, clasificar y tratar (se tratan enfermedades, no personas con enfermedades) y es producida por una sola causa. Mediante este modelo se ha logrado clasificar las enfermedades y avanzar en métodos de diagnóstico. (ver (5))

En 1977, e incluso desde antes, se critica el modelo biomédico por sus planteamientos reduccionistas biológicos (la exclusión de otros factores que los orgánicos para explicar la génesis de las enfermedades), que presente la enfermedad como hechos exclusivamente naturales sin considerar los hechos socio culturales, históricos; “su a-socialidad, entendida ésta como esa concepción que “define al acto médico como acto técnico más que como acto social” dejando así de lado los determinantes del proceso de enfermar que proviene de la clase social, las condiciones educacionales, la cultura, etc., tanto del paciente como del médico” (5) y por mecanicistas, calificándolo de dogma. Así surge el modelo biopsicosocial, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad, expresando la unidad de lo natural

y lo social del hombre. Desde la perspectiva antropológica, la enfermedad debe ser considerada como un hecho que compromete al hombre y modifica sus relaciones con el medio.

El modelo biopsicosocial aborda integralmente a la persona que padece una enfermedad en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, reconociendo que el hombre interactúa con el medio y es ahí donde surgen los problemas ante la pérdida del equilibrio, con una concepción del cuerpo y la mente como integrales. En el diagnóstico se consideran tanto los aspectos biológicos del individuo, como los emocionales y culturales, es decir, psicosociales. En la atención siempre debe tenerse presente el contexto en el que se desarrolla (la persona y la enfermedad); este abordaje integral implica además la relación que se da entre el médico, el paciente y la familia de éste. La salud y la enfermedad son consideradas como un *continuum*, donde existe un amplio margen de incertidumbres.

Conferencias Internacionales de Promoción En Salud

Esta concepción biopsicosocial, que coexiste con el modelo biomédico, de la salud ha tenido importantes impactos tanto en el mundo de la academia e investigación en salud como en los gobiernos y decisores de políticas. Esto se refleja también en los temas de discusión de instancias colegiadas y organismos internacionales relacionados con la salud. Ejemplo de ello es que desde el año 1986 se realizan periódicamente las “*Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud*”, que revisten particular interés ya que todas ellas parten de este concepto y por tanto reconocen los factores sociales como determinantes en los resultados en salud; sus principales conclusiones y propuestas se presentan a continuación (ver también (9)):

Ottawa en 1986: se emite “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” (10) dirigida a la consecución del objetivo “*Salud Para Todos en el año 2000*”, tomado como punto de partida la Declaración de Alma-Ata (1978) sobre la atención primaria.

Se reconocen los factores sociales y ambientales, incluyendo el estilo de vida y la conducta del individuo, los cambios en las formas de vida, de trabajo y de ocio, como factores importantes a considerar en la promoción en salud, entendida como “proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud”, ya que “la salud se

percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza cotidiana.(...) se centra en alcanzar la equidad sanitaria”, lo que ha contribuido a **un cambio de paradigma: desde lo biológico, a los determinantes sociales de la salud.**

La carta pone énfasis en los siguientes aspectos:

- proporcionar los medios necesarios para que la población opte por una vida saludable, asumiendo el control sobre ella, para lo que necesita una adecuada y oportuna información y atención en caso necesario (la Declaración de Alma-Ata recalca el rol fundamental que cumple la Atención Primaria, al representar “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (11)).
- la necesidad de un trabajo intersectorial para la promoción en salud, donde el personal sanitario y sus instituciones actúan “como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud”
- el contar con una “política pública sana” y el empoderamiento de la comunidad y su participación activa en el proceso de fijar prioridades, tomar decisiones, elaborar y poner en marcha las estrategias; “la fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades...”
- la promoción en salud debe tener una orientación que sea sensible a las necesidades y particularidades culturales de cada pueblo, con enfoque de género y respeto por la diversidad, así como “eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades” ya que “las desigualdades en salud tienen su raíz en las inequidades en la sociedad” (12).³

Adelaide, Australia en 1988 (12), se enfatiza la necesidad de crear políticas públicas en pos de la equidad y el respeto por las diferencias, evaluando su impacto con sistemas de información que apoyen este proceso, fomentando la toma de

³ Traducción propia.

decisiones informada. Se reconoce la influencia que tienen los intereses corporativos y de empresas, ONG's, organizaciones comunitarias, académicos y líderes religiosos, sobre los resultados, por lo cual es necesaria la creación de nuevas alianzas en salud, para promover buenas prácticas en el diseño de políticas saludables y el desarrollo de redes de investigación para el análisis e implementación de estas políticas. Para esto, se requiere de un compromiso global con la salud pública, en el marco de la justicia social, los derechos humanos, la ecología y el desarrollo sustentable.

Sundsvall, Suecia en 1991 (13), se hace un llamado para *la creación de un entorno que apoye la salud en forma multidimensional*: física, social, espiritual, económica y política, vinculadas dinámicamente. En lo social, incluir costumbres y procesos que afectan la salud; en lo político, que los gobiernos garanticen la participación democrática y la descentralización de responsabilidades y recursos así como el re direccionamiento de éstos; en lo económico, la redistribución de los recursos en pos del logro de "Salud para todos" y un desarrollo sustentable; y finalmente la necesidad de reconocer y usar las habilidades y conocimientos de las **mujeres** en todos los sectores para el desarrollo.

Las propuestas deben reflejar dos principios básicos: 1. equidad, focalizando recursos en la población más pobre, los grupos marginados y minoritarias y personas con discapacidades. (13) 2.- reconocer la interdependencia de todo ser vivo en el manejo de recursos naturales, considerando las necesidades de futuras generaciones (se pueden sacar lecciones importantes de la cosmovisión de los pueblos indígenas). "El mundo industrializado necesita pagar su deuda con el medio ambiente y humana que ha acumulado a través de la explotación del mundo en desarrollo"

Se identificaron aspectos claves para las estrategias que promuevan la creación de entornos que apoyen la salud a nivel comunitario, como son el fortalecer su defensa a través de la acción comunitaria; el permitir a las comunidades e individuos tomar control sobre su salud mediante el empoderamiento y la educación; mediar entre los conflictos de intereses en la sociedad para asegurar el acceso equitativo a entornos que apoyen la salud.

Los participantes de la Conferencia reconocieron que la educación es lo principal para lograr los cambios políticos, económicos y sociales que se necesitan para hacer de la

salud, una posibilidad para todos. De igual forma enfatizan la importancia de que el desarrollo se dé en respeto con la naturaleza y las especies, ya que “no es posible mantener la calidad de vida sin cambios drásticos en el comportamiento en relación al manejo y preservación del medioambiente”. Así, demuestra que los temas de salud, medioambiente y desarrollo no pueden ser separados.

Yakarta, Indonesia en 1997 (14) con el tema *Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI*, siendo la primera conferencia que invita al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Se define que el determinante principal que amenaza la salud es la pobreza y reafirma que el compromiso es “hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI” (14 pág. 4).

Los cambios culturales, sociales, ambientales y económicos han determinado, en parte, los valores, estilos de vida y así las condiciones de vida en todo el mundo, teniendo en algunos casos efectos muy positivo, pero en otros muy negativos. La promoción en salud puede ayudar a crear y modificar los modos de vida y condiciones hacia un estilo de vida más saludable, por lo que se requiere un nuevo enfoque y respuestas para las nuevas amenazas para la salud, tanto desde el ámbito sanitario y político como desde la sociedad, las comunidades y las familias.

Así, se definieron las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social por la salud
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud
- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo: “La promoción de la salud es realizada **por y con** la gente, sin que se le **imponga ni se le dé**” (14 pág. 7).
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Ciudad de México en el 2000 (15) “*Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*”, a pesar de reconocerse los avances, persisten problemas y aparecen nuevos que entorpecen el desarrollo y que deben ser abordados a partir de experiencias exitosas de promoción en salud, a través de los determinantes sociales, económicos y

medioambientales, para fomentar la equidad y el bienestar de la población en un trabajo conjunto de todos los sectores y niveles.

Los países asistentes a la Cumbre suscriben las siguientes acciones:

- situar la promoción de la salud como prioridad fundamental
- asegurar la participación de todos los sectores y de la sociedad civil para que se refuercen y amplíen los vínculos
- apoyar planes que incluyan la identificación de prioridades, el apoyo a la investigación y la movilización de recursos humanos, institucionales y financieros para la elaboración, aplicación, vigilancia y evaluación de aquellos planes; establecer o fortalecer redes de promoción.

Bangkok, Tailandia en el 2005, concluyó con la *“Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado”* (16), que identifica como factores críticos en la salud las desigualdades dentro de cada país y entre ellos, las nuevas formas de consumo, comunicación y comercialización que han producido cambios sociales y económicos “que afectan las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, y la cultura y la urdimbre social de las comunidades” (16), los cambios ambientales y la urbanización. Estos factores afectan a hombres y mujeres de forma distinta, viéndose los niños, los discapacitados y los pueblos indígenas en mayor vulnerabilidad. Sin embargo, estos cambios, también ofrecen nuevas oportunidades que deben ser aprovechadas en pro de la salud de la población, como son los avances en las tecnologías de la información y comunicación que permiten mejores intercambios de experiencias a nivel mundial.

Los compromisos claves para esto son (16):

1.- Los gobiernos y Organismos Internacionales deben intervenir para cerrar la brecha de salud entre los pobres y ricos, haciendo frente a los efectos nocivos del comercio, los productos y servicios y las estrategias de comercialización. Para esto es necesario promover el diálogo y la cooperación entre naciones, entre el sector público, el privado y la sociedad civil.

2.- La promoción debe ser una responsabilidad esencial de todo el gobierno, en todos los niveles, concediendo prioridad a las inversiones en salud (no sólo en el ámbito

sanitario) y ofreciendo sostenibilidad para la promoción. Debe ser un requisito de las buenas prácticas empresariales ya que tienen un impacto directo en la salud

3.- El cumplimiento de normas nacionales e internacionales para la protección del medio ambiente, las prácticas comerciales éticas y responsables y el comercio justo son ejemplos del tipo de prácticas comerciales.

Como se observa, en todas las conferencias aparece remarcada la importancia de la promoción en salud como una actividad en la que las estrategias de los gobiernos deben reforzar la participación ciudadana, fomentar la responsabilidad social, la protección del medio ambiente y por sobretodo asumir que la educación es un punto central para lograr mejores niveles de salud en la población. Se enfatiza además la necesidad de disminuir las brechas de inequidad existentes, aún en países que han logrado importantes niveles de salud, donde éste sigue siendo un “tema pendiente”; esta situación se agrava aún más en países en vías de desarrollo. Dada la relevancia de este tema, será tratado en el apartado siguiente.

Equidad en Salud... el punto crítico en la visión biopsicosocial

La equidad en salud se define como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas”⁴. Esta tiene tres componentes: equidad en los condicionantes de salud (que busca disminuir las diferencias al mínimo), equidad en el estado de salud (considerado como un derecho natural) y equidad en la entrega de servicios de salud (que las personas tengan acceso y uso equitativo en función de sus necesidades, independiente de su capacidad de pago) (ver (17) y (18)). El concepto de inequidad es distinto al de desigualdad en salud: no necesariamente las desigualdades son inequidades ya que por ejemplo, la brecha en la esperanza de vida promedio entre mujeres y hombres está vinculada a las diferencias biológicas entre ellos, que es diferente de aquellas asociadas a los

⁴ Definición práctica del equipo de equidad de la OMS.

aspectos de estructuración social en relación al género, que tienen un impacto en la esperanza de vida y la salud.

Las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social, son multifactoriales y están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad. La experiencia mundial muestra que entre los determinantes de la inequidad en los niveles de salud están: la educación, el desempleo, la cultura, ciertas conductas que son factores de riesgo para la salud y que presentan un diferencial en términos económicos y las políticas económicas y sociales de los Estados.

“Las inequidades en salud derivan fundamentalmente de la asignación diferencial del poder y la riqueza de acuerdo con las posiciones sociales” (19 pág. 13). La equidad ha llegado a ser “el máximo requisito en la organización, financiamiento y gestión de los sistemas de cuidado en salud” y se resume bien en *Salud para todos*. En palabras de H. Nakajima, ex Director General de la OMS, “la inequidad creciente es literalmente un asunto de vida o muerte para muchas millones de personas, ya que los pobres pagan el precio de la desigualdad social con su salud”. Este hecho ha significado que a pesar de los esfuerzos desplegados por muchos países en el tema de la equidad en salud, los resultados observados resultan magros, especialmente si se miden en relación a los esfuerzos y recursos destinados a estos programas.

Inequidad implica que las desigualdades encontradas son injustas o evitables y por tal razón, el tema ha adquirido en las últimas décadas una gran relevancia en el diseño de las políticas sanitarias, especialmente en los países en vías de desarrollo. Se entiende que la medición y reducción de las grandes inequidades es uno de los caminos más directos para guiar las políticas públicas hacia el éxito en materias económicas y sociales. Estas se han orientado, entre otros, a disminuir las brechas de inequidad existentes en los niveles de salud de la población, en la asignación de los recursos, en el acceso a los servicios sanitarios y en la calidad de éstos para los diferentes grupos poblacionales. El objetivo de equidad requiere que los beneficios se distribuyan de acuerdo a los tipos y con la intensidad adecuada a las necesidades de cada persona o grupo, en cada lugar y tiempo. Así, el éxito de las políticas orientadas a una mayor equidad debiera dar como resultado el “entregar más a quienes más lo necesitan”.

En el caso de los recursos y acciones para la salud, lo que importa es que correspondan a las necesidades. La equidad en la atención no se refiere a cualquier acción, sino a aquellas que sean pertinentes y efectivas. Así, el objetivo es obtener mejores resultados en salud; cierta desigualdad en la distribución de recursos puede ser consecuencia del requisito de atender equitativamente a personas y grupos con situaciones y necesidades diferentes.

La equidad aumenta la efectividad del sector en cuanto a su contribución a la salud y a la satisfacción de la población. Por intermedio de estas variables, efectividad y satisfacción, se contribuye a la estabilidad social, a la productividad económica y al éxito de las políticas de gobierno. Una inequidad persistente en salud es un factor negativo para el desarrollo económico, social y político sustentable. Así, la equidad, que está estrechamente asociada con el principio de solidaridad, favorece la eficiencia económico-sanitaria del sector al impulsar modalidades eficientes de financiamiento y de asignación de recursos.

La medición de la equidad-inequidad se hace al comparar indicadores de salud en diferentes poblaciones o individuos, según criterios como área geográfica, estratos por categoría ocupacional, nivel educacional, ingresos, patrimonio o situación previsional. La variación de atributos cuantitativos de la salud (presión arterial, edad al morir, días de enfermedad en un mes, mortalidad infantil, etc.) pueden ser estudiados a nivel de los individuos; puede describirse con los parámetros de su distribución (normal u otra) y enjuiciarse con respecto a un valor considerado “normal”. El indicador más utilizado para cuantificar la inequidad es el Índice de Gini.

Desde el punto de vista de la estructura de los sistemas, las limitaciones más importantes son la segmentación⁵ y la fragmentación. La primera dificulta impide la adopción de medidas para los distintos grupos, ya que condiciona el acceso a la atención de salud. Dentro de sus efectos, esta la segmentación del derecho a la salud,

⁵ La segmentación “consiste en la división de los sistemas de salud en subcomponentes “especializados” en diversos grupos y, tanto en materia de provisión de servicios como de seguros, suele reflejarse en la coexistencia de un subsistema público orientado a los pobres; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población. También existe, con un mayor o menor grado de generalización según los países, un subsistema privado sin fines de lucro destinado a atender las necesidades de quienes no consiguen acceder al subsistema público y que suelen ser extremadamente pobres o son víctimas de algún tipo de discriminación”. (78 pág. 162).

que a pesar de estar consagrado en las distintas legislaciones, en la práctica se encuentra restringido por condiciones como la situación laboral o la capacidad de pago, fenómeno que se vincula fuertemente con una exclusión de las mujeres. Por otro lado, la fragmentación⁶ dificulta las intervenciones costo efectivas, ya que la existencia de diversos agentes o instituciones que actúan descoordinados impide entre otros, la estandarización en las prácticas asistenciales y niveles de calidad homogéneos a costos semejantes. La mala utilización de recursos a que lleva este fenómeno encarece cualquier intervención, hace más ineficientes los sistemas y produce una distorsión en la asignación, distribución y formación de los recursos humanos, de la distribución territorial de los servicios y de su infraestructura. (ver (20) y (21)).

Medicalización y Mercantilización de la Atención en Salud

La mayor inequidad se encuentra en el concepto mismo de “mercado”; el esfuerzo que los gobiernos puedan hacer en torno al tema de equidad, indefectiblemente se topará con un modelo en donde las leyes del mercado se contravienen con estas estrategias, tendiendo no solo a mantener sino a agudizar las brechas de inequidad existentes, en particular en áreas como la de la salud.

Los dos aspectos que se presentan a continuación son muy relevantes ya que dan una visión, que si bien puede no ser compartida en su totalidad, sin lugar a dudas tienen una influencia en la medicina actual, con un indudable impacto sobre el individuo y las sociedades, cuya real magnitud es difícil de cuantificar.

El término “medicalización” fue acuñado por Ivan Illich en 1975, en su libro *“Límites a la medicina. Nemesis⁷ Médica: la expropiación de la salud”⁸* (22), y se refiere

⁶ “La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, sino que tienden a ignorarse o a competir entre si, lo que se puede manifestar en todas o alguna de las funciones del sistema”. (78 pág. 163).

⁷ Némesis, en la mitología griega, es la personificación de la justicia divina y de la venganza de los dioses, representa la ira de los dioses contra la soberbia y la altivez, y contra los transgresores de la ley así como sobre los mortales que usurpaban los privilegios que los dioses guardaban celosamente para sí. Némesis es el castigo inevitable por los intentos inhumanos de ser un héroe en lugar de un ser humano. Representa la respuesta de la naturaleza a *hubris*: la arrogancia del individuo que busca adquirir los atributos de un dios.

al proceso en el cual ciertos eventos o características del diario vivir se convierten en temas médicos, pasando de este modo al ámbito de los doctores y otros profesionales de la salud para su estudio y tratamiento; es la expansión de la autoridad médica en la existencia de la vida cotidiana. La lista de cosas que la medicina moderna reclama como propia es larga e incluye la sexualidad, la infelicidad (en sus múltiples formas), nacimiento, vejez y muerte. La medicalización de estas experiencias de vida ha traído beneficios pero a un alto precio, no sólo financiero (ver (23) y (24)).

Según el argumento de Illich, “la profesión médica se ha convertido en la mayor amenaza para la salud” a través de la producción clínica, social y cultural de ‘yatrogénesis’⁹ (ejemplo de enfermedades yatrogénicas son la depresión, discapacidad, disfunción, y otras) (ver (24) y (25)). Para Illich, la noción de la medicina occidental sobre el sanar, envejecer y morir como una “enfermedad” ha medicalizado la vida humana, inhabilitando a individuos y sociedades a lidiar con estos procesos naturales.

Se puede argumentar que el aumento de enfermedades reconocidas, con tratamientos, el uso de drogas y otros, representa un importante avance que demuestra el progreso de la medicina y las ciencias. Por otro lado, cabe preguntarse si todo lo de la vida humana puede ser explicado por modelos de enfermedad y cuáles son, o podrían ser, los límites de la medicina. La medicalización no ocurre por sí sola, es creada por un conjunto de condiciones culturales y sociales que lo permiten, en cuyo desarrollo histórico han intervenido e intervienen, la industria farmacéutica y tecnológica, la cultura, el consumismo y la política. Es así como la medicina se comporta de manera dogmática, pretende apropiarse de todos los problemas que conciernen a la salud, utilizando la *enfermedad* como único modelo interpretativo y el fármaco o la cirugía como sus únicas soluciones.

Illich pretende demostrar, en la primera parte del libro, que la medicina produce daños clínicos superiores a sus beneficios, negando el progreso de esta ciencia y su relación con el aumento de la esperanza de vida. Según él, las enfermedades que se van superando a lo largo de la historia (tuberculosis, viruela, etc.) se debe a cambios

⁸ Traducción propia de su título en inglés: “*Limits to medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health*”.

⁹ Etimológicamente, la palabra yatrogénesis está compuesta por las palabras griegas *yatros* (médicos) y *génesis* (origen). Las enfermedades yatrógenas son aquellas que no se habrían presentado si no se hubiesen aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados por médicos; es decir, los agentes patógenos son los remedios, los médicos o los hospitales.

en el ambiente: la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo y el grado de cohesión social, entre otros. En la segunda parte, define el concepto de *yatrogénesis social* como la excesiva medicalización de la sociedad que fomenta las dolencias reforzando una sociedad enferma que no solo “preserva industrialmente a sus miembros defectuosos”, sino que también multiplica exponencialmente la demanda del rol del paciente (ver (22)). Luego desarrolla el tema de la *medicalización de la vida*. Denuncia una cierta dependencia que ha desarrollado la población (en la cultura occidental) por los médicos, siendo un problema cultural más que de la medicina, que se puede explicar por el monopolio “curador” de los médicos.

“La dificultad para distinguir quién está sano y quién enfermo, resulta complicada por dos factores. Uno es el poder: en realidad, la decisión de establecer si un individuo pertenece a uno u otro grupo, no está en manos del interesado sino en las del médico. Es otro, en consecuencia, reconocido como competente, y habilitado por la ley. Solo él tiene el poder de establecer si uno está sano o enfermo. El otro factor es la técnica: a veces el control y la revelación de los síntomas están viciados, inconscientemente, por la presencia misma del especialista” (2 pág. 49).

La medicalización de la sociedad sería producto de la superindustrialización, ya que considera que en una sociedad así es inevitable que se tienda a considerar a la Medicina como *productora de salud* y que el paciente es un *cliente* de la empresa médica; “El paciente queda reducido a un objeto en reparación; deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar. Si se le permite participar en el proceso de reparación, actúa como el último aprendiz de una jerarquía de reparadores” (22).

Por último, en la tercera parte de este controversial libro, Illich plantea la *yatrogénesis estructural*, explicando como la medicina industrial ha destruido las culturas médicas anteriores, modificándola de manera tal que niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte. La medicina moderna está planificada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte. “La civilización médica tiende a convertir el dolor en un problema técnico y, por ese medio, a privar el sufrimiento de su significado personal intrínseco. La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada” (22).

En efecto, la ciencia médica ha hecho que el ‘cuidado de la salud’ sea más poderoso y exitoso que antes, pero el daño potencial, como las enfermedades yatrogénicas y accidentes médicos (lo que Illich identificó como daño médico directo) es también mayor (ver (26)). Visto desde otra perspectiva, la capacidad de la medicina actual de paliar el dolor físico, sin provocar daño adicional, es una de las terapias más requeridas por los pacientes, que facilitan la curación, rehabilitan al paciente y por otro lado, en los casos terminales, ayudan a dignificar la muerte. La inclinación a pensar que al entregar mayor cuidado médico a una población, mayor es la demanda por cuidado, se debe en parte, a que la medicina moderna llevó a una mayor longevidad, con más oportunidad de desarrollar enfermedades crónicas que necesitan de asistencia médica. Más allá de esto, también depende de si el sistema de cuidado de la salud debiera ser considerado como una industria de servicio; si es así, hay claras implicaciones que fomentarían la demanda.

Este último aspecto mencionado es lo que dice relación con la *mercantilización de la atención en salud*. La salud siempre ha sido, en el mundo occidental, una mercancía que se ha transado, un bien¹⁰ exclusivo para ciertas clases o personas que tienen los medios para acceder a ella. En las últimas décadas esto se ha acentuado con la privatización (o institucionalización) de la salud, el surgimiento de seguros privados, el Estado como garante de ella para la población y la influencia de las industrias farmacéuticas en el quehacer médico; las reformas en los sistemas de salud en América Latina se han caracterizado por “tratar los servicios de salud como una mercancía bajo diversos esquemas de financiamiento y entrega” (27 pág. 210). El “consumismo médico, como otras formas de consumismo, está diseñado para ser insatisfecho” (26).

Según Echeverri, la mercantilización de la salud ocurre por la “crisis del sistema de salud en algunos países capitalistas debido a los altos costos, la creciente inflación, la exigencia de grandes capitales para diseminar nuevas tecnologías en el *cuidado individual* de la salud. Había que echar mano de la economía de mercado que, con su mano invisible, podría cambiar de manera eficiente la oferta y la demanda de *servicios personales de salud* (SPS) mediante la competencia y el libre juego de los precios en

¹⁰ Entendido como “en la Teoría de los valores, la realidad que posee un valor positivo y por ello es estimable” (RAE).

los servicios, y permitir el lucro del gran capital inclusive a expensas de la población y de los mismos profesionales de la salud. La equidad y la inclusión eran asuntos relativamente ajenos a los economistas impulsores de estos cambios y la epidemiología era innecesaria para tomar decisiones en materia de salud. Olvidaron que la política de salud no se puede basar en el mercado, porque existe un importante segmento de población pobre que no participa de él en igualdad de condiciones, lo que implica una violación al derecho a la vida y a la salud con consecuencias negativas para el bienestar de dicha población. [...] En el fondo, la motivación del cambio fue principalmente el interés corporativo de generar lucro con un tipo de servicio cuya demanda no cesa de crecer [...] y que permitiría la explotación de un enorme mercado para nuevas tecnologías [...] El médico perdió el dominio sobre su “negocio” privado de varios siglos, donde la tradición era que atendiera al enfermo de acuerdo con las necesidades y regulara los honorarios según la capacidad del paciente para pagar” (27 pág. 211).

Hoy, la mayoría de los habitantes de los países desarrollados viven vidas más largas, dinámicas y sanas que las de sus ancestros; sin embargo, las campañas publicitarias y de sensibilización que se llevan a cabo, por las empresas farmacéuticas principalmente, “transforman a los sanos preocupados por su salud en achacosos preocupados a secas” (28 pág. 8). Problemas menores, altibajos de la vida cotidiana, son descritos como desordenes mentales, afecciones graves que deben ser tratadas. “El simple hecho de ser un sujeto “de riesgo” susceptible de desarrollar una patología se vuelve una patología en sí misma” (28 pág. 8).

Esto se debe en gran parte a las estrategias de marketing de las grandes empresas farmacéuticas, que mueven miles de millones de dólares y se benefician de explotar los miedos más profundos del ser humano con respecto a la muerte, al deterioro físico y a la enfermedad, siendo recompensados cuando salvan vidas y reducen el sufrimiento. Pero no les es suficiente, ya que “rinde mucho decir a los sanos que están enfermos” (28 pág. 8). “junto con las empresas farmacéuticas, se dedica a crear nuevas enfermedades [...] A veces se trata de un estado de salud poco conocido que goza de más atención; a veces se redefine una enfermedad conocida desde hace mucho, dándole un nuevo nombre; a veces una nueva “disfunción” se crea de la nada” (28 pág. 9). La capacidad de crear mercados de nuevas enfermedades se traduce en

mayores ventas de sus productos; para esto, deben cambiar la manera en que la gente considera las afecciones que no son graves, pasando de una “molestia” a algo que necesita de intervención médica. Así, resulta difícil establecer la línea entre los sanos y los enfermos, entre lo ‘normal’ y lo ‘anormal’; cambia de un país a otro y evoluciona con el tiempo.

“La venta de enfermedades se hace según varias técnicas de *marketing*, pero la más difundida sigue siendo la del miedo” (28 pág. 12). Ivan Illich afirmó, “que la expansión del *establishment* médico estaba en vías de “medicalizar” la vida misma, socavando la capacidad de las personas para afrontar la realidad del sufrimiento y la muerte, y transformando una cantidad demasiado importante de ciudadanos promedio en enfermos. Criticaba el sistema médico “que pretende tener autoridad sobre gente que no está todavía enferma, sobre personas que no se puede razonablemente esperar que mejoren, y sobre personas a quienes los remedios de los médicos les resultan por lo menos tan eficaces como los ofrecidos por los tíos y tías”” (28 pág. 13).

Todos estos controversiales fenómenos, que han sido presentados desde una postura extrema, pero entendiendo que existe toda una gama de miradas frente a los puntos analizados, tiene estrecha relación y podría decirse que sólo son posibles por un fenómeno mundial llamado globalización. Este fenómeno ha impactado el mundo de las ciencias biológicas, de los sistemas de salud y de la práctica de los equipos de salud y sus integrantes en forma muy notable, “para bien y para mal”; la posibilidad de acceder a grandes cantidades de información médica ocurre tanto para los médicos y profesionales de la salud como para los pacientes; así, el mercado se hace más transparente, facilitando la competencia, espacio donde entre la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias.

EL IMPACTO DE LA GLOBALIZACIÓN

La globalización no es un hecho nuevo, pero ha adquirido dimensiones distintas y más complejas que en el pasado. Desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, los avances científicos y tecnológicos han profundizado y transformado los vínculos entre

los países, entre las personas y para el individuo. En el presente apartado se hace referencia a este proceso y el impacto que ha tenido, principalmente en el ámbito de la cultura, en la producción y asimilación de patrones de producción, comercialización y consumo.

García Canclini considera relevante diferenciar '*internacionalización*' (como la ampliación geográfica de la actividad económica, que comienza a ocurrir en el siglo XVI con la navegación y la expansión de la religión cristiana y otras manifestaciones culturales europeas); la '*transnacionalización*' (etapa que se inicia en la primera mitad del siglo XX, con la aparición de empresas multinacionales, conexiones transnacionales de movimientos sociales e incluso flujos migratorios; y la '*globalización*' que puede ser vista como la culminación de los procesos anteriores, que se manifiesta en nuevos rasgos como (ver (29)):el desarrollo tecnológico, "La formación de una cultura internacional – popular"(Ortiz), la "intensificación de las dependencias reciprocas" (Beck) y la acentuación de la competitividad entre las sociedades.

El sociólogo alemán Uwe Schimank¹¹ descompone el funcionamiento de la globalización en cuatro mecanismos específicos: "La *globalización de las interacciones*, es decir, de cualquier tipo de contactos - particulares, profesionales, u otros - entre individuos, organizaciones y movimientos.[...] En segundo lugar, la globalización de los *encadenamientos de consecuencias*, que corresponde a un fuerte aumento de las interdependencias entre los sistemas sociales, comprendiendo también aquellos considerados geográficamente lejanos o que pertenecen a sectores distintos: medio-ambiente, trabajo y seguro social son, por ejemplo, potencialmente interconectados por fuertes cadenas de interdependencia. La tercera dinámica de la globalización es aquella que se refiere a la *globalización de las orientaciones culturales*. Esta no se refiere solamente a los valores políticos - los derechos humanos o las nuevas formas de religiosidad - , sino también a las prácticas y a otras orientaciones culturales, tales como el *fast-food* americano o el cine *Bollywood*. Por fin, la última dimensión es la *globalización de la conciencia*, o, más específicamente, la conciencia de la globalización. Los actores políticos, económicos y sociales están cada vez mas consientes de las transformaciones en las interacciones, en las

¹¹ En SCHIMANK, U. Das globalisierte Ich. In: NOLLMANN, G.; STRASSER, H. (Orgs.) Das individualisierte Ich. Francfort sur le Main: Campus 2004. Extraído de (30), traducción propia.

interdependencias, en la identidades y los sentimientos de pertenencia que son importantes por naturaleza” (30 págs. 390-391).

La globalización, en su sentido literal, es el proceso de transformación de fenómenos locales o regionales en asuntos globales / mundiales; es un proceso objetivo (no es una ideología), multidimensional (no es sólo económica¹²) y que resulta de un conjunto de tendencias históricas. La globalización afecta la conciencia humana, las normas de conducta de individuos y grupos, transformando las identidades individuales y colectivas; es una fuerza, una dinámica que, sin sustituir los existentes, modifica y distorsiona los equilibrios anteriores (ver (30)); altera no sólo el mundo de afuera, sino también los filtros a través de los cuales miramos e interactuamos con ese mundo.

“La globalización del quehacer económico está acompañada de olas de transformación cultural, en el seno de un proceso que se llama “globalización cultural”. También aquí se trata primordialmente de la fabricación de símbolos culturales, una realidad que se viene observando desde hace ya bastante tiempo. Una buena parte de la sociología y del público en general, han adoptado para este problema una postura que se acerca bastante a la tesis de la *convergencia de la cultura global*. Según dicha tesis, se está produciendo una paulatina universalización, en el sentido de unificación de modos de vida, símbolos culturales y modos de conducta transnacionales. [...] En una palabra: que la industria de la cultura global significa cada vez más la *convergencia* de símbolos culturales y de formas de vida” (31 pág. 71).

La mayor diferencia entre la globalización de hace décadas, incluso siglos, anteriores y la de hoy, es su velocidad y visibilidad. Los avances en la tecnología y los medios de comunicación han sido sustantivos en este proceso, la interacción global se ha acelerado de tal manera que sus efectos llegan muy lejos y se hace visible de inmediato; abre nuevas estrategias, en organización productiva, venta y consumo, entre muchos otros de sus impactos. “La globalización de los medios de comunicación y su concentración en pocas manos también plantea nuevos problemas, ya que crea grandes tensiones entre homogeneidad y diversidad cultural y una enorme distancia

¹² “aunque sus dimensiones económicas son muy destacadas, evolucionan concomitantemente a procesos no económicos, que tienen su propia dinámica y cuyo desarrollo, por ende, no obedece a un determinismo económico” (32 pág. 17).

entre integración simbólica al mundo global y escasa capacidad de integración material, debido a las marcadas desigualdades existentes” (32 pág. 26).

“Por primera vez en la historia la mayor parte de los bienes y mensajes que se reciben en cada nación no se han producido en su propio territorio, no surgen de relaciones peculiares de producción, ni se llevan en ellos signos exclusivos que los vincule a la comunidad nacional, sino a otras marcas que más bien indican su pertenencia a un sistema desterritorializado”.¹³ (33 pág. 81). Uno de los principales efectos de esto es la tendencia a uniformar el mercado y a estandarizar en patrones comunes, pero en la medida que estos procesos se expanden hacia otros mercados y conjuntos socioculturales se encuentran con la heterogeneidad propia de cada lugar. “Hay que reconocer la diferencia y ver qué se puede hacer con ella” (34). La globalización ha intensificado la interculturalidad, o sea el acceso simultáneo a repertorios de muy diverso origen, lo que aumenta la heterogeneidad dentro de grupos y entre ellos, cruces de estilos y formas, de vida, producción y consumo. “La globalización ataca y fomenta, a la vez, la diversidad. De hecho, segmentos enteros de la humanidad sienten amenazadas sus historias irrepetibles y los valores que rigen sus comunidades. Pero, al mismo tiempo, la globalización estrecha las relaciones entre tradiciones culturales y modos de vida distintos, y propicia una pluralidad de interpretaciones sobre el orden global” (32 pág. 23).

Para García Canclini, “más que sustituir las culturas nacionales por las de países imperiales, se producen complejos intercambios e hibridaciones¹⁴ (desiguales y asimétricas) entre unas y otras. [...] La globalización no sólo homogeniza e integra las culturas. También genera procesos de estratificación, segregación y exclusión” (29 pág. 5), y así, opera no tanto para borrar las diferencias, sino reordenarlas para producir nuevas fronteras menos ligadas a los territorios de estado-nación. Sin embargo, es importante considerar que “el principal reparo que se le ha hecho al concepto de hibridación es que no da cuenta del conflicto existente en la mezcla

¹³ García Canclini, Néstor. "Museos, aeropuertos y ventas de garage. La cultura ante el Tratado de Libre Comercio" en *La Jornada Semanal*. México, num. 157. 14 de junio. Pp.32-39.

¹⁴ “Entiendo por hibridación procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas” (29 pág. 8).

cultural, la cual se realiza en medio de un proceso de diferenciación y de segmentación social” (33 pág. 84).

Se refiere también al surgimiento y consolidación de una cultura global, siendo la sociedad de consumo una de las expresiones y uno de los sustentos de la globalización en cuanto proceso de homogeneización cultural. “Sin esta *modernidad-objeto* que impregna los aeropuertos, las calles de comercio, los supermercados, los muebles de las oficinas y las casas, difícilmente una cultura mundializada tendría oportunidad de florecer. [...] Pero la cuestión va más allá del consumo de productos similares por todo el globo: podemos encontrar grupos de personas que, habitando lugares diferentes, comparten ciertas visiones del mundo, necesidades de consumo, disponibilidades cotidianas y estéticas”. (33 pág. 83) “La visión que considera como inevitable la homogeneización global de la cultural bajo la hegemonía occidental, parte de un reconocimiento de las asimetrías con las que se enfrentan las diferentes culturas, pero llevado a un extremo en el que se subestiman las producciones simbólicas locales: se las mira como indefensas, de pequeña escala, impreparadas para los encuentros con las culturas metropolitanas” (33 pág. 84).

Desde la antropología hay consenso respecto al reconocimiento de las tendencias homogeneizadoras en el proceso de globalización cultural (que suele estar centrado en Occidente), así como de que este proceso “nunca se completa” (33 pág. 83). “Lo incompleto de la homogeneización global no es sólo producto de una determinada dinámica de la cultura occidental. Destacan en este sentido, la variedad de respuestas y la creatividad de las culturas locales” (33 pág. 84). Así, es difícil hablar de una ‘cultura global unificada’, por lo que se observa la existencia de ‘culturas globales’, en plural, reconociendo las diferencias y particularidades, sean propias o adquiridas. “A este escenario homogeneizador, Ulf Hannerz opone el reconocimiento de la corrupción periférica: la historia de los continuos contactos entre centro y periferia ha proporcionado a las creativas culturas locales una amplia formación en la asimilación y reformulación de las ofertas metropolitanas. Estas interactúan con las producciones culturales locales, se producen mutuas influencias y luego de un tiempo se vuelven irreconocibles, esto es, se han *hibridizado*” (33 pág. 84). Se crea una “tercera cultura”, que se desarrolla con cierta autonomía y trasciende la unidad social nacional, “la globalización propicia el intercambio y flujo de bienes, personas,

información e imágenes. La intensificación del movimiento de estos flujos ha impulsado el surgimiento de identidades transnacionales, que pueden ser entendidas como genuinas *terceras culturas* que están orientadas más allá de las fronteras nacionales” (33 pág. 83)

“Bajo el discurso del mercado mundial subyace, según esta perspectiva, una utopía negativa. Conforme – y en la medida en que – los últimos rincones del planeta se están integrando también al mercado mundial, está surgiendo *un solo mundo*, pero no como reconocimiento de la multiplicidad y de la apertura recíproca, es decir de una imagen pluralista y cosmopolita de uno mismo y del otro, sino, bien al contrario, como *un solo mundo mercantil*. En este mundo, las culturas y las identidades locales se desarraigan y sustituyen por símbolos mercantiles, procedentes del diseño publicitario y de los iconos de las empresas multinacionales. *La esencia se convierte en diseño*, y esto vale para todo el mundo” (31 pág. 71). “La abundancia se convierte en una prueba más del carácter irracional de nuestras relaciones sociales y de las injusticias que no hemos podido resolver. Los adelantos técnicos solo hacen más evidentes nuestras carencias éticas. Por otro lado, a pesar de que las nuevas tecnologías nos invitan a ser interactivos y a reflexionar – es preciso reconocer la enorme pasividad de la respuesta frente a ellas –, estamos condicionados por ellas, y por ellas nos dejamos arrastrar, pero raramente hacemos un alto para pensar acerca de su *significado* y de las implicaciones generales que tienen sobre la sociedad” (35 pág. 360).

Así, por un lado, la globalización tiene elementos que permitirían o facilitarían la inclusión de los excluidos a través de mayores oportunidades, acceso a la información, acceso a bienes, la universalización de los derechos económicos, sociales y culturales; por otro lado, los nuevos patrones de producción, comercialización y consumo amenazan con exacerbar la exclusión y las desigualdades ya existentes, el cómo se asume e integra este modelo en cada cultura, cada sociedad, en cada individuo determina el efecto que tenga.

Si llevamos el tema de la globalización a sus efectos en el mundo de la salud y en particular en la obesidad, no podemos dejar de mencionar los cánones de belleza que se han masificado, gracias a la globalización, y que marcan no sólo aspectos de “imagen” sino que determinan estilos de vida y patrones de consumo, promovidos en gran parte por los países desarrollados a través de los medios de comunicación

masiva. El mensaje en este mundo globalizado no es unívoco, más bien contradictorio y poco coherente, ya que está regido por lógicas que no son sólo las de una “vida saludable”. Son factores condicionantes muy relevantes de la problemática analizada en esta tesis, cuyas características se describen a continuación.

CUERPO Y BELLEZA HOY

El cuerpo ejerce como un intermediario entre el “yo” y los “otros”, sirviendo como elemento de representación individual y social, que en cada cultura adopta valores propios determinados. Así, los modelos, prototipos y apreciación de la belleza han cambiado a lo largo de la historia y de las diversas culturas. Éstos han respondido a motivos sociales y económicos; por ejemplo, las mujeres ricas antiguamente debían ser gordas para demostrar que no tenían porqué trabajar y que comían abundantemente. La apariencia se ha convertido en una seña de identidad, un uniforme que se luce para aceptarnos y ser aceptados por los demás. En torno a él, se ha desarrollado un sistema de compra y venta de imágenes y productos que han impactado fuertemente el imaginario colectivo e individual en torno al cuerpo y la belleza.

A continuación se desarrolla la situación actual en torno al tema del cuerpo y la belleza, su relación con la globalización, los medios de comunicación (la publicidad) y el consumo; el impacto que esto tiene, como un culto al cuerpo y como afecta principalmente a las mujeres.

Hoy, la imagen es de un cuerpo delgado, ágil y esbelto que demuestre a los demás que puede consumir alimentos escogidos y tiene tiempo para ir al gimnasio o hacer deporte. “Aunque sea enfermedad, la anorexia está directamente relacionada con la idea de someterse a un régimen, lo cual, a su vez, tiene que ver con el cambio del canon de belleza – especialmente el femenino – que se ha producido en la sociedad contemporánea. En la mayoría de las sociedades premodernas, [...], el tipo de mujer era entrado en carnes. La delgadez no se consideraba en absoluto deseable, en parte porque se relacionaba con la falta de alimento y, por tanto, con la pobreza.

[...]. La idea de que lo deseable para la figura femenina es la delgadez apareció en algunos grupos de clase media a finales del siglo XIX, pero este ideal sólo se ha generalizado recientemente entre las mujeres”. (7 pág. 163)

Según Pérez Parejo (36), los motivos ocultos detrás de los prototipos de belleza son: que si se quiere incrementar el índice de la natalidad, el ideal de belleza se forma con caderas anchas y pechos grandes; si se quiere ostentar la condición de clase social dominante se muestra la gordura en tiempos de hambruna o crisis; y si se quiere mostrar cuidado de la imagen, se muestra la selección de alimentos, la exaltación de la juventud y el tener el tiempo para cuidarse físicamente, con dimensiones 90-60-90, cabellos rubios, aspecto frágil y cuerpo delgado, se quiere mostrar dinamismo y fortaleza física, característico del prototipo de belleza de esta década.

Los cambios que se han dado en este sentido en el siglo XX han estado marcados y determinados por la globalización¹⁵, entre otros, de la producción alimentaria (“cuyo ritmo ha aumentado en las últimas tres o cuatro décadas” (7 pág. 165)) y la masificación y expansión de imágenes en el mundo (entre otros por la aparición del cine y la masificación de la televisión) por lo que “la belleza” (como muchas otras cosas) deja de ser exclusivo de una cultura o lugar y pasan a ser “globales” siendo preponderantes los modelos provenientes de Europa y Estados Unidos. Por ejemplo, hoy en Japón las mujeres recurren a cirugía para tener los ojos más grandes y eliminar el rasgo propio de su cara con el fin de llegar a la televisión o el cine. “El discurso de opciones que nos ofrecen las imágenes globalizadas, es cada vez más homogéneo no sólo en tanto propuesta de belleza física, sino de etnia, raza, clase social que vehiculan definiciones culturales de "belleza" y "atractivo físico" vinculadas con ideas de éxito”. (37) Según Giddens, son las “consecuencias del cambio social sobre el cuerpo” (7 pág. 164). ‘*Se sustituyen las ideas por el dinero y todo encaja*’.

Los cambios en el patrón estético han respondido a las relaciones entre la imagen y la ideología del poder, especialmente en las mujeres. El físico femenino se ha valorado como un objeto más. Esto se ve reflejado cada vez más en la publicidad.

La publicidad, que existe desde los orígenes de la civilización y el comercio, tiene un gran poder para influir en los patrones culturales y las conductas individuales.

¹⁵ Desarrollado anteriormente.

Así, detrás de cada modelo estético hay una compleja maquinaria industrial, publicitaria y mediática, además de una conducta, un modo de expresarse y relacionarse con el mundo, una concepción del cuerpo y de la sexualidad. Hoy, en cuanto a patrones de belleza, ésta (la publicidad) está orientada especialmente hacia las mujeres jóvenes; los estilos van de la mano de la moda y se promueven a través de diversos medios, confundiendo en la mayoría de los casos el contenido editorial con los anuncios publicitarios. Hamburg, médico psiquiatra e investigador de la escuela de medicina de Harvard en EEUU, hace la relación de la publicidad como “normalizadora” de cuerpos irreales para estimular un deseo no satisfecho y promover el consumo de determinados productos y de una imagen deseable (ver (37)).

En estudios realizados principalmente en Europa y Estados Unidos, reportan que las aspiraciones sobre el ideal de la belleza (influenciado por la publicidad y los medios de comunicación) ejerce una fuerte presión sobre las mujeres por “ser perfectas”, lo que hace sentir inferiores a la mayoría, al no lograr este estándar. El impacto de los medios en la construcción del “cuerpo ideal” está vinculado al prestigio social y a definiciones de belleza articuladas con la necesidad de aceptación de parte de la sociedad. John Berger (38) luego de analizar la exhibición de las mujeres a lo largo de la historia de la pintura europea, sostiene que las mujeres han llegado a verse a sí mismas como algo para ser mirado. Dirigidas al espectador, las pinturas representan la sumisión, la accesibilidad y la disponibilidad. “Los hombres miran a las mujeres. Las mujeres se contemplan a sí mismas siendo miradas. Este hecho determina no sólo la relación entre hombres y mujeres, sino también la relación de la mujer consigo misma.” Según el autor, para la mujer, la belleza física siempre ha sido una meta en sí misma. No suele disfrutar de sí a través de su cuerpo, sino que se esfuerza para intentar complacer a los demás, ya que se percibe a través de los otros y su propia aceptación depende de la aprobación de ellos. Las imágenes publicadas en revistas provocan una revisión de la auto-imagen de los lectores, una comparación, y así, una aspiración de acercarse a esa imagen.

En Chile, según la Encuesta Nacional Bicentenario UC-Adimark (39), el 35% de las personas no se encuentran conformes con su apariencia, habiendo cosas que le desagradan (ser de estatura baja, tener la piel morena, su dentadura o estar excedido de peso), el 38% cree que está muy/algo excedido de peso (49% de ellos son

mujeres). El 53% de los encuestados opina que tener una buena apariencia física es importante en el estudio o trabajo que actualmente desempeña (el 57% de las mujeres y el 48% hombres). El título del artículo antes citado dice “el 35% de los chilenos recurriría a una cirugía plástica y el 9% ya se la hizo”. Para la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, “la cirugía estética o cosmética, se ocupa de corregir defectos más sutiles, ya sea constitucionales (jiba nasal) o producto de procesos naturales (envejecimiento facial, calvicie). La Cirugía Estética pretende sobrepasar la normalidad presente, para acercarse a la belleza y la perfección” (40). Cabe preguntarse a que se refiere con “sobrepasar la normalidad presente” y a qué belleza y perfección pretende acercarse.

“Las mujeres están siendo sometidas a un acoso publicitario que las lleva a la descalificación, a la propuesta de modelos imposibles, al asalto de la integridad y a la autoestima con la finalidad de conseguir un consumo masivo de productos y servicios relacionados con la belleza [...] El cuerpo de la mujer es algo de lo que siempre se opina [...] En el mercado publicitario hay excepciones que invitan al optimismo, como reza el slogan de *The Body Shop*: “Somos 3.000 millones de mujeres en el mundo y sólo 8 son supermodelos””. (41) La asociación de la publicidad (como representación ficticia) con la realidad acaba por asentarse en el inconciente y asumirse como normal. “Si además, estos mensajes se combinan con otras ideas o creencias similares de rechazo al cuerpo gordo y a la grasa corporal, su eficacia se ve reforzada. Pensemos que en la actualidad está extraordinariamente difundida la idea de que estar gordo o gorda es malo. La grasa corporal parece haberse convertido en una de las enemigas más feroces de nuestra salud. Se difunde la idea de que su acumulación es la causa de las enfermedades más terribles de nuestro tiempo. Pero esto sólo ocurre (o puede ocurrir) cuando se llega a un cierto grado muy elevado de gordura y obesidad. Desde un punto de vista científico no se puede justificar que la acumulación de grasa, a no ser que alcance límites patológicos, sea negativo para nuestra salud. En realidad, el actual culto a la apariencia utiliza la grasa y la salud como excusas para justificar prácticas destinadas únicamente a modelar nuestro aspecto externo y que contribuyen a extender la idea de que ser atractivo es un requisito indispensable para aceptarse a sí mismo y ser aceptado por los demás”. (42)

Según Lipovetski, en su libro *El imperio de lo efímero*, la publicidad (que ya no tiene fronteras) siempre trata de guiar desde fuera los comportamientos e introducirse hasta en sus últimos repliegues en la sociedad, produciendo necesidades estrictamente adaptadas a la oferta, permitiendo programar el mercado y poner trampas a la libertad de los consumidores. La publicidad pone cada vez más el acento en la calidad del objeto, la fantasía y la sensación. La cultura mediática se ha convertido en una máquina destructora de la razón y pensamiento; la cultura, publicidad y diversión industrializada manipulan y estandarizan las conciencias, reduciendo la capacidad de usar la razón de forma crítica. El ocio, la fugacidad de imágenes, la seducción distraída de los *mass media*, “solo pueden desestructurar el espíritu”. (43)

Para este autor, la seducción y lo efímero se han convertido en el principio que organiza la vida colectiva moderna, pasando a ser una sociedad dominada por la frivolidad, “aniquilando la cultura”. La moda se presenta como una expresión de la individualidad y de la consolidación de las sociedades liberales. (43) “Controlar la esfera de las necesidades, condicionar al consumidor, aumentarle el poder de decisión para transferirlo a la empresa, tal es la función de la publicidad” (44 pág. 163).

Es así como en países en desarrollo se atribuye el incremento de trastornos alimentarios (bulimia y anorexia principalmente) a la globalización cultural, en particular a los medios de comunicación masivos. “El aumento de los trastornos de la alimentación es sorprendente y pone claramente de manifiesto la influencia de los factores sociales sobre nuestra vida. [...] El cuerpo está muy influido por nuestras experiencias sociales y por las normas y valores de los grupos a los que pertenecemos.” (7 pág. 164) “¿Por qué afectan los trastornos de la alimentación especialmente a las mujeres y, de forma más aguda a las jóvenes? Para comenzar, habría que señalar que no sólo los padecen las mujeres, ya que alrededor del 10% de los enfermos por estas dolencias son hombres. Pero ellos no tienen anorexia o bulimia tan a menudo, en parte porque las normas sociales aceptadas hacen hincapié en el atractivo femenino que en el masculino y en parte porque lo que se considera deseable físicamente es diferente para el hombre que para la mujer [...] Su ansiedad se centra en el miedo a la gordura. En la actualidad la mujer ideal debe ser delgada y esbelta”. (7 pág. 166).

El Consumo de belleza

La publicidad, antes descrita, tiene como objeto el promover el consumo, la compra de imágenes, y así, estilos de vida, de status, que proveerían ciertos productos, de belleza, de alimentación, de servicios. “La propaganda seduce, glorifica los productos, ensalza las oportunidades. La ideología explica la moralidad del consumir y lo presenta como el acto pleno de la modernidad ya que constituye el acceso a la felicidad de la época, confort y entretenimiento”. (45 pág. 21) “Felicidad...[...] Esta es definida como simple ensanchamiento material, como crecimiento de oportunidades que es posible conseguir. Algo que se compra, adquirible y que se concreta en el confort o en la entretenimiento. La felicidad no es ya el producto de la realización trascendental en la fe, en el amor, en la pasión, en la lucha por causas, en el saber o en la bondad”. (45 pág. 33) “El consumo [...] compensa sentimientos de carencia o de insuficiencia”. (41) Este es el patrón del siglo XXI del que se beneficia el mercado; la instalación del consumo como una necesidad, como deseo, es necesaria para la acumulación en las sociedades capitalistas, que necesitan de consumidores ávidos, “...que exista a nivel de cada individuo la esclavización por el consumo como deseo” (45 pág. 27).

“Estamos hablando del consumo como simbolización del status, generador de una fachada, de una apariencia. La búsqueda del prestigio social a través del consumo puede tomar las formas conductuales del exhibicionismo y del arribismo” (45 pág. 60). “Existe otra función del consumo, como creador de identidad. La que puede surgir del consumo, de la posesión de objetos, es una identidad que reposa en el tener. Se trata de una constitución de la identidad por la apariencia. Aquí los objetos aparecen como constituyentes del yo. El predominio del tener sobre el ser se materializa cuando una persona se siente forzada a tener ciertos bienes en función de los otros, del que dirán”. (45 pág. 62)

La aspiración por un modelo de cuerpo, por un prototipo (de mujer), lleva al consumo de diversa índole: alimentos especiales para la ‘belleza’, múltiples cremas y productos de ‘belleza’, tratamientos de ‘belleza’, servicios para la ‘belleza’ (gimnasio, peluquería, masajes y otros), imágenes ‘bellas’, forma de ser ‘bella’. Es así como las

industrias de la 'belleza' (y productos asociados) se benefician, siendo el miedo y la inseguridad femenina lo más rentable del mercado. En las últimas seis décadas, donde se ha explotado y masificado el cuerpo femenino como objeto 'que vende' (y que compra) una imagen determinada, las industrias de este rubro han aumentado en cantidad, generando miles de millones de dólares anuales en beneficios de ventas. Son estas industrias las que promueven, por diversos medios, este modelo que se aspira.

'Culto' del cuerpo

Entendido como consumo cultural, el 'culto al cuerpo' es hoy una preocupación que atraviesa todos los sectores, clases sociales y edades, apoyado en un discurso de la cuestión estética o de preocupación por la salud. Como dice Bourdieu (46), el lenguaje corporal es señal de distinción social, ocupando una posición fundamental en su argumentación y construcción teórica, que coloca al consumo de alimentos, cultural y a la forma de presentación (incluyendo el consumo del vestuario, artículos de belleza, higiene y de cuidados y manipulación del cuerpo en general) como las tres más importantes maneras de distinguir-se, pues son reveladoras de las estructuras más profundas determinadas y determinantes del hábitus. "El cuerpo es la más irrefutable objetivación del gusto de clase, que se manifiesta de diversas maneras. En primer lugar, en lo que en apariencia parece más natural, esto es, en las dimensiones (volumen, estatura, peso) y en las formas (redondas o cuadradas, rígidas y flexibles, rectas o curvas, etc...) de su conformación visible, pero que se expresa de mil maneras toda una relación con el cuerpo, esto es, toda una manera de tratar al cuerpo, de cuidarlo, de nutrirlo, de mantenerlo, que es reveladora de las disposiciones más profundas del hábitus" (46 pág. 188).

La representación social del cuerpo ha sufrido una mutación y la llegada de ese nuevo imaginario social del cuerpo produce el narcisismo. Simultáneamente a una función de personalización, el narcisismo cumple una misión de normalización del cuerpo: el interés ansioso que tenemos por el cuerpo no es "libre" ya que obedece a imperativos sociales como la línea y la forma. El cuerpo se convierte en un espacio 'flotante' que queda en manos de la movilidad social. (47)

El cuerpo se convierte cada vez más en el objeto y centro de ciertas preocupaciones tecnológicas e ideológicas, pasando a ser un objeto que se trata, se manipula y se explota, convergiendo múltiples intereses sociales y económicos. La técnica impactó en gran medida la relación de los individuos con sus cuerpos en la sociedad contemporánea. La posibilidad de modelar o de diseñar su propio cuerpo se sitúa como algo que favorece para cada uno estar lo más cercano posible a un modelo de belleza que está establecido globalmente; finalmente las leyes del mercado de la moda son internacionales. Aunque las técnicas de manipulación y cuidado del cuerpo no son exclusiva de las sociedades contemporáneas, hoy está representando el principal artificio de control de la naturaleza y el consumo, como un espacio privilegiado de constitución de vínculos identitarios y de sociabilidad, representando una de las máximas expresiones del materialismo, de la 'era de la imagen'.

“Creo que el culto al cuerpo ha ganado una gran expansión y un gran auge a partir de los años ochenta. El cuerpo ha generado un mercado considerable, que se traduce en las prácticas del deporte, los productos al cuidado de la belleza, la cirugía estética, que por cierto se democratiza y se difunde ampliamente. Ese es el primer bloque para una conceptualización del cuerpo bajo los dominios del hiperconsumo. El otro aspecto es el que toca a la exigencia, la angustia que vive la gente de hoy por no soportar el paso del tiempo, ese afán de arreglar el cuerpo, mejorarlo. Ahí donde antes simplemente había una lógica del consumo, hoy todos quieren apropiarse de su propio cuerpo pero, cuidado, porque en el culto del cuerpo también hay una medicalización de la vida, que consiste en una explosión de los gastos médicos, las prácticas de prevención... Hoy no hay que comer grasas, hay que tomar coca light, no hay que fumar: todas esas son manifestaciones del culto al cuerpo [...]El culto al cuerpo proviene de una lógica de control, pero se mezcla con una lógica hedonista a través de todos los deportes de sensaciones, esos deportes en los que uno establece un contacto radical con su cuerpo.” (48)

Cuerpo, identidad y rol

Desde los años sesenta – setenta que las mujeres han logrado trascender varios de estos mitos que la mantenían en la desigualdad y el encierro del hogar y sus

labores. Con la revolución sexual y la masificación de los métodos anticonceptivos, “adquieren cada vez más importancia las expresiones y experiencias de comunicación con el cuerpo, el placer. El cuerpo pasa a ser un campo de dominio personal y una expresión de la propia identidad: se puede cuidar, modelar, ornamentar según el propio juicio” (49 pág. 474). Sin embargo, pareciera ser que entre más obstáculos supera la mujer, se multiplican e intensifican las imágenes disciplinarias y estrictas de la belleza. “Los diferentes castigos que se le impone a la mujer hace de su cuerpo un recipiente de restricciones de las que ha logrado liberarse en otro ámbitos. El esquema estudiado por Foucault en el sistema carcelario de vigilancia y castigo parece aplicarse a la ideología de la belleza, como último reducto de las viejas ideologías sobre la femineidad ya que mantiene el poder para controlar a aquellas mujeres al ejercer el poder coercitivo de la disciplina sobre el cuerpo” (ver (37)). En esta misma línea, la dieta sería una ideología de la vigilancia, de la autocensura, ‘el sedante sociopolítico más poderoso en la historia de la mujer’.

Se puede afirmar que el uso de imágenes de belleza, femenina en particular, es un arma política que detiene el desarrollo de las mujeres, una forma de reproducir prácticas normativas en nuestra cultura que ‘entrenan’ a la mujer en la docilidad y la obediencia frente a las demandas culturales que son vividas también como experiencias de control y poder. Al tiempo que la mujer va adquiriendo nuevos derechos junto a un mayor control de su cuerpo, el peso de las modelos baja en un 23% del de la mujer promedio y los trastornos alimentarios aumentan exponencialmente. Se genera una especie de obsesión, de fijación excesiva, en muchas mujeres que promueve el control sobre el alimento y el peso, que despoja a las mujeres de su autoestima, poder y control (ver (37)). “El adoctrinamiento estético es llevado a cabo por todo un complejo entramado que incluye a la industria alimenticia y dietética, la cosmética y la estética, el mundo de la moda, la pornografía, la fantasía sexual y, en definitiva, los valores de toda una sociedad que, como diría Michel Foucault posee, mecanismos de alta seguridad para mantener el estado de las cosas. [...] Así el cuerpo es el campo de batalla del poder y el instrumento idóneo para su acción. En este sentido coincido con el análisis feminista del poder que ya había

destacado que “lo personal es lo político” y que el poder se dirige no solo a lo público, sino también y muy especialmente a lo privado”¹⁶ (41).

“Los procesos que están en marcha, insertos en la globalización cultural y el conocimiento de otras formas de vivir, sentir y actuar, impactan profundamente en las subjetividades e identidades de las mujeres, tanto en su intimidad, en la vida familiar como en la relación con los cuerpos propios y ajenos; les lleva a cuestionar muchos de los aprendizajes y mandatos sociales sobre qué se espera de ellas. La forma dominante de ser mujer, la que ha hegemonizado la feminidad (obediente a su marido, protegida y dependiente, pasiva o reactiva sexualmente, de la maternidad y el trabajo doméstico), para muchas mujeres resulta cada vez más lejana y ajena a sus propias vivencias y contradice lo que quisieran ser y hacer. Pero sobrepasar los límites que históricamente les ha impuesto la feminidad dominante implicaría para muchas sentimientos de culpa y/o vergüenza” (49 pág. 474).

“La anorexia y otros trastornos de la alimentación ponen de manifiesto que la mujer representa un papel más importante que antes, pero que aun así se la sigue juzgando más por su apariencia que por sus logros. Los trastornos de la alimentación se encuentran enraizados en la vergüenza que produce el propio cuerpo y las que padecen esta dolencia sienten que no están a la altura de las circunstancias y que son imperfectas, de modo que interpretan en función de su ansiedad cómo las ven los demás. En este punto, las ideas de delgadez se hacen obsesivas y para quien las padece perder peso se convierte en el medio de arreglarlo todo” (7 pág. 166).

¹⁶ Relacionado también con el concepto de ‘biopoder’ en Foucault, que se refiere a la práctica de los estados modernos de explotar diversas técnicas para dominar los cuerpos y controlar la población. (en “La Historia de la Sexualidad”. Vol.1)

3º Capítulo

LA OBESIDAD

A continuación se desarrollan los antecedentes de la obesidad, como problema mundial y la prevalencia de esta, mostrando la relevancia del problema y urgencia de soluciones, así como los efectos que está teniendo. Luego se da cuenta de la situación de América Latina ante esta realidad, para luego entrar en profundidad en el caso de Chile, contextualizando los cambios demográficos y epidemiológicos de las últimas décadas y los factores que determinan la obesidad y el sobrepeso.

UN PROBLEMA MUNDIAL

Según la OMS (50), el rápido aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT), amenaza el desarrollo económico y social, así como la vida y salud de millones de personas, representando uno de los desafíos sanitarios de mayor importancia para el desarrollo mundial. Los países de ingresos bajos y medianos son los que más sufren el impacto de estas enfermedades, ya que su aumento suele ser preponderante en las poblaciones pobres, contribuyendo de esta forma a acentuar las diferencias en el nivel de salud entre los países y dentro de ellos (ver (51)).

Para clasificar el bajo peso, sobrepeso y obesidad en adultos, se utiliza un índice simple de peso por estatura llamado Índice de Masa Corporal (IMC). Se define como el peso en kilos dividido por la altura en metros al cuadrado (kg/m^2). De acuerdo a la OMS, se presenta la siguiente tabla que define los parámetros.

Clasificación	IMC(kg/m²)
	Puntos de corte
Bajopeso	<18.50
Delgadez Severa	<16.00
Delgadez Moderada	16.00 - 16.99
Delgadez leve	17.00 - 18.49
Rango Normal	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00
Pre-obeso	25.00 - 29.99
Obeso	≥30.00
Obeso clase I	30.00 - 34.99
Obeso clase II	35.00 - 39.99
Obeso clase III	≥40.00

Fuente: Adaptado de WHO, 1995, WHO, 2000 y WHO 2004¹⁷.

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes, cuatro de las principales ENT, están asociadas a factores de riesgo comunes y prevenibles, entre los cuales está la obesidad y el sobrepeso. La prevención de estas enfermedades debe por tanto concentrarse en disminuir estos factores de riesgo, los cuales están fuertemente asociados a estilos de vida y por tanto, es esencial que la intervención sea a nivel de la familia y la comunidad, ya que ellos están profundamente enraizados en el entorno social y cultural de la población.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando a una velocidad alarmante a nivel mundial, tanto en países desarrollados (ver (52)) como en desarrollo. Dado que el problema parece estar creciendo en niños y adultos, las consecuencias para la salud aparecerán en el futuro. En el 2001 a nivel mundial, las ENT fueron causa de casi el 60% de los 56 millones de defunciones registradas y del 47% de la carga de

¹⁷ http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html . Traducción propia.

morbilidad (53) y se prevé que para el 2020 estas enfermedades serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la carga de morbilidad (54).

Se pueden señalar los siguientes como ejemplos de la relevancia de este tema tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo:

- México: en 1989 un 10% de la población era obesa. Según un estudio del 2006, un 71% de las mujeres y un 66% de los hombres son obesos, llegando a niveles similares que los EEUU. Una de las razones es la cercanía con los EEUU y la adopción de sus patrones de consumo.
- Brasil: en 1975, un 20% de la población adulta era obesa; en 1997 esta cifra asciende al 36,7% con tendencia creciente. Un factor importante es la proliferación de los supermercados y el consumo de alimentos elaborados.
- Egipto: en 1998 un 59,1% de los adultos son obesos, afectando sobre todo a las mujeres en zonas urbanas que adoptan patrones de vida de los países desarrollados.
- China: en 1991 un 12,9% de los adultos son obesos; en el 2004, un 27,3%. Un factor es el aumento del ingreso per cápita.
- Alemania: un estudio publicado a principios del 2008 establece que entre personas de 18 a 80 años de edad, el 66% de los hombres y el 51% de las mujeres tiene sobrepeso. Un 20% sufre de obesidad severa.

En este contexto, resulta de particular relevancia el conocer las tendencias en la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso, así como su distribución, a objeto de identificar poblaciones de mayor riesgo. De esta forma los gobiernos podrán tomar decisiones informadas que den mayor racionalidad a la asignación y distribución de recursos, requiriéndose de sistemas de información que permitan monitorear la efectividad de los programas implementados para controlar la obesidad.

Las personas de menores estratos sociales tienen una mayor prevalencia de los factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, sedentarismo) y también de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. Esto por constituir poblaciones más vulnerables, tanto física como socialmente y estar expuestos a factores de riesgo desde más tempranas edades, todo lo cual incide en un mayor daño para la salud.

Para enfrentar esta realidad, asegurando la oportunidad de estas acciones y su focalización en los más necesitados, es necesario definir objetivos sanitarios específicos, relacionados con la nutrición, calidad de alimentos y actividad física, en una perspectiva que involucre a todos los sectores: salud, educación, deportes, agricultura, vivienda, economía, etc.

La estrategia mundial de prevención y control de las ENT promovida por la OMS enfatiza la importancia de priorizar acciones sobre los factores de riesgo, evitando su aparición, en sus componentes ambientales, económicos, sociales y de comportamiento. Los componentes de esta estrategia son:

- la **vigilancia**, para determinar la magnitud y evolución de las ENT y sus determinantes, aportando a las políticas de promoción nacional y mundial
- La **promoción** de la salud a lo largo de todo el ciclo vital y la **prevención** de los factores de riesgo.
- La **innovación** de la atención sanitaria que responda a las necesidades de la población y
- una adecuada **gestión** con intervenciones eficientes y equitativas

Existen pruebas concluyentes de la relación que existe entre determinados estilos de vida y el estado de salud o la morbilidad posterior en el ser humano. Según la OMS “es posible diseñar y realizar intervenciones eficaces para posibilitar que las personas vivan más y lleven una vida más sana, reducir las desigualdades y promover el desarrollo. Si se moviliza plenamente el potencial de las principales partes interesadas, esa visión podrá pasar a ser una realidad para toda la población en todos los países” (55 pág. 4).

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* (56) se exponen las circunstancias en las cuales, en la mayor parte de los países, unos pocos factores de riesgo son responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad. (Ley de Pareto). En el caso de las ENT los factores de riesgo más importantes son: hipertensión arterial, aumento del colesterol, escasa ingesta de frutas y verduras, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco.

La alimentación y la falta de actividad física son las principales causas de enfermedades como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares (ECV), determinados tipos de cáncer, salud dental y osteoporosis. La carga de estas

enfermedades tiende a aumentar en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son en promedio más jóvenes que en los países desarrollados y donde se registra el 66% de las muertes causadas por dichas enfermedades. La acelerada transformación en los hábitos alimenticios y la actividad física contribuyen a acelerar esta tendencia.

En los países de ingresos bajos y medios, se atribuía estas enfermedades a las clases más acomodadas, sin embargo, estudios recientes muestran que estas también están presentes en las comunidades más pobres y contribuyen a las desigualdades sociales y económicas. Y aunque en la carga de morbilidad de esos países siguen predominando las enfermedades infecciosas y la desnutrición, los factores de riesgo de las enfermedades crónicas se están propagando, aumentando cada vez más la proporción de personas obesas, incluso en los sectores más pobres.

Las ENT generan un costo económico importante para los sistemas de salud y la sociedad, afectando el desarrollo económico y social de un país. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha demostrado que las enfermedades perturban el desarrollo social y económico del país y destaca la importancia de la inversión en salud para el desarrollo económico.

En países desarrollados, la obesidad genera entre el 2 y el 7% de los costos sanitarios totales, significando un desembolso considerable para el Estado. El tener una población mejor alimentada y más activa genera un beneficio económico por reducción de los costos sanitarios, aumento de los ingresos fiscales y aumento de la productividad laboral (ya que una nutrición deficiente se asocia a un mayor ausentismo laboral, influye negativamente en el estado de ánimo y tasas de siniestralidad en los lugares de trabajo).

Los gobiernos desempeñan un rol fundamental para, en cooperación con otros organismos, crear un entorno que potencie e impulse cambios en el comportamiento de las personas, las familias y las comunidades para que éstas tomen decisiones positivas en relación a la alimentación y la actividad física, que les permita mejorar su calidad de vida.

La experiencia indica, según la OMS, que el éxito de las intervenciones orientadas hacia la comunidad depende de la participación de ésta, del apoyo político, de una acción intersectorial, una legislación apropiada, reformas en la atención

sanitaria y de la colaboración de las ONG's, la industria y el sector privado. "Muchas decisiones adoptadas fuera del sector salud tienen efectos muy importantes sobre elementos que influyen en los factores de riesgo. La mayor parte de los resultados favorables de las actividades de prevención se consiguen influyendo en las políticas públicas aplicables a sectores tales como el comercio, la producción de alimentos y preparaciones farmacéuticas, la agricultura, el desarrollo urbano y la política impositiva, antes que modificando solamente la política sanitaria" (50).

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Varias encuestas realizadas en América Latina y el Caribe (ALC) muestran que alrededor de 50 a 60% de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad. Entre los niños menores de 5 años, entre el 7 y 12% son obesos. "Esta cifra es el séxtuplo de la tasa actual de desnutrición del grupo de esa edad" (57 pág. 4). Por otro lado, entre un 30% y un 60% de la población latinoamericana no realiza actividad física en los niveles mínimos recomendados, sobre todo en los centros urbanos, tendencia que aumenta con la edad y prevalece sobre todo en mujeres. A esto se suma una disminución importante en el consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y un aumento en el consumo de alimentos con alto contenido graso y de azúcar. "Se ha observado una conexión entre la obesidad y la pobreza, vinculada al sabor agradable y el bajo costo de los alimentos procesados con gran contenido de azúcar y grasas, factores que, sumados a la comercialización y la publicidad intensivas y sumamente especializadas, han contribuido a la cultura de consumo masivo de los alimentos envasados, las bebidas gaseosas y el comer afuera [...] los cambios en las preferencias alimentarias del público forman parte de un fenómeno denominado *transición alimentaria* impulsado por los sueldos crecientes en las ciudades, el cambio en los precios relativos y las innovaciones continuas en la tecnología alimentaria y los sistemas de distribución." (57 pág. 6)

CHILE

Según la OMS, Chile encabeza el ranking en ALC con la mayor tasa de obesidad en mayores de 15 años. Se estima que existen 3,4 millones de obesos en el país, cifra que podría superar los 4 millones al año 2010 si persiste la tendencia actual.

La encuesta Nacional de Salud de 2003 reveló que el 34% de la población sufre de hipertensión arterial, el 30% de hipertrigliceridemia¹⁸ y el 55% tiene un riesgo cardiovascular alto o muy alto, 34% presenta hipertensión arterial, 35% hipercolesterolemia¹⁹, 16% intolerancia a la glucosa y un 23% síndrome metabólico.²⁰ Además, el 90% de la población chilena no realiza ningún tipo de actividad física regularmente.

Según esta encuesta, la prevalencia de obesidad tiene una relación inversa con la escolaridad, aumentado desde 16,8% en personas con educación universitaria a 31,1% entre quienes tienen educación básica. La misma tendencia se observa en relación a la hipertensión y diabetes, con una prevalencia significativamente mayor en personas de menor escolaridad.

En el caso de los niños, el 7,4% de los menores de 6 años sufre de obesidad, mientras que el 19,4% de los escolares de primer año básico, tiene este problema. En el caso de los adultos, 25% es obeso, y si se considera el sobrepeso, más de la mitad de la población nacional se encuentra en esta condición.

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

¹⁸ Se caracteriza por el aumento de los triglicéridos plasmáticos en la sangre (un tipo de lípidos), que se forman en el intestino a partir del consumo de ciertos alimentos.

¹⁹ Consiste en la presencia de colesterol en la sangre por encima de los niveles considerados normales. El aumento, que se asocia a problemas coronarios, depende de la dieta, el sexo y el estilo de vida, así como factores hereditarios.

²⁰ Síndrome Metabólico es la presencia de los siguientes factores de riesgo en una persona: obesidad, colesterol HLL alto, colesterol HDL bajo, hipertensión arterial, hiperglucemia. Estas se vinculan entre si al desencadenar un elevado riesgo de morbimortalidad asociado a ECV.

Al comparar las dos últimas Encuestas Nacionales de Presupuestos Familiares, se observa que gran parte del aumento de ingresos obtenidos por los quintiles más pobres, se ha destinado a la compra de alimentos ricos en grasas, azúcares refinadas, alimentos procesados, televisores, electrodomésticos, teléfonos y vehículos, elementos que contribuyen a una alimentación desbalanceada y a un mayor sedentarismo.

Cambios Demográficos

Las transformaciones sociales, económicas y demográficas ocurridas en Chile en las últimas décadas coinciden con cambios en el perfil epidemiológico de la población, y así, afectan los patrones de consumo alimenticio y de actividad física. Esta transición muestra rasgos característicos y heterogéneos en cada país, los que se asocian al momento de inicio y a la velocidad en que se da el cambio.

A partir de 1930 Chile ha vivido un proceso progresivo de urbanización, llegando a tener en 1994 una población urbana del 86%, con su correspondiente proceso de industrialización y proletarización, la alfabetización de la población, mejoras en las condiciones sanitarias y en la disponibilidad de agua potable. Por otro lado, el crecimiento económico y el consecuente aumento en el ingreso per cápita de una parte de la población, las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC's), el ingreso de Chile al mercado mundial y la importación de nuevos estilos de consumo, han generado cambios importantes en las condiciones y estilos de vida de los chilenos.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la esperanza de vida (Tabla 2) ha aumentado en forma notable, principalmente gracias a los avances en la medicina de los últimos 50 años. Así, a principio de siglo era de 30 años y en el quinquenio 2000-2005 es de 78 años. La Tasa Bruta de Natalidad para el mismo periodo es de 18 nacidos vivos por cada mil habitantes y la fecundidad se redujo de 5,3 hijos en la década del '60, a un promedio de 2,4 hijos por mujer en el 2005, proyectándose para el 2025 dos hijos por mujer. La Tasa Bruta de Mortalidad (Tabla 1) a principios de siglo era de 30 defunciones por cada mil habitantes, en donde la población estaba muy

expuesta al riesgo de enfermar y morir; en 1960 baja a 12,5 y para el 2004, se calculaba en 5,4 defunciones por mil habitantes.

Tabla 1:

MORTALIDAD GENERAL. CHILE, 1960-2004		
Año	Defunciones	Tasa*
1960	95.486	12,5
1970	83.014	8,7
1980	74.109	6,6
1990	78.434	6,0
2000	78.814	5,1
2001	81.871	5,3
2002	81.080	5,1
2003	83.672	5,3
2004	86.138	5,4

*Tasa por 1.000 habitantes

Tabla 2: **Esperanza de Vida al nacer**

Periodo	Sexo		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1950-1955	54,8	52,91	56,77
1955-1960	56,2	53,81	58,69
1960-1965	58,05	55,27	60,95
1965-1970	60,64	57,64	63,75
1970-1975	63,57	60,46	66,8
1975-1980	67,19	63,94	70,57
1980-1985	70,7	67,38	74,16
1985-1990	72,68	69,59	75,89
1990-1995	74,34	71,45	77,35
1995-2000	75,71	72,75	78,78
2000-2005	77,74	74,8	80,8
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,1	76,12	82,2
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

Fuente: Departamento de Estadística e Información (DIGES) Ministerio de Salud, Chile.

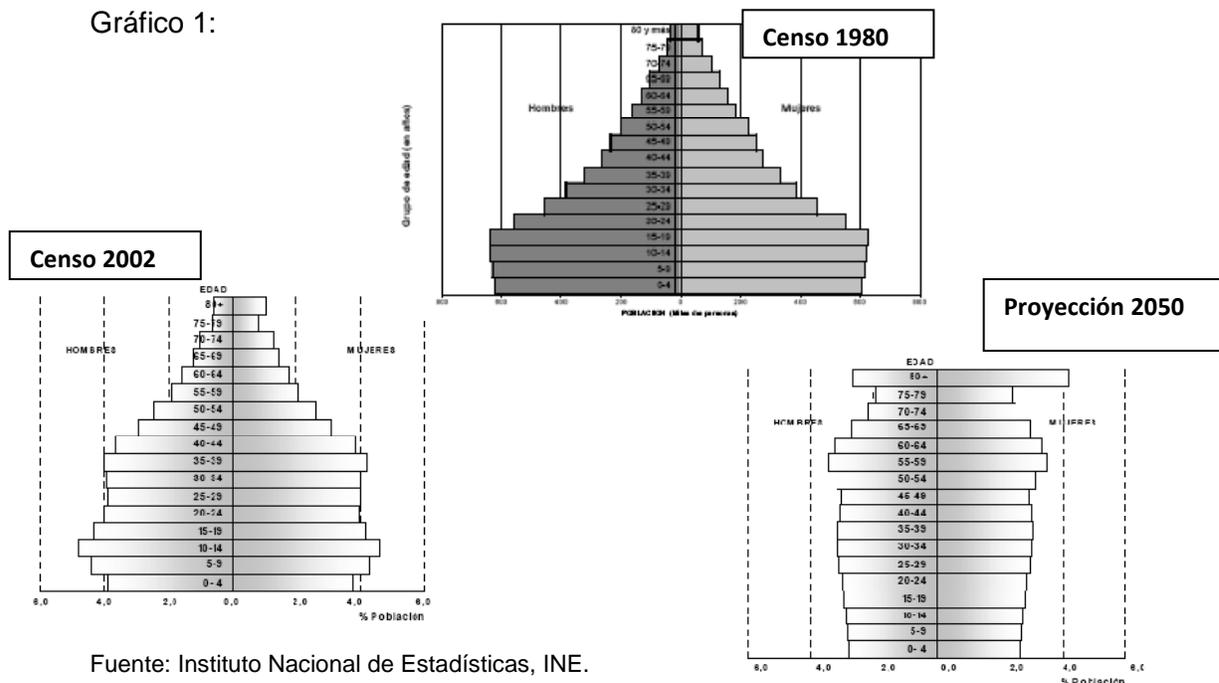
La reducción de la fecundidad tiene efectos positivos en el corto y mediano plazo, especialmente por la estabilización de la población objetivo de la atención en salud materno infantil. “Así, la tasa de dependencia disminuye al reducirse la natalidad, sin embargo, al aumentar la población adulta mayor, el peso de los dependientes se desplaza desde los menores de 15 años a los mayores de 60 años; y en consecuencia, la relación de dependencia se eleva nuevamente, esta vez generando otras demandas de atención de salud y seguridad económica” (58 pág. 10).

Producto de esto, entre otros factores, la velocidad de crecimiento de la población (que es indicativo de la sucesión de cambios en los niveles de fecundidad y mortalidad) ha disminuido, afectando el volumen y la estructura por edad de la población (Gráfico 1). Chile experimenta un proceso de transición demográfica avanzada²¹ en el marco latinoamericano, es decir, con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%; un cambio en la estructura por edad de la población, en donde disminuye rápidamente

²¹ Según CELADE.

el porcentaje de la población menor de 15 años y hay un aumento de los mayores de 60 (que se estima ascenderían del 10% en la actualidad al 18% en el 2025).

Gráfico 1:



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, INE.

Junto al envejecimiento de la población y muy ligada a los cambios demográficos, se ha verificado la transición epidemiológica. Hay cambios en la composición de la mortalidad por sexos y edades y modificaciones en las causas de muerte. La alta incidencia de las enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) que se observaba en el pasado y que se concentraban en los jóvenes, ha dado paso a un predominio de las causas crónicas y degenerativas, que afectan principalmente a los adultos mayores. Estos cambios generan nuevas demandas en áreas económicas, de salud y seguridad social.

Cambios Epidemiológicos

En la década de los 60 Chile tenía indicadores de salud parecidos al resto de América Latina (como lo mencionan múltiples documentos del MINSAL y otros Organismos como la CEPAL, FAO, INTA, etc.) es decir, tasas elevadas de mortalidad infantil y materna, alta prevalencia de enfermedades infecciosas y un alto porcentaje de población desnutrida. En los 90, gracias a las inversiones realizadas en educación, agua potable, saneamiento, salud y nutrición, se reducen las enfermedades transmisibles, disminuye considerablemente la desnutrición y las tasas de mortalidad materna e infantil. La política de salud cuenta con programas y protocolos de atención para una gran variedad de situaciones, lo que permite tener una alta conciencia sanitaria por parte de los ciudadanos y exhibir indicadores en salud, que superan el promedio latinoamericano, acercándose a aquellos de países desarrollados.

Los cambios epidemiológicos que ocurran en cualquier país tienen una alta relevancia, ya que llevan implícito la necesidad de efectuar modificaciones en las políticas y estrategias sanitarias que hasta ese momento hayan sido aplicadas. Estos cambios no sólo llevan asociadas definiciones de orden teórico y de diseño, sino que todo el sistema proveedor de servicios sanitarios deberá adaptarse a estos cambios. Esto suele significar la incorporación de nueva tecnología (equipamiento, fármacos) y requerimientos de recursos humanos especializados, todo lo cual lleva implícito no sólo la gestión del cambio dentro del sector sino la necesidad de aportar con mayores recursos financieros. Las enfermedades que acompañan el cambio epidemiológico suelen requerir tecnologías más avanzadas para su manejo, medicamentos de alto costo, tratamientos de por vida y políticas preventivas masivas.

Un elemento adicional en relación a este tema, es que muchas veces las políticas nuevas que deban ser implementadas afectan a la población en forma directa, pudiendo requerirse por ejemplo la supresión de ciertos beneficios que en otros tiempos fueron necesarios pero que dejan de ser vigentes; y estos cambios si bien desde el punto de vista sanitario son necesarios, resultan imposibles de aplicar por razones de orden político (como ejemplo se pueden citar los programas de alimentación complementaria y la necesidad de ser rediseñados).

Los cambios epidemiológicos se caracterizaron por la disminución de las patologías de origen infeccioso y el incremento progresivo de la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas con el consecuente aumento de defunciones por estas causas. Las condiciones de alimentación, tabaquismo, sedentarismo, delincuencia y condiciones laborales deficientes han contribuido al predominio de las enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer y accidentes. También han aumentado las enfermedades mentales en los adultos y enfermedades perinatales y congénitas en los niños.

Las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias se redujeron de 11,6% en 1970; 3,2% en 1990 a 2,1% en el 2005 para el total de las muertes, aumentó la proporción de defunciones por ECV y tumores malignos (las dos primeras causas de muerte); aumentó el riesgo de contraer cáncer, particularmente aquellos relacionados con las formas de vida poco saludables. Como ocurre en otros países desarrollados, las enfermedades mentales aparecen como importantes causas de morbilidad e invalidez y como factores de riesgo de enfermedades crónicas a causa del alcoholismo, la drogadicción y su secuela de accidentes y violencia.

La cobertura de atención profesional del parto ha alcanzado el 99,8% de los nacimientos en el país, lo que en parte ha provocado que entre 1960 y 2005, la tasa de mortalidad infantil (Tabla 3) disminuya de 120,3 a 7,9 por 1.000 nacidos vivos. El control prenatal tiene una cobertura de 90% de la población de embarazadas en el sistema público de salud, y el control posterior al parto y del recién nacido tiene una cobertura cercana al 100%.

Tabla 3: **MORTALIDAD INFANTIL.**
CHILE, 1960-2004

Año	Defunciones de menores de 1 año	Tasa*
1960	34.003	120,3
1970	20.750	79,3
1980	8.158	33,0
1990	4.915	16,0
2000	2.335	8,9
2001	2.159	8,3
2002	1.964	7,8
2003	1.935	7,8
2004	2.034	8,4
2005	-	7,9

*Tasa por mil nacidos vivos

Fuente: Departamento de Estadística e Información (DIGES) Ministerio de Salud, Chile.

FACTORES DETERMINANTES DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

Chile está inmerso en una dinámica de cambios sociales y culturales en diversos ámbitos, como el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio, los cambios ambientales y demográficos, que contribuyen a la práctica de estilos de vida poco saludables. Es importante mencionar que los efectos de estos factores se dan de manera diferenciada en la población, dependiendo de las condiciones de vida de las personas como la ruralidad, condición étnica, nivel socioeconómico, nivel educacional, etc.

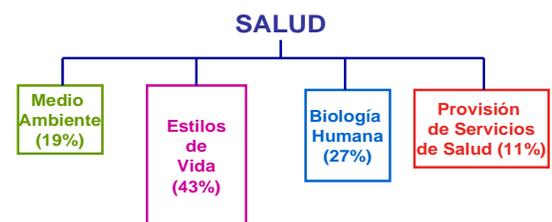
Los determinantes del estado de salud o factores condicionantes, se refieren al conjunto de factores, elementos o situaciones que contribuyen a la etiopatogenia²² de una enfermedad o que modifica su historia natural. Actualmente se sabe que existen diversos factores asociados a la salud y a la enfermedad; el concepto “determinantes de salud” señalan además, las áreas y líneas de acción que se requieren intervenir para mejorar las condiciones de salud de quienes habitan en un territorio específico en un determinado momento histórico.

Esto reconoce que el proceso *salud – enfermedad* no es lineal, sino que ésta está determinado por diversas circunstancias y factores que son de “decisión personal” y social. Entre otros factores, la práctica de estilos de vida poco saludables, particularmente en cuanto a alimentación y actividad física, conducen a la obesidad y el sedentarismo, que son causas principales de las ENT. Diversos elementos determinan la condición de sobrepeso u obesidad, entre ellos la carga genética del individuo; factores económicos: la pobreza e inequidad; factores socio-culturales como los cambios en el trabajo y la familia, la educación y principalmente su efecto sobre el estilo de vida que lleva la población, teniendo presente el contexto de los cambios demográficos y epidemiológicos a nivel nacional y mundial.

Los diferentes factores de riesgo de las ENT suelen coexistir e interactuar: mientras estos sean mayores, más está expuesta la población a contraer estas enfermedades. Por eso, la estrategia para combatir las ENT debe enfocarse en la prevención de estos factores de riesgo y la promoción de un estilo de vida saludable, siendo el foco toda la población y no sólo aquella que corre alto riesgo. Los beneficios que se pueden obtener con estas medidas son acumulativos y sostenibles.

A continuación se desarrollan, por ámbito, los factores que determinan e inciden en el aumento de la obesidad en el contexto latinoamericano y mundial, poniendo énfasis en la realidad chilena.

IMPACTO EN LA VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS



Adaptación de: "A new Perspective on the Health of Canadians" (Lalonde, M. 1974) y "An Epidemiological Model for Health Policy Analysis" (Dever, 1976)

²² Etiopatogenia: Modo de obrar de las causas en los procesos patológicos.

FACTORES GENÉTICOS

Hasta ahora sólo algunas formas raras de obesidad han sido examinadas genéticamente. En Chile por ejemplo, la prevalencia de obesidad se presenta hace más de 50 años con una clara curva ascendente; pero en este periodo no han habido cambios sustanciales en la genética de la población según los expertos.

La importancia que tiene la herencia y la función que desempeña en la obesidad, según distintos estudios, ha variado en el tiempo. En un estudio realizado en el año 1986, se calculó que el IMC estaba en un 80% determinado por factores genéticos. Estudios posteriores coinciden en que ésta influencia se aproxima al 33%, de lo que se deduce que 66% de la varianza del IMC debe ser de origen socio cultural.

Investigaciones desarrolladas en 1988 demostraron que los niños que tenían ambos padres obesos mostraban un gasto energético 25% inferior al de los hijos de padres con peso normal, y tenían un 80% de probabilidad de ser obesos (4 o 5 veces más que la población general). En cuanto a los factores familiares, que se asocian con su aparición y desarrollo pero no determinan por sí solos la obesidad, están la condición de ser hijo único, hijo primogénito, hijo de madre obesa, hijo de padres obesos, hijo de madre en edad avanzada, hijo de padres separados, hijo de madre que trabaja remuneradamente, hijo de padre ausente del hogar y asistencia al jardín de niños.

Otros estudios publicados en importantes revistas científicas²³, han mostrado que en poblaciones que han sufrido hambruna, los genes de la obesidad tienen una ventaja selectiva, es decir, las personas que poseen estos genes en los ambientes 'obesogénicos' de hoy, pueden ser aquellos que sobrerreaccionen, que no se convierten simplemente en personas con sobrepeso, sino extremadamente obesos. Esto se puede ver en poblaciones de alto riesgo, como los Indios Pima y los habitantes de las Islas del Pacífico.

La obesidad tiene importantes implicancias fisiológicas ya que se asocia con una variedad de patologías y complicaciones que varían según la edad en la que se

²³ Traducción Propia. Nature Reviews/Genetics. Volume 8, June 2007. Nature Publishing Group.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=gene&cmd=Retrieve&dopt=full_report&list_uids=79068.

presenta. Parodi y cols. (1993) han señalado que las implicancias de la obesidad son más graves cuando se presentan en la niñez, ya que se vincula con más fuerza a otras enfermedades y a la obesidad en la adultez, existiendo una correlación entre el peso en la niñez y en la edad adulta muy importante. En Chile, Kain y cols. (1998) realizaron una investigación que encontró que los niños que nacieron con sobrepeso, fueron considerados obesos a los 4 años.

Los determinantes genéticos no se encuentran en 'conflicto' con los sociales, no se trata de escoger entre uno u otro, sino de considerar ambos, ya que ninguno actúa solo para determinar el resultado clínico. Sin embargo, los análisis genéticos serán muy poderosos en una variedad de maneras, no necesariamente relacionadas con evaluación de riesgos. En primer lugar, tiene la habilidad de informarnos sobre los mecanismos mediante los cuales una enfermedad se desarrolla; estudiar la interacción entre los genes y los factores medioambientales que llevarán a entender en términos precisos la patogénesis de la diabetes o la obesidad entre otras. La identificación de estos procesos va a llevar, en último término, a mejorar las terapias y posiblemente medidas curativas.

Según Sonia Bersh, "No solo se hereda la predisposición a la adiposidad y la distribución de la grasa corporal; estudios de genética de la conducta indican que factores conductuales tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos" (59).

Aspectos conductuales y psicológicos. (59) Desde el punto de vista conductual, al hacer dieta se sustituyen los controles fisiológicos por los cognitivos que tienden a fallar por la presión fisiológica (el hambre), el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, el consumo de alcohol, los estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad.

Desde el punto de vista psicológico, algunas personas no logran incorporar en su desarrollo el control sobre la alimentación, especialmente el que ejercen los padres sobre los niños cuando estos son obesos o tienen sobrepeso. La comida es usada para atenuar un malestar emocional de cualquier origen. "Una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo

cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia maladaptativa para “manejarlas”. Por otra parte, la obesidad contribuye a evitar la sexualidad.

La cultura occidental actual propone a todos, pero especialmente a las mujeres, un ideal de figura corporal muy esbelta que resulta imposible de alcanzar para la mayoría. Esto crea insatisfacción y culpa, y genera estrategias que pretenden reducir el peso y volumen corporal, pero que a veces resultan contraproducentes, como las dietas frecuentes y mal orientadas y las metas no realistas.

Lactancia Materna Natural Exclusiva

En 1940, el 85% de los lactantes eran alimentados exclusivamente por sus madres hasta los seis meses de edad; luego, por la gran cantidad de personas que migraron hacia centros urbanos y por la distribución gratuita de leche, este hábito declinó a un 19% en 1974, contribuyendo al incremento de la desnutrición temprana (60). Así, se inició una campaña para promover la lactancia natural exclusiva y una adecuada alimentación de la madre en todo el proceso de gestación, ya que la salud y la nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de éste, y principalmente la alimentación del niño durante los primeros meses, son importantes para la prevención de las ENT durante toda la vida.

La leche materna cumple en primer lugar la función nutritiva, fundamental en el crecimiento del niño, luego la función protectora por sus propiedades inmunitarias y la tercera en la esfera del afecto. (61)

El ambiente nutricional intrauterino tiene especial importancia ya que imprime en el feto características metabólicas que influyen en el riesgo de contraer ENT durante su vida adulta. Se habla del “origen fetal” de las enfermedades crónicas del adulto y el rol de la nutrición materna durante el embarazo, ya que esa “programación fetal” se mantendría, favoreciéndose el desarrollo del Síndrome Metabólico. Así mismo, los hijos de madres diabéticas, hipertensas u obesas tendrán un riesgo mayor de desarrollar enfermedades como la diabetes tipo II, hipertensión y/u obesidad en su vida, no solo por factores genéticos, sino también por el mecanismo de “programación fetal”, mediado por factores hormonales y/o nutricionales.

Estudios del MINSAL muestran que los niños que han sido alimentados exclusivamente por la madre hasta el sexto mes se enferman la mitad de aquellos que no lo han sido. La lactancia natural exclusiva durante seis meses, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen a un desarrollo físico y mental óptimo. Quienes han sufrido retraso del crecimiento intrauterino y especialmente en el periodo postnatal, corren mayores riesgos de contraer ENT, así como de ser obesos en la edad adulta. Es así como la lactancia materna es un factor protector muy importante para el desarrollo humano.

El aspecto afectivo tiene un impacto en cuanto que “el hecho de recibir de la madre su alimento principal acerca más férreamente el niño a ésta última, lo que lleva implícita la unión familiar (...) y a su vez, son mejores padres cuando ellos tienen hijos.” (61) El amamantamiento establece un vínculo amoroso entre la madre y el niño, por la activación de hormonas y endorfinas. “El verdadero “arte de amamantar” se ha ido perdiendo con el tiempo debido al proceso de urbanización y desarrollo de las ciudades, y especialmente, por la incorporación de la mujer al trabajo y por las fuertes y múltiples exigencias que éstas deben cumplir como esposas, madres y profesionales” (61 pág. 4).

Como consecuencia de una serie de campañas comunicacionales y educacionales en Chile (en el marco de la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV), principalmente en los Servicios de Salud, educando a su personal para así educar a la madre, la lactancia natural exclusiva ha aumentado de un 16 % en 1993; 43% en el 2004 a un 49% en el 2006 (62).

FACTORES ECONÓMICOS

Es indudable que los factores económicos tienen una influencia determinante sobre el nivel de salud de la población; aún cuando Chile ha logrado avances muy importantes en disminuir la población en extrema pobreza, aún existe un porcentaje de la población que ve afectado su acceso a la atención en salud y donde sobretodo los

factores educacionales determinan una mayor vulnerabilidad y riesgo en el ámbito sanitario, incluyendo la obesidad.

Se incluye en este acápite los aspectos de acceso a alimentos saludables y pobreza e inequidad, por ser los elementos que más caracterizan el aspecto económico como factor determinante.

Acceso a Alimentos

El incremento de peso corporal en gran parte de la población chilena se debe en parte a que la población mejoró su nivel de ingresos, con lo que tuvo acceso a una mayor oferta de alimentos y a otros estilos de consumo, aumentando en forma importante el consumo de alimentos procesados con alta cantidad de azúcares, grasas y sal, sin haber políticas que regularan la calidad de la comida a la que se estaba accediendo. Por otro lado, se sustenta un modelo económico de exacerbación del consumo, por lo que se compra en mayor cantidad. Así, los cambios socioeconómicos que ha vivido Chile en las últimas décadas, han impactado, en muchos aspectos negativamente, el estilo de vida de los chilenos.

A nivel de **políticas económicas**, es importante considerar la eventual introducción de medidas como impuestos específicos a alimentos no saludables o sobre todo subsidios que promuevan el consumo de alimentos sanos (por ejemplo bajando el precio de frutas, verduras y pescados) de modo tal de asegurar su acceso a todos y sobre todo aquellos de menores recursos. Esto porque el **precio de los alimentos** determina en gran medida el acceso por parte de la población a los mismos. Los alimentos saludables suelen ser más caros que aquellos que no lo son, por lo que uno de los aspectos relevantes en el tema de la obesidad es precisamente este. Alimentos de necesidad básica (como la leche, los cereales, carnes, entre otros) se encuentran disponibles en “distintas versiones”, siendo aquellas más reducidas en grasas, sodio y carbohidratos, las más caras. Otro factor que ha influido es la desaparición de las pequeñas y medianas empresas que abastecían a la familia, apareciendo los grandes supermercados, con una amplia variedad de productos al

alcance de distintos bolsillos, produciendo alimentos de marcas 'secundarias' a menor precio.

El precio de las frutas, verduras, carnes y pescados se encuentra determinado en parte por la oferta y demanda, influyendo en los patrones de consumo a través del precio y el acceso. En los últimos años en Chile y el mundo se ha experimentado una serie de alzas en los precios de entre otros, estos productos, afectando principalmente a las clases sociales de menores recursos. Las **políticas agrarias** cumplen un rol fundamental en este aspecto, en la medida que pueden controlar su oferta, así como fomentar su producción para el consumo interno mediante facilidades o reducciones impositivas, subsidios a la producción de micro y medianos empresarios, pequeños agricultores y pescadores artesanales. En cuanto a las diferencias del mismo producto en distintos sectores o entre grandes supermercados y pequeños productores, una de las acciones al alcance del Estado es informar a los consumidores sobre estas diferencias de precios (que ya se está realizando en Chile por el INE y el Ministerio de Agricultura).

Pobreza / Inequidad

Como se ha mencionado, las desigualdades e inequidades influyen directamente en el estado de salud de la población, siendo la más desposeída la que sufre las peores consecuencias. Esto se debe tanto a las diferencias en el acceso a una educación, a los servicios de salud, al acceso a una alimentación saludable y posibilidades de actividad física, así como a la información de lo que es un estilo de vida saludable.

En Chile las desigualdades son abismantes, siendo la brecha entre el decil más rico y el más pobre de 36 veces²⁴; las riquezas que se producen se distribuyen muy desigualmente (en cuanto a la participación en el ingreso total, el del 40% más pobre es de un 14,6%; el 30% siguiente participa en un 21,5%, el 20% anterior al 10% más rico un 26,7% y el 10% más rico un 37,2% (63)). Este hecho tiene una gran influencia sobre el nivel de salud, ya que las personas de niveles socioeconómicos bajos

²⁴ A partir del Informe de Desarrollo Humano 2003.

enfrentan limitaciones estructurales, sociales, organizacionales y financieras para hacer decisiones de vida saludable. En particular, el precio de los alimentos y el acceso influye significativamente en las decisiones de dieta. Es así como grupos sociales específicos son más vulnerables a factores proclives a la obesidad.

FACTORES SOCIO – CULTURALES: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Este aspecto se ha desarrollado con mayor profundidad, cubriendo los factores que más impactan sobre la obesidad, ya que en más o en menos, todos ellos son susceptibles de ser influenciados positivamente y en algunos casos, decisiones políticas pueden generar los cambios que reviertan factores negativos para la salud y calidad de vida de la población.

Algunos factores, como la actividad física, tienen una dimensión bien conocida, en términos de que la obesidad sólo puede darse si el consumo es mayor que el gasto; por tanto, aún teniendo hábitos alimentarios que no son del todo “sanos”, si se compensan con un buen régimen de actividad física, probablemente la obesidad no llegará a ser un tema.

Sin embargo en otros temas como el desarrollo urbano, aparecen consideraciones que son menos conocidas, pudiéndose concluir que la responsabilidad de este aspecto en el fenómeno de la obesidad es mucho más relevante de lo que se podría en primera instancia considerar. Se presentan además experiencias que muestran impactos positivos, particularmente en cuanto a calidad de vida.

En cuanto a los temas de alimentación, publicidad y etiquetado, las tareas pendientes son muchas, hay ejemplos de países desarrollados que han generado mecanismos regulatorios que han tenido claro impacto sobre este tema. El rol de las políticas públicas y de transparencia y derechos del consumidor resultan punto central de las estrategias en este ámbito.

Finalmente se mencionan los aspectos de trabajo, familia y escuela, que aún cuando su influencia es menor, tienen un espacio de consideración en esta temática.

Actividad Física

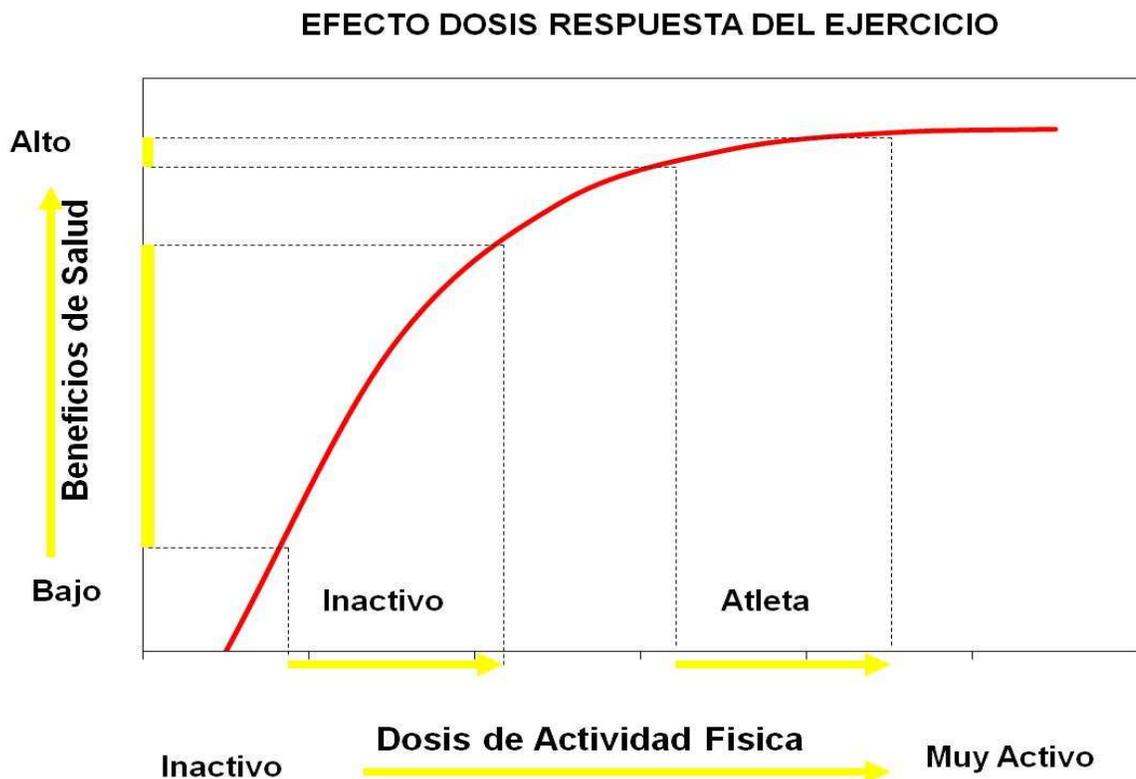
Esencial en la obesidad es el **sedentarismo** que afecta hoy a la población. Los hábitos y el contexto de la gente han cambiado: asociado a la urbanización, hoy se camina mucho menos, gracias a la disponibilidad de vehículos motorizados para el transporte y a la inseguridad en las calles y espacios públicos que dificulta la recreación y utilización de los mismos en actividades deportivas, especialmente para niños, que ya no caminan a casa, y que en vez de salir a jugar después del colegio, se quedan sentados frente al televisor. Los hábitos de recreación y ocio son más sedentarios y menos al aire libre; a los trabajos manuales se han incorporado elementos sofisticados que facilitan y las hacen físicamente menos exigentes (muchas personas tienen trabajos que significan estar horas sentado frente a un computador, una vitrina o un teléfono). El aumento en la compra de bienes como electrodomésticos, automóviles, televisores, juegos de video entre otros, ha impactado en una disminución de la actividad física de la población chilena, especialmente de los niños (64).

Desde los años 40 que a través de estudios científicos se ha consolidado el hecho de que el sedentarismo es un factor de riesgo mayor e independiente de otros factores de riesgo para el desarrollo de ECV. Un estilo de vida físicamente activo, con el gasto calórico que conlleva, se ha asociado a una disminución de morbilidad y mortalidad cardiovascular en un 30%, siendo inversamente proporcional esta relación. Con la revisión de la evidencia se puede decir que el riesgo de enfermedad coronaria es el doble para los sujetos de bajo nivel de actividad física. El ejercicio también trae beneficios músculo-esqueléticos importantes, que otorgan mayor independencia al individuo. La actividad física es beneficiosa en todos los grupos de edad y sexo, siempre y cuando sea practicada regularmente, independiente de cuando la persona haya comenzado a adoptar un estilo de vida más activo físicamente, ya que siempre se está a tiempo para obtener beneficios.

Otros beneficios de la actividad física regular son los endocrinológicos, metabólicos y en el sistema inmune, reduciendo el riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión arterial, ayuda a mantener una adecuada composición corporal, mantiene a las personas mayores más fuertes e independientes por más tiempo, reduce la depresión y la ansiedad y mejora el sueño.

Luego de 60 años de investigación las conclusiones son claras: la actividad física es importante para preservar la salud y el bienestar psicofísico; las políticas de salud pública deben recomendar un nivel de actividad física moderado que permita obtener los múltiples beneficios para la salud, debiendo ser practicado de forma regular, al menos 30 minutos de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana, mientras más intenso el ejercicio mayor el beneficio. Un plan adecuado incluye ejercicios de resistencia cardiovascular o aeróbico, ejercicio contra resistencia y movilidad y elongación articular.

Como muestra el gráfico a continuación, los beneficios para la salud se pueden apreciar al hacer sólo un poco de actividad física, es decir, para obtener mucho beneficio no es necesario una gran cantidad de actividad física (en horas diarias).



Fuente: Presentación Dr. Enrique Jacobi (Cumbre Nutrición y Salud Chile, 2008)

La “Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte en la población chilena de 18 años y más” (65) realizada a 4.591 personas de 18 años o más, de ambos sexos y de todos los niveles socioeconómicos, en las trece regiones del país, tanto en sectores urbanos como rurales, tomó los criterios de la OMS para definir “práctica: realización de actividad física y/o deportiva con una frecuencia de 3 o más veces a la semana, en sesiones de 30 minutos cada vez, de forma alternada, con el fin del mejoramiento progresivo de la condición física de la persona” y “sedentarismo: realización de actividad física y/o deportiva con una frecuencia menor a tres sesiones de 30 minutos a la semana”²⁵. Esta encuesta llegó a las siguientes conclusiones, extrapolables al conjunto de la población:

- El 87,2% de la población es sedentaria.
- Las mujeres son más sedentarias que los hombres (89,7% y 84,3% respectivamente). Así como más mujeres que hombres nunca han practicado actividad física.
- Según NSE, el grupo ABC1 tiene un 75,7% de sedentarismo que avanza progresivamente para llegar al grupo E con un 93,5%.
- La realización de actividad física descende a medida que aumenta la edad; y desde los 56 años en adelante, existe menor interés en retomar o iniciar la práctica.
- La práctica de actividad física disminuye a medida que disminuye el nivel de ingresos; y el grupo de menores ingresos es el menos predispuesto a la práctica.
- De los sedentarios, el 84,4% se ubica en la zona urbana; mientras el restante 15,6% se ubica en la zona rural.
- La razón más señalada de no hacer actividad física es la falta de tiempo (54,1%), seguido por enfermedad o problemas de salud (20,7%), por la edad o la falta de recintos deportivos cerca (16,6%) porque no le gusta (14,8%) o porque sale muy cansado o tarde del trabajo (14%).
- Ante la pregunta de ¿A qué cree que se debe que la gente en Chile no haga suficiente deporte y actividad física?, los sedentarios respondieron falta de

²⁵ Definición establecida a partir de criterios de la OMS, la Sociedad Médica Deportiva Norteamericana y la Comisión de Actividad Física Vida Chile.

información y hábitos (40,3%), falta de recintos deportivos (38%), falta de interés (37,2%), falta de tiempo libre (34,6%) y falta de medios económicos (24,3%).

- Los motivos para practicar actividad física son principalmente para mejorar la salud (47,6%), porque le gusta (36,8%), para relajarme y disminuir el estrés (27,4%) y por entretención (27%).
- De los que practican, un 36,1% lo hace tres veces a la semana, siendo mayoritariamente las mujeres (53,8%) y de los grupos socioeconómicos C2 y C3 (44,8%); mientras que el 32,8% lo practica todos los días, siendo el 58% hombres, de los grupos socioeconómicos C2 y C3 (45,7%).
- La práctica se realiza en un 34,2% en recintos privados (mayoritariamente ABC1 y C2), en lugares abiertos públicos un 31,9% (principalmente el grupo E) y en recintos públicos un 31% (mayoritariamente los grupos C3 y D).
- El 48,1% de las personas que practican deporte o actividad física lo hacen sin gastar dinero en ello, y el 17% gasta \$5.000 pesos o menos. Un 15,8% gasta más de \$15.000 pesos.
- El 60% considera al deporte como una actividad a la que se le asigna poca prioridad en Chile.
- Ante la frase “El fomento del deporte y la actividad física es tarea exclusiva del Estado” un 47,8% está en desacuerdo o muy en desacuerdo, mientras el 43,4% está de acuerdo o muy de acuerdo, siendo estos últimos principalmente de grupos de menores ingresos y a medida que aumenta la edad.
- La actividad más realizada en el tiempo libre es ver televisión (41,1%), seguido por escuchar música (27,3%), descansar o dormir (22,2%)... practicar actividad física se ubica en la sexta prioridad con un 14,2%. Sin embargo, al contrastar con el uso del tiempo libre deseado, practicar actividad física es la opción más nombrada (33,7%), seguido por salir al campo, playa o ir de excursión (27,6%) y ver televisión parece en la sexta posición con un 13,1%.
- El 23% de la población está sentado/a la mayor parte de la jornada laboral, el 24% de pie sin esfuerzo físico; el 37% camina con desplazamientos frecuentes sin esfuerzos importantes y sólo el 16% tiene un trabajo pesado que implica

esfuerzo físico (mayoritariamente hombres (60,7%), de grupos socioeconómicos D (34,1%) y C3 (21,8%).

- El medio de transporte más utilizado es la locomoción colectiva (63%), caminar (62%, principalmente mujeres), en vehículo propio (20,5%) y bicicleta (16,5%)²⁶.

Otro estudio realizado para indagar en las causas del alto porcentaje de sedentarismo en las mujeres (66) muestra que de los factores socio demográficos que inciden en el sedentarismo de la población femenina, el de mayor relevancia es la edad, la escolaridad y el nivel de ingresos; siendo que a medida que la mujer envejece se hace más sedentaria (por miedo a lesiones), y que a mayor ingreso y escolaridad, tienden a ser menos sedentarias (menos en aquellas mujeres con postgrado, en donde el sedentarismo aumenta).

La razón fundamental para no realizar actividad física, según este estudio, es la falta de tiempo 'personal' (46,55%), principalmente entre aquellas mujeres que trabajan. En segundo lugar, la razón es "soy muy floja o inconstantes" (25,77%), ligado a la falta de auto-motivación para llevar una vida más activa. Existiría una alta demanda potencial de mujeres actualmente sedentarias que estarían dispuestas a realizar actividad física (83%), siendo una medida muy recomendada la de "democratizar la actividad física, pues la percepción de ésta como un bien de acceso restringido" (66 pág. 20), así como acercar el deporte a los barrios y el realizar una mayor promoción de la oferta existente y la importancia que tiene su realización.

Las mujeres manifiestan una actitud más favorable cuando la actividad física se asocia a una dimensión estética, que les permite reforzar su atractivo y belleza y mejorar su vida sexual, principalmente en mujeres entre 18 a 24 años y aquellas que realizan trabajos no calificados. Lo "estético" prima sobre lo "saludable" para las mujeres, estando muy influenciadas por los medios de comunicación masivos y una cultura que fomenta un ambiente de constante imposición de "cuerpos socialmente deseables", definido por el consumo y un estereotipo impuesto por la moda, imperando un sentido de necesidad de la inmediatez, en cuanto a que los resultados deben ser obtenidos casi instantáneamente. El deseo por alcanzar esos cánones de "belleza"

²⁶ La Encuesta se aplicó antes del inicio de la implementación del plan Transantiago; luego de ello, en la Región Metropolitana aumentaron en 120.000 los automóviles particulares.

“implica la inversión, por parte de las mujeres, de una considerable porción de su tiempo, lo cual contradice la lógica de lo instantáneo, produciendo así, un estado de frustración que se va alojando y sedimentando en la psiquis, como una faceta de desmotivación, lo que actúa en contra de una eventual decisión de efectuar deportes o actividades físicas. [...] implica enfrentar un eventual fracaso o decepción, “un temor a” que sobrepasa una necesidad creada, desde la exterioridad, por lo estético” (66 pág. 28).

“Al comenzar una vida laboral, la cual estructura cambios en sus hábitos y percepciones, el tiempo libre y la multiplicidad de funciones se convierten en factores decisivos en la posible y permanente realización de actividades físico deportivas” (66 pág. 25); por otro lado, son más conscientes de los beneficios que les puede dar la actividad física frente al estrés laboral. Las mujeres que desempeñan un trabajo no calificado son más sedentarias que aquellas con trabajos calificados, ya que poseen menos tiempo. La diferencia entre estos dos grupos no es sólo el tiempo libre, sino el nivel educacional, en cuanto a la importancia de llevar una vida saludable, y su consiguiente percepción y valoración.

En los grupos de mayores ingresos el porcentaje de sedentarismo es menor que en aquellos de bajos ingresos; así como las casadas más sedentarias que las solteras, y las madres más que las no madres.

Desarrollo Urbano

El desplazamiento es un fenómeno complejo, con una serie de factores, urbanos y no urbanos, que impactan en la decisión individual en cuanto al número, medio y distancia de los viajes. Algunos de los factores socioeconómicos y demográficos que juegan un rol en estas decisiones son el nivel socioeconómico, las características de la vivienda, edad y precio de los combustibles, entre otros. Hay muchos estudios del impacto de los transportes motorizado, tanto culturales como ambientales, en cuanto a congestión y emisión de contaminantes; habiendo muy pocos estudios sobre el transporte no motorizado, siendo un problema la medición de esta forma de transporte.

Durante muchos años la relación entre el desarrollo urbano y la salud fue 'descartada' por "no ser un tema de uso de suelo", hasta hace pocos años, que el rol de la planificación urbana se abrió a tomar en cuenta el impacto ambiental, económico, social y sobre la salud de su desarrollo. (67)

Casi todas las decisiones en la planificación urbana tienen un impacto en la salud de las personas. Algunas son obvias, como al proveer parques seguros que permitan la actividad física, se promociona el bienestar mental y físico y se previene la obesidad; otras, por ejemplo el aumento en el tráfico de autos, lleva a una falta de contacto entre las personas de un barrio, aislamiento y una pobre salud física y mental.

Los cambios estructurales y funcionales en las ciudades modernas, como el uso de vehículos motorizados y la tecnología, se traduce en hábitos que conducen a un estilo de vida sedentaria, siendo uno de los principales factores en el aumento del sobrepeso y la obesidad entre personas que viven en zonas urbanas.

Es más probable, y se ha comprobado en múltiples ocasiones, que al hacer cambios en el entorno se fomenta más la actividad física, que con aquellas políticas que intentan influenciar el comportamiento individual. La planificación urbana puede reforzar las políticas en salud o impedir su éxito fomentando una vida sedentaria. En efecto, la calidad y cantidad de transporte público, de espacios para peatones (parques, veredas, senderos, etc.) y ciclistas (ciclovías) son algunos de los factores que determinan la actividad o inactividad física de los ciudadanos.

El aumento en el uso de transportes motorizados fomenta el sedentarismo, aumentando las posibilidades de enfermedades cardíacas y otras asociadas, sumado a las formas de trabajo actuales, que implican largas horas de inactividad y estrés.

Por ejemplo, esquinas solas y cerradas se hacen inseguras para los peatones, mientras que las mismas ocupadas o utilizadas, por ejemplo por un restaurante, hacen más seguro y placentero el pasar; calles anchas sin pasos peatonales hacen que sea más fácil ir en auto, mientras que si tienen pasos bien señalizados y amplios para cruzar, hacen sentir al peatón seguro de atravesar grandes avenidas; largas calles sin espacios habilitados para cruzar son inconvenientes, pudiéndose hacer cruces a la mitad; calles grandes sin sombra hacen poco atractivo el caminar y fomentan que los automovilistas anden más rápido, en cambio, calles más estrechas y con árboles, hacen más grato el caminar y los autos deben ir más lento; áreas de recreación

alejadas son menos frecuentadas que parques en los barrios, que son más accesibles y cercanos a los hogares; los grandes supermercados han aumentado, disminuyendo las tiendas de barrio, donde la gente solía ir caminando a diario a comprar lo que se necesitara; los edificios de oficinas que se encuentran en lugares periféricos suelen ser de difícil acceso (excepto en auto) mientras que oficinas cerca de las zonas residenciales permiten que la gente camine para ir a trabajar y a almorzar (68).

Hay dos series de variables que influyen en la decisión de caminar o andar en bicicleta: barreras personales (que son consideraciones subjetivas individuales, como la falta de tiempo o de motivación, clima, obligaciones familiares, cansancio, condición física, hábitos, actitudes y valores, costo, conveniencia, seguridad, entre otras) y barreras ambientales (que son objetivas y dificultan la capacidad del individuo a actuar, como falta de veredas, parques, ciclovías, recintos deportivos, niveles de inseguridad en el barrio, topografía, etc) (69).

Un ejemplo importante en la Región es el caso de Bogotá, Colombia (70), que gracias a cambios en el modelo de desarrollo urbano, en los medios de transporte y de planificación de la ciudad se ha logrado incrementar de manera importante la práctica de actividad física en la población, teniendo un impacto positivo directo sobre la salud de la misma y una consecuente disminución en la obesidad y el sobrepeso.

En el marco de un cambio completo de la ciudad, que incluía educación ciudadana, creación de un sistema de transporte público masivo de calidad (TransMilenio)²⁷, habilitación de espacios y áreas verdes de acceso al público, creación de ciclorrutas (espacios segregados para que circulen exclusivamente bicicletas), entre otras, que han cambiado el panorama y la calidad de vida de sus habitantes. Entre las actividades, se realizó en el año 2000 una experiencia piloto de “*Sin mi auto en Bogotá*”, la cual fue votada en un referendo para realizarlo cada año. Esta consistió en un día laboral sin autos privados en las calles, sólo transporte público. El objetivo era fomentar la reflexión sobre cómo es la ciudad sin autos, y así, imaginarse una ciudad más humana y sostenible. Esto ha provocado un fuerte impacto, ya que el uso de autos particulares en Bogotá se ha reducido en un tercio aproximadamente. Además, se crearon grandes parques y espacios para los peatones, bancas y cercas, mesas para picnic, paraderos de buses, más de 300 km de ciclorrutas (la más grande de América

²⁷ En el cual se inspiró el plan de transporte público en Santiago: “Transantiago”.

Latina) teléfonos públicos, plantaron árboles e hicieron un diseño del paisaje, señalética y postes de luz.

En cifras: se crearon 836.143 m² de espacios públicos, 1.034 parques fueron mejorados, mantenidos o creados, se plantaron más de 70.000 árboles y se protegieron 280 hectáreas de parques. Todo esto con un costo aproximado de 100 millones de dólares.

El caso de Santiago, Chile, es distinto. Según la “Encuesta Origen Destino de viajes” (71) encargada por Mideplan y realizada por la Universidad Católica en el año 2001, en un día hábil normal, se realizan más de 16 millones de viajes; de éstos un 32,4% se realiza en transporte público, un 25,2% privado, un 36,7% de caminata y un 1,9% en bicicleta; con un promedio de 2,8 viajes diarios, de los que 1,7 se realiza en vehículos motorizados. Este dato varía según la zona en Santiago, por ejemplo, en el sur de la capital, sólo el 50% de los viajes se realiza con vehículos motorizados, mientras en Occidente la suma asciende a 66,8% y en el Oriente a un 80,6%.

El motivo del desplazamiento es en un 23,3% por trabajo, 18% por estudio, 16,8% para realizar compras y 4,7% de recreación (siendo el 56% de los viajes por motivos “no obligados”). De las personas que caminan, una baja proporción de ellos lo hace con el propósito de ir al trabajo, un poco más al estudio, pero la mayoría lo hace con otros propósitos. El tiempo de viaje en el transporte público es de un promedio de 45 minutos, mientras que en el privado es de sólo 24 minutos.

Con respecto a estudios realizados en relación al transporte en la capital en 1991 y 1977 expuesta en el mismo documento (71), el uso de transporte público y privado, así como del medio utilizado, varía a lo largo de los años...

	Transporte Privado	Transporte Público	Otros	Caminata	Auto
1977	11,6%	83,4%	5%	-	-
1991	19,7%	70,5%	9,8%	21,1%	26,6%
2001	39,2%	51,9%	8,9%	14,6%	27,4%

Sin embargo, es importante considerar que el número de vehículos motorizados en los últimos 18 años ha aumentado significativamente. Según el Registro Civil de

Chile²⁸, en 1990 habían 1.314.129 automóviles en el país, para el 2001 la cifra aumenta a 3.022.827 y en el 2008 asciende a 4.386.231²⁹ a nivel nacional.

El desarrollo urbano en Santiago parece no considerar una serie de los puntos antes expuestos, ensanchando cada vez más las avenidas y rutas para los autos y disminuyendo las áreas verdes públicas. Sin embargo, en el Informe Final del grupo de expertos designado por el Ministro de Transportes (72) se recomienda, en sólo tres puntos del Informe, la construcción de ciclovías y espacio de almacenamiento de bicicletas en puntos estratégicos (O17); el “reconocer la caminata como un componente de la movilidad en transporte público y mejorar las condiciones para la circulación peatonal” (O18) y el aprovechar el sistema de transporte para mejorar el equipamiento urbano y en el entorno (O19) .

Alimentación y sus Condicionantes

Según Sonia Montecino, en la cocina se pueden encontrar los códigos de las estructuras sociales y las relaciones que la componen, “es una manera para decir “quiénes somos” desde una gramática donde los procedimientos para cocinar, los condimentos que usamos, los alimentos que elegimos, las formas en que los consumimos “hablan” de nuestra pertenencia social [...] las preparaciones culinarias son un lenguaje donde se expresan las identidades nacionales, regionales y locales; pero también las de clase, género y etnicidad.” (73 pág. 16). Lévi-Strauss entiende la alimentación como un lenguaje, y sostiene que “el paso de lo crudo a lo cocido implica el surgimiento de la cultura (de lo humano)” (73 pág. 21). El comportamiento alimenticio ha cambiado, “se vive en muchas sociedades una “ansiedad alimentaria” dada por las transformaciones de los sistemas culinarios, debidas a la industrialización de la producción de alimentos, que rompe el lazo entre las personas y estos. Aparece de este modo la gastroanomia, pues no sabemos lo que comemos y, por tanto, tampoco sabemos quiénes somos (Fischler, 1995)” (73 pág. 23).

²⁸ <https://www.registrocivil.cl/oficina/Servicios/Estadisticas/Archivos/vehiculosMotorizados/vehic.html>

²⁹ Actualizado al 30 de Abril.

En relación a la obesidad, la población ha modificado considerablemente su régimen alimenticio. La rápida urbanización, el creciente proceso de industrialización y el ritmo de vida ‘moderno’ ha provocado cambios en la industria alimenticia y su oferta en cuanto a la industrialización y masificación de alimentos procesados altos en grasas y carbohidratos, la explosión de venta de ‘comida rápida’, el aumento de precio de los alimentos ricos en proteínas y vitaminas (carnes, frutas y verduras, cereales, pescados y mariscos, etc.). La dieta se caracteriza hoy por un alto consumo de alimentos procesados, comida rica en grasas saturadas y altamente calóricas. También incrementa el consumo de azúcar, carnes, cecinas y productos lácteos, y una disminución en el consumo de pescados, frutas, verduras, cereales y leguminosas.

Según el Informe Mundial de Salud 2002 (54), se estima que el bajo consumo de frutas y verduras causa alrededor del 31% de enfermedades coronarias isquémicas y un 11% de infartos en el mundo. En términos generales, 2,7 millones de vidas podrían ser potencialmente salvadas cada año si se incrementa lo suficiente el consumo de frutas y verduras.

Investigaciones del INTA revelan un cambio alimentario dramático en Chile en los últimos 40 años, instalándose hábitos alimenticios “modernos”, como las bebidas, comida rápida / chatarra, padres con escaso tiempo para cocinar, con lo que se han perdido los horarios de alimentación familiar, ya no se enseña a los niños a cocinar (una de las herramientas para promover un consumo sano). “Las autoridades sanitarias se lamentan de que “la gente no está dietéticamente educada” o bien de que no sigue las recomendaciones nutricionales que se indican. El problema, sin embargo, es algo más complejo. Fundamentalmente, porque la alimentación o la dieta sigue siendo algo también más complejo que un fenómeno estrictamente biológico, nutricional o médico. La alimentación el sentido antropológico del término, sigue siendo un fenómeno social, psicológico, económico, simbólico, cultural” (3 pág. 285).

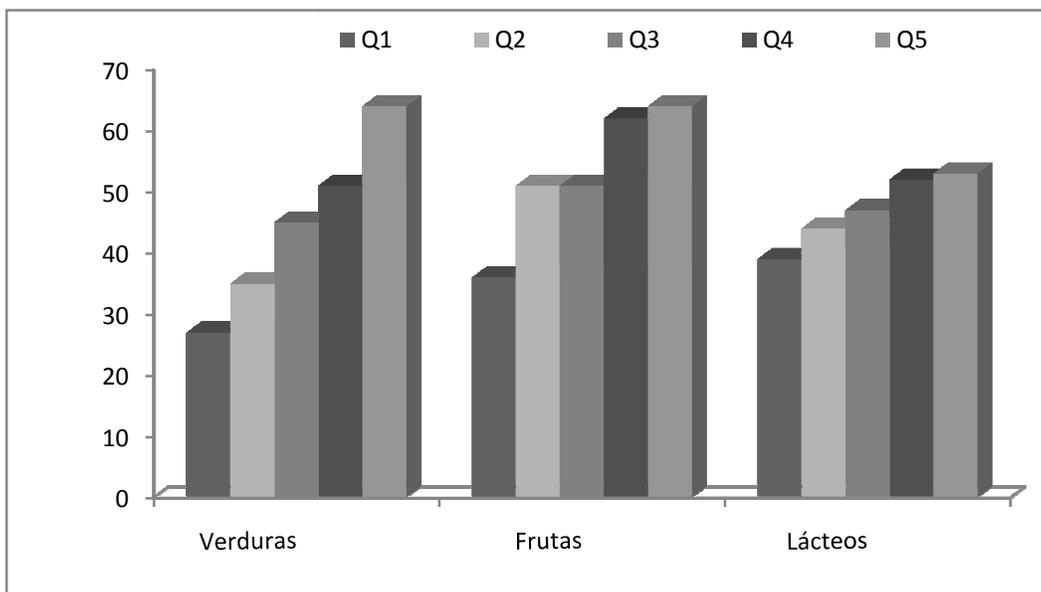
Así, Chile es uno de los países de más bajo consumo de pescado en el mundo (teniendo una inmensa riqueza de estos productos), consumiendo no más de 7 kg por habitante, frente a los 75 kg de otras carnes (bovinos, cerdos, aves) que cada chileno consume al año³⁰. Hace 30 o 40 años el consumo de legumbres era diario; ahora es

³⁰ En Perú, el consume de pescado per cápita es de 22 kg al año, en España sobre los 30 kg y en Japón supera los 50 kg al año.

menos de una vez por semana. En cuanto a las frutas y verduras, el promedio diario de consumo es de 166 gr por habitante (mientras la OMS recomienda al menos 400 gr.) siendo prácticamente excluidas en la preparación de los alimentos.

En el consumo de alimentos se notan grandes diferencias por NSE, como se aprecia en el gráfico siguiente:

CONSUMO DIARIO DE VERDURAS, FRUTAS Y LÁCTEOS SEGÚN QUINTIL DE INGRESOS.



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2006. MINSAL.

Un factor que está impactando en el consumo alimenticio de la población es el alza de los precios, principalmente en el último año (2008), de prácticamente todos los productos, siendo uno de los principales problemas a nivel mundial, no sólo por el sobrepeso y la obesidad, sino por la desnutrición y el hambre a nivel mundial. Este aumento se debe a varios factores: la utilización de alimentos para la producción de biodiesel, los cambios climáticos que ha afectado múltiples cosechas, el aumento en el precio del petróleo y otros combustibles y la especulación de productores y distribuidores.

La elección de alimentos, aparte de estar determinada por el ingreso, está fuertemente influenciada por la publicidad, especialmente en aquellos productos elaborados, en muchos casos importados, como es el caso de la comida chatarra.

La publicidad, sobretodo aquella dirigida a los niños, influye directamente el consumo, sobre todo de aquellos alimentos poco saludables. En este sentido, desde los organismos internacionales, se ha remarcado la importancia que tiene el controlar y regularizar ésta, considerando el impacto que tiene sobre la salud de la población. La función de un sistema que la regule es la de minimizar los factores de riesgo y maximizar la seguridad, promoviendo las condiciones necesarias para permitir a la población tomar decisiones informadas saludables, prohibiendo la publicidad falsa o engañosa y ofreciendo alternativas más sanas, generando así conciencia en los consumidores. (ver (74), Dra. Mary Labbe y (75)).

En este sentido se habla también de la obligatoriedad del etiquetado nutricional de los alimentos envasados, con el objetivo de que cada persona pueda seleccionar su alimentación considerando los factores dietéticos y los nutrientes críticos que contribuyen a reducir el riesgo, o actúan como protectores de las ECNT. Para esto es fundamental contar con evaluación nutricional, en cuanto a calidad y seguridad de sus componentes y por otro lado, informar y educar a la población sobre cómo leer estas etiquetas.

En relación a políticas alimentarias específicas es fundamental avanzar por un lado en regular el marketing de alimentos no saludables y por otro en completar un etiquetado de alimentos fácil de interpretar en cuanto a contenido de sal, azúcar, grasa, fibras y calorías, e implementar los controles para la verificación de contenido, además de disminuir los niveles agregados de sal y azúcar a los alimentos procesados e indicar con claridad el tamaño recomendado de las porciones. Es en esta línea, que se presenta el siguiente proyecto.

Siguiendo las orientaciones de la OMS, en Marzo del 2007 la Comisión de Salud del Senado de Chile presenta un proyecto de ley para establecer un marco regulatorio especial sobre seguridad alimentaria y alimentación saludable, para orientar al consumidor a patrones de conducta saludable y advertirle sobre los riesgos de consumir ciertos alimentos nocivos para su salud (ver (76)).

El proyecto propone “establecer normas mínimas relativas a la producción, distribución, comercialización y consumo de alimentos, orientando la conducta del consumidor mediante señales e información claras sobre la calidad y cantidad de lo que está consumiendo, con el propósito de contribuir en la tarea de reducir los factores de riesgo en salud” (Resumen Ejecutivo, Informe de la Comisión de Salud del Senado.)

Para esto, el proyecto establece que aquellos que expandan o comercialicen alimentos deberán informar la composición de sus productos y responder de los perjuicios que causen a los consumidores; los fabricantes, distribuidores e importadores de alimentos deberán rotular y declarar el contenido nutricional; la prohibición de adicionar aditivos innecesarios de acuerdo a la naturaleza del alimento o que con su adición puedan generar una impresión que pueda inducir a equívocos, engaños o falsedades, o dar una impresión errónea respecto de la calidad del producto; los establecimientos educacionales deberán incluir en su programa de estudios en todos los niveles de enseñanza, hábitos de una alimentación saludable y los efectos nocivos para la salud de una dieta inadecuada; no se podrán expender ni comercializar “alimentos con altos contenidos de nutrientes indicadores de exceso” en los establecimientos de educación básica o media, ni a menos de 100 metros de distancia de ellos, ni a menores de 18 años; se establece una simbología para el etiquetado según “alimento con bajo (verde), mediano (amarillo) o alto (rojo) contenido de nutrientes poco saludables” y aquellos “saludables” según la composición de los alimentos, así como el límite de un 2% de grasas trans; no se podrán publicitar ni ofrecer a menores de edad los alimentos calificados de alto contenido de nutrientes indicadores de exceso, ni incluir en su oferta a adultos que representen alto grado de admiración, popularidad o conocimiento entre el público infantil, ni utilizar ganchos comerciales como regalos, concursos o juegos; toda publicidad deberá llevar una advertencia de la autoridad sanitaria que señale los riesgos en la salud de su consumo indiscriminado o inadecuado, imponiendo multas y/o penas a la infracción.

Este tipo de iniciativas se han llevado a cabo con éxito en países como Canadá, Francia, Alemania y otros, que han reducido notablemente el consumo de productos poco saludables entre la población, mediante la educación de ésta y la rotulación clara de los alimentos. La llamada “ley semáforo” está aún en tramitación en el Senado.

Por otro lado, un aspecto que cada vez impacta más en el tipo y calidad de alimentación de la población es el trabajo. En la actualidad, muchos de ellos son sedentarios, implican estar durante largas y rígidas jornadas laborales, sentados, frente a un computador, una vitrina, un teléfono u otros, requiriendo el mínimo de esfuerzo físico gracias a la tecnología; a esto, se suma el tiempo que pasa el trabajador entre su casa y su trabajo.

Esto influye en la alimentación en dos aspectos: en el tema laboral, en cuanto a que las condiciones para alimentarse, considérese el tiempo dado para la colación y la existencia o no de un casino y la oferta que esta tenga, impacta en cuanto que el trabajador debe, en muchos casos, salir a comer fuera de su lugar de trabajo y contando con poco tiempo para esto, opta por comida rápida (que suele ser alta en grasas y calorías) y vuelve a su escritorio. Es difícil encontrar una oferta para este sector de la población que sea balanceada, sana y económica (la comida “sana” se vende como una exclusividad y se cobra por ello).

Y por otro lado, las largas jornadas laborales y principalmente la incorporación de la mujer en el mercado laboral, han cambiado los hábitos alimenticios dentro de la familia, habiendo menos tiempo (y energías) para cocinar, sus integrantes consumen una o más comidas fuera del hogar y se ha incrementado el consumo de elaborados, congelados y preparados.

En esto recae también una gran responsabilidad a las escuelas, ya que los niños pasan gran parte del día en estos establecimientos. En cuanto a, por un lado, el educar a los niños a tomar decisiones sanas en cuanto a su alimentación, conociendo el impacto que esta tiene sobre su salud (al igual que la actividad física), ofrecer dentro de los establecimientos educacionales una alimentación sana y balanceada, tanto en los casinos como en los quioscos (para lo que se ha desarrollado el concepto de “quiosco saludable” que se explica más adelante).

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA SALUD

La obesidad está asociada a una serie de complicaciones que generan problemas que afectan la salud y la calidad de vida de las personas que la sufren.

Entre ellas:

- Coronariopatías e infarto al miocardio; por insuficiencia o falla cardíaca.
- Hipertensión arterial; las personas con sobrepeso del 20% o superior desarrollan hipertensión con una frecuencia 10 veces mayor.
- Hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia; aumento en los niveles de colesterol y otras grasas en la sangre, que genera alteraciones coronarias e infartos.
- Diabetes; la obesidad está asociada con la diabetes tipo II (no insulino dependiente). La intolerancia que presentan estas personas a la glucosa es proporcional a los años del paciente, duración de la obesidad e incremento del peso corporal.
- Cálculos biliares; mas de 1/3 de mujeres de 45 años que presentan un sobrepeso del 100% padecen esta enfermedad.
- Insuficiencia respiratoria y problemas pulmonares; trastornos bronquiales, apnea, embolismos pulmonares que pueden evolucionar a hipertensión pulmonar, hipertrofia ventricular y fallo cardíaco.
- Alteraciones de la menstruación e infertilidad.
- Cáncer de útero; por los elevados niveles de estrógeno.
- Alteraciones dérmicas e infecciones fúngicas de la piel; por los pliegues, en donde se producen infecciones y la colonización de ésta por hongos y/o parásitos.
- Problemas óseos y articulares.
- Problemas psicosociales; están sometidas a un estrés que puede desembocar en trastornos depresivos.

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA ECONOMIA

El costo económico de la obesidad está compuesto por (77):

- i) costos directos: para el individuo o el sistema de salud, asociado al diagnóstico y tratamiento de la obesidad en si;
- ii) costo de oportunidad/intangibles: que surge del costo, para el individuo en calidad de vida su salud, asociado a muerte prematura y morbilidad;
- iii) costos indirectos: los beneficios y la pérdida económica para otros miembros de la sociedad por la reducción en los bienes y servicios producidos; medido en pérdida de producción por ausentismo y muerte prematura.

El costo económico de las enfermedades relacionadas con la obesidad usualmente se estima de estudios de costo de enfermedad. Estos son útiles en el desarrollo de políticas, ya que identifican y analizan cómo los recursos están siendo destinados a diferentes costos, servicios y enfermedades; ayudan a identificar mejoras potenciales en la salud, que pueden ser alcanzados con programas de prevención efectivos, o para identificar factores de riesgo para una enfermedad específica y así calcular el costo de su prevención versus el tratamiento; asistir en la planificación de políticas para hacer comparaciones de la carga de diferentes enfermedades y así establecer prioridades para la prevención; y ser usados para demostrar la magnitud del problema en términos financieros.

Sin embargo, estos estudios tienen limitaciones: suelen ignorarse los costos intangibles (ya que son más difíciles de medir) y muchos costos directos del manejo y prevención de la enfermedad, especialmente aquellos que ocurren fuera del sistema de salud. Por otro lado, se concentran en cuánto cuesta tratar la enfermedad, pero no sobre la efectividad ni eficiencia de ese tratamiento. Los estudios que se han realizado en muchos países apuntan a un costo de entre un 2% y un 7% del gasto en salud; aunque estas aproximaciones son conservadoras, muestran que la obesidad representa un ítem importante de gasto para el sector salud.

Datos preliminares sugieren que una gran proporción de los costos económicos asociados a la obesidad pueden ser evitados con estrategias de prevención e intervención eficientes.

En Chile, FONASA reconoce un gasto de 200 millones de dólares en prestaciones para el tratamiento de la diabetes, la hipertensión, infartos, entre otros; por lo que se estima que entre un 5% y un 7% del gasto de atenciones en salud es derivado de la obesidad.

4º Capítulo

POLÍTICAS, PROGRAMAS y ESTRATEGIAS

Las Recomendaciones de la OMS / OPS

Naciones Unidas ha señalado que los principales desafíos en cuanto a políticas en salud necesarias para cumplir los ODM son:

1. **Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad:** la salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales. Para esto es necesario que las políticas sociales reconozcan los niveles de interdependencia de las metas, que se aproveche la sinergia entre las políticas públicas y las intervenciones focalizadas en los grupos más vulnerables.
2. **Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud:** el incremento del número absoluto de pobres y las inequidades han ido en aumento en la región, hecho que se refleja en la protección social relacionada con la salud. Para abordar estos problemas, es necesario que los países se comprometan con los imperativos de equidad y solidaridad, adoptando medidas sinérgicas en distintos niveles que apunten a reducir la desigualdad de acceso a los servicios, mejorar el funcionamiento de las instituciones para que beneficien a todos, fortalecer la capacidad de distribución de recursos del Estado e incrementar la participación social en los procesos de diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas en salud.
3. **Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud:** es necesario replantear los temas de financiamiento público, de eficiencia y efecto distributivo del gasto debido a la magnitud y composición del gasto destinado a salud de los países. Este debe hacerse en el marco del equilibrio que debe existir entre bienes y servicios de salud, y por otro lado, el consumo de otros bienes o servicios que repercuten en la salud y contribuyen al bienestar individual y social.

4. **Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud**, con una serie de desafíos que enfrentar:

- Fortalecer la función de las políticas públicas en salud y el ejercicio de la autoridad sanitaria para mejorar la eficiencia de la estructura.
- Organizar solidariamente las diversas fuentes de financiamiento, que sea sostenible y atienda las necesidades de salud de la población en un marco de equidad.
- Garantizar un conjunto de prestaciones universales, manteniendo un equilibrio adecuado de su financiamiento; disminuir los costos de transacción y las inequidades derivadas de los sistemas fragmentados y segmentados que están débilmente regulados, para reducir los riesgos de exclusión.
- Fortalecer una red de servicios que garantice el derecho universal a la salud y reorientar el modelo de atención hacia la promoción y prevención a través de los servicios de atención primaria.

“Finalmente cabe hacer hincapié en que el derecho a la salud supone reforzar la gobernabilidad democrática en un marco de cohesión social y de derechos humanos, bajo el paradigma de que solo se pueda alcanzar una autentica democracia cuando se asegure que ningún habitante de la región quede excluido de los beneficios del desarrollo y que a nadie se le priva del derecho a la salud. Es así como se podrá materializar la aspiración universal contenida en los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud en nuestra región” (78 pág. 176).

Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud³¹ (DPAS)

En Mayo del 2004, luego de considerar la creciente carga de las ENT y las pruebas científicas irrefutables de la eficacia de las intervenciones preventivas³², la 57° Asamblea Mundial de la Salud, por petición de los Estados Miembros y mediante un

³¹ “Diet and Physical Activity Strategy”

³² Pueden prevenir hasta un 80% de los casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares y 30% de algunos cánceres.

amplio proceso de consulta, aprueba la DPAS. La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo de las ENT: el régimen alimentario y la actividad física.

La meta general de la DPAS es “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física. Estas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo” (55 pág. 4).

“La DPAS no es un programa nacional en sí, es una herramienta completa que sirve para guiar la acción de cada Estado miembro en el campo de la prevención de las enfermedades crónicas que aborda específicamente una serie de acciones detalladas para promover una alimentación sana y la actividad física.” (79 pág. 7).

Los objetivos principales son:

1. reducir los factores de riesgo de ENT asociados a un régimen alimenticio poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedad;
2. promover la conciencia y el conocimiento acerca de la influencia de la alimentación y la actividad física en la salud, así como el potencial positivo de las intervenciones de prevención;
3. fomentar el establecimiento, fortalecimiento y aplicación de políticas públicas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión;
4. seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten.

Tanto los informes preparados por expertos internacionales y nacionales, como en el examen de pruebas científicas disponibles, se recomiendan metas en materia de ingesta de nutrientes y actividad física para prevenir las principales ENT. A

continuación se presentan las recomendaciones y directrices presentes en el documento de la OMS “Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud” adoptada en Mayo del 2004 (55).

Con respecto a la dieta: es importante fomentar el logro de un equilibrio energético y un peso normal; limitar la ingesta de grasas y sustituir las saturadas por insaturadas; aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales, frutos secos y legumbres; limitar la ingesta de azúcares; limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia.

Con respecto a la actividad física: se recomienda que las personas se mantengan activas durante toda la vida, adecuando la exigencia a la edad. Según el tipo y la intensidad de la actividad se logran diferentes resultados de salud: al menos 30 minutos de actividad regular moderada con una frecuencia casi diaria reducen el riesgo de ECV, diabetes, cáncer de colon y de mama. Un fortalecimiento de la musculatura y un adiestramiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad. Para controlar el peso puede ser necesario un nivel de actividad mayor.

La incorporación de estas recomendaciones efectivas requiere de un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas e involucradas.

Según la OMS, las estrategias deben estar basadas en las mejores investigaciones y pruebas científicas disponibles; deben ser integrales e incorporar políticas y actividades abordando el conjunto de las causas principales de las ENT; deben ser multisectoriales y adoptar una perspectiva a largo plazo que abarque a todos los sectores de la sociedad; deben ser multidisciplinarias y participativas en consonancia con los principios contenidos en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, y confirmados en ulteriores conferencias sobre la promoción de la salud, y deben reconocer las interacciones complejas entre las opciones personales, las normas sociales y los factores económicos y ambientales.

Una perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital es fundamental para la prevención y control de las ENT, comenzando por la salud materna y nutrición prenatal, los resultados del embarazo, la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la salud del niño y el joven; sigue con el niño en la escuela, el adulto en el lugar de

trabajo y otros entornos, así como con las personas de edad; se trata de promover una dieta sana y una actividad física regular desde la juventud hasta la vejez.

Las estrategias encaminadas a reducir las ENT deben considerarse como parte de unos esfuerzos de salud pública más amplios, integrales y coordinados. Todos los asociados, especialmente los gobiernos, deben abordar simultáneamente aspectos como la nutrición, la seguridad alimentaria (accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de alimentos sanos); la inocuidad de los alimentos, y el apoyo y promoción de la práctica de la lactancia materna natural exclusiva. Los aspectos relacionados con la actividad física comprenden la realización de esas actividades en el trabajo, el hogar y la escuela, teniendo en cuenta el aumento de la urbanización y aspectos de la planificación urbana, como transportes, seguridad ciudadana y la posibilidad de realizar estas actividades durante el tiempo libre.

Debe asignarse prioridad a las actividades que tienen repercusiones positivas en la población más pobre, lo que requiere de actividades con acción comunitaria con fuerte intervención y supervisión estatal. Todas las partes deben responsabilizarse por la elaboración de políticas y la aplicación de programas que reduzcan los riesgos prevenibles para la salud. La evaluación, seguimiento y vigilancia son componentes esenciales de esas actividades.

La prevalencia de ENT relacionadas con la alimentación y la actividad física varían mucho entre hombres y mujeres. Las modalidades de actividad física y alimentación difieren según el sexo, la cultura y la edad. Las decisiones sobre la alimentación y la nutrición suelen recaer en las mujeres y están basadas en la cultura y las dietas tradicionales. Por consiguiente, las estrategias y planes nacionales deben tener en cuenta esas diferencias, siendo culturalmente apropiadas, contrarrestar las influencias culturales y adecuarse a los cambios registrados a lo largo del tiempo.

Los gobiernos tienen un rol fundamental en conducir e iniciar la Estrategia, velar por su adecuada aplicación y vigilar sus repercusiones a largo plazo, para lo que es importante “establecer un mecanismo coordinador nacional que se ocupe de la dieta y la actividad física en el contexto de un plan de prevención integral de las enfermedades no transmisibles y de promoción de la salud. Las autoridades locales deben participar activamente en estas actividades. También es preciso establecer consejos asesores de expertos que tengan un carácter multisectorial y multidisciplinario

e incluyan técnicos y representantes de organismos gubernamentales...” (55 pág. 7). Las estrategias deben estar apoyadas por una legislación eficaz, infraestructura, financiamiento, funciones de seguimiento y evaluación e investigación permanente.

Los ministerios de salud tienen la responsabilidad de coordinar y facilitar el trabajo con otros ministerios y organismos del Estado (como agricultura, educación, obras públicas, comunicaciones, entre otros), siendo fundamental la colaboración entre estos para el éxito. Así también, el gobierno es responsable de facilitar la información correcta a la población, para que esta pueda tomar las mejores decisiones para su salud. Para esto se propone adoptar una estrategia de comunicación para la educación y concientización del público, que cuente con el apoyo de la empresa privada y la industria, para “formular y transmitir mensajes consecuentes, coherentes, sencillos y claros [...] También se ha de prestar apoyo a la adopción de medidas encaminadas a mejorar los conocimientos básicos en materia de salud, teniendo en cuenta las circunstancias culturales y socioeconómicas locales. Es preciso evaluar periódicamente las campañas de comunicación.” (55 pág. 8). Se debe tener especial cuidado con la publicidad y comercialización de productos hacia los niños. Otro aspecto importante es el etiquetado nutricional de los envases, que debe ser comprensible, exacto y estandarizado.

Las políticas nacionales relacionadas con la alimentación y la agricultura deben ser compatibles con la promoción de la salud pública, esto mediante la promoción de alimentos saludables (con incentivos comerciales a la producción y comercialización de productos saludables); políticas fiscales que influyeran los precios (es importante estudiar el riesgo de provocar efectos no intencionales en poblaciones vulnerables); los programas alimentarios para la población en riesgo deben ser de calidad y deben darse con educación nutricional, contribuyendo a una dieta sana; y políticas agrarias que fomenten un cambio de consumo hacia uno más saludable. Por otro lado, políticas que fomenten la actividad física, que incluye: la accesibilidad y seguridad de actividades al aire libre (caminar, andar en bicicleta, etc.); medios de transporte no motorizados; ambientes laborales que favorezcan la realización de estas actividades; participación comunitaria en la creación de ambientes favorables; asociaciones con públicos y privados y mensajes claros, directos y sencillos de la importancia de realizar actividad física de manera cotidiana. Los programas escolares deben apoyar la

alimentación sana y la actividad física para proteger la salud de los niños, educándolos en un estilo de vida saludable con una infraestructura y equipamiento adecuado, y disminuyendo la disponibilidad de productos con alto contenido de azúcar y sal.

Los gobiernos deben promover instancias que agrupen a la sociedad civil, ONG's, comunidades, sector privado y medios de comunicación, en mecanismos que promuevan su participación en la creación de políticas, para facilitar la aceptación y aplicación de ellas. La colaboración con asociaciones de profesionales de la salud y grupos de consumidores es una manera eficaz de mejorar los resultados de las políticas. Especial atención merecen los servicios de salud, que requieren de capacitación para promover un estilo de vida saludable en pacientes y sus familiares, a través de todo el ciclo vital, especialmente en APS. Es importante combinar los factores de riesgo biológicos (presión arterial, colesterol y peso corporal) con la educación de la población y la prestación de apoyo a los enfermos, identificando grupos de alto riesgo y las posibles intervenciones.

Los gobiernos deben invertir en sistemas de seguimiento, evaluación, información e investigación sobre los principales factores de riesgo, los hábitos en alimentación y actividad física de la población y su relación con la aplicación de determinadas políticas y estrategias. Para esto pueden aprovechar sistemas ya establecidos, utilizando indicadores reconocidos por la comunidad científica internacional (para hacer comparaciones) y en lo posible, datos que provengan de distintas fuentes (salud, educación, agricultura, transportes, etc.).

Es necesario identificar y captar nuevas y alternativas de fuentes de financiamiento (además del presupuesto nacional en salud) que aporten en la aplicación de la Estrategia. "En la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (septiembre de 2000) se reconoce que el crecimiento económico será limitado a menos que las poblaciones estén sanas" (55 pág. 12) focalizando la ayuda en acciones de promoción de la salud.

En cooperación con otros organismos de la ONU (FAO, OIT, UNESCO, UNICEF, ECOSOC), la OMS asume el liderazgo de esta estrategia; formulará recomendaciones, mantendrá conversaciones con el sector privado, y apoyará a los gobiernos para fortalecer las políticas nacionales, orientar en el diseño y aplicar las directrices y normas, difundir información científica, prestar apoyo técnico, facilitar

modelos y métodos, apoyar la capacitación de profesionales de la salud en materia de estilos de vida saludables, asesorar y apoyar a los gobiernos en la utilización de instrumentos de evaluación y métodos de vigilancia normalizados, por último, asesorarlos para la colaboración apropiada con las industrias.

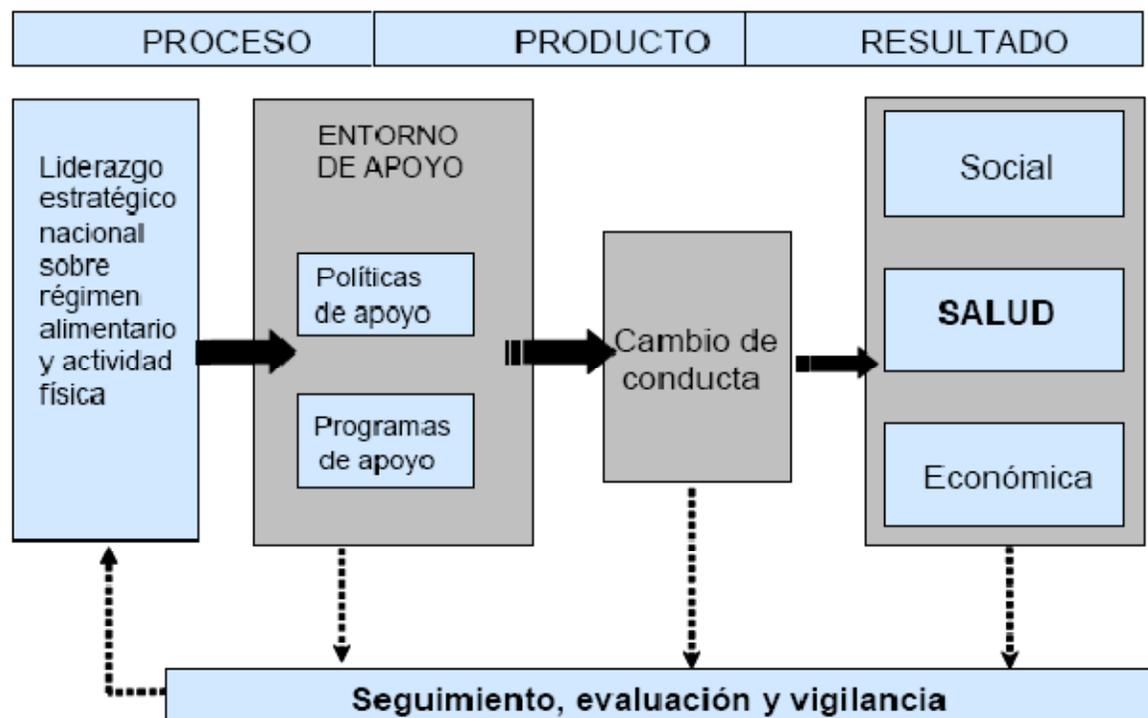
La cooperación y asociación con otras organizaciones internacionales (como el BM, FMI, BID, entre otros) será fundamental para lograr los objetivos, contribuyendo en la formulación de estrategias intersectoriales y directrices, así como en el desarrollo, ensayo y difusión de modelos de participación ciudadana, promoviendo la inclusión de “políticas sanas” y enfoques basados en incentivos para fomentar la prevención en salud. Por último, fomentar la aplicación de normas internacionales en los siguientes aspectos: “un etiquetado que informe mejor a los consumidores sobre los beneficios y la composición de los alimentos; la adopción de medidas para reducir al mínimo las repercusiones de la comercialización en los hábitos alimentarios que sean perjudiciales para la salud; la difusión de información más completa sobre pautas de consumo saludables, con inclusión de medidas para aumentar el consumo de frutas y hortalizas; y el establecimiento de normas de producción y elaboración relativas a la calidad nutricional y la inocuidad de los productos.” (55 pág. 15).

Otro actor relevante para el éxito de la Estrategia son las organizaciones de la sociedad civil y ONG’s que pueden influir en el comportamiento de las comunidades, pedir a los gobiernos acción y a la industria alimenticia que ofrezca productos sanos. Para ello pueden liderar movilizaciones comunitarias, apoyar en la difusión de información, crear redes y grupos de acción para impulsar y apoyar programas que fomenten la salud, organizar campañas comunicacionales y así fomentar la aplicación de la Estrategia.

Por último, el sector privado (empresas alimenticias, minoristas, proveedores de servicios de comidas, fabricantes de artículos deportivos, agencias de publicidad, empresas de recreación, aseguradoras, bancos, empresas farmacéuticas y medios de comunicación) en asociación con el gobierno y ONG’s, para impulsar estilos de vida saludables, produciendo productos más saludables (bajos en grasas, sal y azúcar; porciones más pequeñas; oferta asequible, saludable y nutritiva; proporcionar información adecuada y comprensible; practicas de comercialización responsables,

sobre todo para niños) y fomentando la actividad física, tanto en el espacio laboral, como fuera de él.

El siguiente esquema explica cómo influyen las políticas y programas en el cambio de conducta de la población y cuáles son los beneficios, sociales, sanitario y económicos a más largo plazo, integrando un adecuado proceso de seguimiento, evaluación y vigilancia.



Fuente: (79)

Uno de los aspectos fundamentales de las estrategias a desarrollar para combatir las ENT, mediante el régimen alimentario y la actividad física, es el seguimiento y la evaluación de las mismas, debiendo estar presente desde el diseño e incluido en el presupuesto. Son “procesos sistemáticos para valorar la evolución de las actividades en curso y para identificar las limitaciones a fin de adoptar rápidas medidas correctoras, y para medir la eficacia y eficiencia del resultado deseado del programa” (79 pág. 10). Para ello se identificaron 5 pasos a seguir:

1. Comprobar que el seguimiento y evaluación está incluido desde un principio, en el presupuesto.
2. Identificar las actividades de seguimiento y evaluación a realizar y comprobar que existan los datos necesarios para hacerlo.
3. Identificar indicadores adecuados para el proceso, producto y resultado.
4. Repetir las evaluaciones de forma sistemática para revisar y adaptar las actividades.
5. Repetir la evaluación periódicamente para establecer un sistema de seguimiento.

CARMEN: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (ENT)

El programa CINDI (Programa Nacional Integrado de Intervención contra ENT³³), elaborado por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 1996, interviene en áreas como el tabaquismo, la hipertensión arterial, la nutrición, el colesterol elevado y los programas dirigidos a la juventud para combatir el aumento de las ENT. Para ello utiliza mecanismos como actividades integradas que aprovechen la infraestructura sanitaria y los recursos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, extendiéndose por las comunidades a través de medios de comunicación social y educación pública, participación y cooperación intersectorial, colaboración internacional para el intercambio de experiencias, evaluación e investigación y la elaboración de instrumentos adecuados para divulgar resultados y extenderlos a políticas locales y nacionales.

Ante la necesidad planteada, por los Estados Miembros de la OPS, de contar con un enfoque más flexible que se pudiese adaptar a las condiciones de los países en América Latina y el Caribe (ALC), surge en el 2002 la Iniciativa CARMEN, aprobada en la Conferencia Sanitaria Panamericana, que toma como referencia el Programa CINDI antes expuesto. Respalda un enfoque de salud pública basada en los siguientes cuatro principios:

³³ Según sus siglas en inglés: *Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme*.

1. Abordar el problema desde una perspectiva sistémica amplia y cohesionada, basada en pruebas epidemiológicas, y que considere el contexto social y el entorno internacional;
2. Evaluar la efectividad de las medidas aplicadas para promover cambios de política, elaborar programas comunitarios o intervenciones desde los servicios de salud;
3. Contar con asistencia financiera y una infraestructura de apoyo para lograr la sostenibilidad y la cobertura;
4. Tener en cuenta las necesidades y las perspectivas de la población, para que pueda participar activamente en los programas de prevención y control.

El objetivo general es “mejorar el estado de salud de las poblaciones blanco, mediante la reducción de los factores de riesgo comunes a las ENT” (80 pág. 1). CARMEN quiere desarrollar, implementar y evaluar políticas para reducir los factores de riesgo; la movilización social e intervenciones comunitarias; sistemas de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo y prácticas de prevención que ayuden a reducir las inequidades en salud. Es un programa que requiere de la participación de diferentes sectores de la sociedad a nivel nacional, que facilite la participación en las iniciativas internacionales, basándose en la evaluación de experiencias locales que produzcan evidencia científica para los países latinoamericanos y sus demandas específicas, pudiendo así replicarse aquellas exitosas. Por otro lado, CARMEN espera convocar a todos los grupos interesados en la prevención de ENT, para así desarrollar redes nacionales y regionales. Así, muchos de los sitios de intervención están vinculados o son supervisados por instituciones académicas u organizaciones no gubernamentales o municipales. “La participación de los países es esencial en el área de legislación y reglamentación; pero la participación de las ONG, y de los grupos locales es fundamental para ayudar a construir y ejecutar tal legislación” (80 pág. 16).

La Iniciativa CARMEN utiliza tres estrategias con el objetivo de reducir los factores de riesgo a través de intervenciones integradas de base comunitaria:

1.- Prevención integrada y promoción de la salud: intervenciones para reducir los factores de riesgo comunes de las ENT principales. Para lo que necesita combinar y equilibrar actividades de atención preventiva y promoción, y así obtener la activa participación de las comunidades en su salud en consenso con organizaciones

gubernamentales, ONG's y privados, para que aumente su sensibilidad a las necesidades de la población y la cooperación entre ellas.

2.- Efecto demostrativo: se comienza con una demostración para evaluar la aceptabilidad, seguridad y efectividad en un contexto dado. Esta evaluación requiere del establecimiento de una línea base para comparaciones futuras, la vigilancia de condiciones de riesgo y la recopilación sistemática de información general sobre la intervención aplicada.

3.- Promoción de la equidad en salud: “Las estrategias de prevención deben considerar las influencias básicas en las inequidades en salud, entre ellas las de educación, las de distribución de ingresos, seguridad pública, vivienda, ambiente de trabajo, empleo, redes sociales y transporte”³⁴. Las estrategias deben reducir los riesgos para la población en general y a la vez reducir las inequidades y diferencias entre diversos grupos, para lo que es necesario identificar aquellos que merecen especial atención, como los indígenas, inmigrantes urbanos recientes y mujeres.

CARMEN comprende las siguientes líneas de acción simultáneas:

1.- Establecimiento de políticas como un proceso cíclico (definición de un problema, formulación, ejecución y evaluación) partiendo del análisis particular de cada país. Esto exige el apoyo de todos los interesados directos, tanto a nivel nacional como internacional, considerado indispensable para que la prevención de las ENT se convierta en un asunto de interés público. “La función de los programas CARMEN es solicitar el apoyo de todos los sectores de la sociedad para que los procesos de establecimiento de políticas tengan éxito” (80 pág. 16).

2.- Acciones de base comunitaria. Las primeras intervenciones para la prevención de las ENT se dirigieron únicamente a modificar los comportamientos de riesgo de individuos, con escasos resultados y falta de sostenibilidad. Esto lleva a un cambio de enfoque que considera se necesitan a las familias y las comunidades participando, lo que implica encontrar líderes, grupos e instituciones organizadas, y así establecer coaliciones y alianzas estratégicas. “En este contexto, el sector de la salud se convierte en una instancia asociada, en lugar de ser el dirigente de la intervención” (80 pág. 16).

³⁴ OPS, 2002. “La iniciativa CARMEN”, pg. 14.

3.- Servicios de salud receptivos para mejorar los resultados en la población. Es decir, pasar de una atención episódica de enfermedades, a un sistema preventivo de efectividad comprobada, que considere la participación en programas de prevención y las necesidades de las personas. “La promoción, prevención y atención de la salud forman parte de un proceso continuo, de carácter indivisible si se pretende lograr la efectividad, pues estas actividades se superponen y se refuerzan desde el punto de vista operativo” (80 pág. 16).

El otro componente de CARMEN es el desarrollo de redes, que tiene como objetivo establecer, elaborar y ampliar la agenda para la prevención integrada de las ENT en ALC. En concreto, este objetivo se manifiesta en:

- promover y apoyar intervenciones costo – efectivas de prevención de las ENT;
- elaborar estrategias y metodologías adecuadas para la prevención de las ENT, considerando las características únicas de los países;
- elaborar estrategias para obtener el apoyo de los legisladores y de otros sectores importantes;
- fomentar y apoyar la participación de la comunidad en las iniciativas de prevención;
- promover una agenda regional para detener la epidemia de las ENT.

La Red CARMEN se basa en el principio de que todos los países de la región pueden beneficiarse de otros programas CARMEN u otros similares en el mundo. Promueve y apoya la cooperación técnica (intercambio de conocimientos y experiencias) entre países miembros, y esta enlazada con las otras cinco redes regionales de la OMS y con el Foro Mundial para la Prevención y Control de las ENT.

Las líneas de acción de esta Red es la ‘abogacía’ como la “búsqueda de resultados que influyen en las decisiones relativas a las políticas de interés general, y en la asignación de recursos de las instituciones y los sistemas políticos, económicos y sociales que tienen repercusiones directas en la vida de las personas” (80 pág. 18). La movilización estratégica de recursos para asegurar procesos eficientes de asignación y gasto. El seguimiento y evaluación como componentes complementarios y obligatorios de un sistema integral, en búsqueda de un proceso de mejoría continua de los programas. Apoyo de las iniciativas de investigación para obtener pruebas sólidas de la

aceptabilidad y efectividad de los programas o sus componentes³⁵. La creación, mediante capacitación, de una masa crítica de profesionales que apoye a la ejecución de los programas. Definición de instrumentos en normas técnicas y la cartera de proyectos especiales de CARMEN. La realización de Guías Técnicas, basadas en pruebas científicas, acerca de la ejecución de las actividades para la prevención de las ENT, que sientan las bases para la educación profesional, la utilización de los servicios de salud, la participación de la comunidad, el mejoramiento de la vigilancia de los factores de riesgo, entre otros temas. Por último, la cartera de proyectos de cooperación técnica de CARMEN.

“La Iniciativa CARMEN define sus acciones de acuerdo a las demandas y necesidades de los países, proveyendo soporte técnico efectivo para atenderlas. (...) La Red CARMEN, en realidad, es un foro para la creación de pautas, innovaciones y planes estratégicos para lograr el mejoramiento constante de la prevención integrada de las ENT” (80 pág. 21).

³⁵³⁵ La Red CARMEN patrocina proyectos de investigación en prevención integrada de las ENT en ALC, cuyos resultados seguirán siendo difundidos.

CHILE

HISTORIA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD EN CHILE

Chile ha representado dentro del concierto de los países latinoamericanos, desde principios del siglo XX, un ejemplo en cuanto a las políticas sanitarias que han sido propuestas e implementadas y a los resultados que éstas han logrado en el nivel de salud de la población (62).

Los primeros cambios ocurrieron a principios del siglo XX con la creación de la “Caja de Seguro Obrero Obligatorio” que cubría los riesgos de invalidez, vejez y muerte de obreros, artesanos, campesinos y servicio doméstico, financiado en forma tripartita (empleador, Estado y beneficiario) y del “Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social” (futuro Ministerio de Salud) que unificó los distintos servicios asistenciales y de salud, ambos creados en el año 1924.

Cabe destacar este hito ya que significa que a través de cuerpos legales el Estado asume por primera vez un rol en el cuidado y la asistencia en salud del segmento más vulnerable de la población: los pobres. El avance de formas capitalistas de producción, que significó la introducción de nuevas tecnologías en los sectores productivos en aquellos años, requería de una masa de trabajadores sanos capaces de sustentarla, para lo cual las clases políticas dominantes definieron que dicha función debiera ser asumida por el Estado. Este concepto está, entre otros, sustentado en la llamada “Doctrina Social de la Iglesia” y los primeros conceptos de “seguridad social” implantados por Bismarck a fines del siglo XIX. Esto no responde en su esencia tanto a las concepciones humanistas y de la dignidad de las personas, sino a las necesidades del modelo económico imperante. Con todo, el cuidado de los enfermos en los hospitales estuvo durante toda la primera mitad del siglo a cargo de instituciones de beneficencia y congregaciones religiosas que se financiaban principalmente a través de la “caridad” de los más pudientes.

Este primer cambio legal fue seguido por dos nuevas leyes: Ley de Medicina Preventiva (1938) creada para combatir enfermedades de alta connotación social como la sífilis y la tuberculosis con medidas preventivas y curativas gratuitas para toda la población y aquella que crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (1942) y que cubre la atención preventiva de empleados públicos y privados.

El hito de mayor connotación social y política en la historia de la salud pública en Chile es la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en el año 1952, que fue promovida por el Dr. Salvador Allende Gossens, quien fuera luego Presidente de Chile. Siguiendo el modelo inglés, esta ley unificó la administración de los hospitales, transformándose en un importante poder centralizado. Contribuyó a definir la responsabilidad del Estado en materia de salud pública, al encargarse de las acciones de fomento y protección para toda la población. Entregaba atención gratuita en la red de establecimientos del Estado a obreros y población indigente sin cobro alguno. Recién en el año 1968 se crea el primer sistema organizado de libre elección en el país a través de un seguro de atención médica y el pago por acto médico a un listado de proveedores inscritos en el sistema (Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA).

Este modelo, que a través de la creación del SNS orienta su accionar principalmente a la protección y atención de la población más desvalida en términos financieros, tiene tremendos logros en términos sanitarios y de la calidad de vida de las personas: se garantiza la atención gratuita de la mujer embarazada y su hijo hasta los 5 años de edad incluyendo la atención profesional del parto y programas gratuitos de vacunación universal; se crean programas de suplemento alimenticio para embarazadas, lactantes y niños menores con lo cual se bajan sustantivamente los índices de desnutrición; se enfatizan programas de saneamiento ambiental y de lucha contra enfermedades como la malaria que está erradicada del país desde la década de los 70; y así, el país logra avances muy sustantivos a través de una red pública de asistencia gratuita en salud y de programas nacionales orientados a resolver los temas más urgentes. Junto con ello, las clases más acomodadas asistían a la consulta privada de médicos, cancelando en forma privada por su atención. Desde el punto de vista de la cultura social, un médico ganaba su prestigio a través de su trabajo en el sector público, conocimiento y experiencia que luego aplicaba en la atención privada de sus pacientes.

El golpe militar y las políticas que luego fueron implementadas en el ámbito de la salud, marcan un cambio total en el enfoque: se plantea que las “leyes del mercado” son capaces de resolver también los temas de salud de las personas; se facilita notablemente el desarrollo y crecimiento del sector privado tanto en cuanto a los

seguros como en cuanto a los proveedores de asistencia médica: clínicas y consultas médicas; se reducen a niveles mínimos las inversiones en la salud pública y los recursos destinados a la operación de hospitales y consultorios; se produce una descentralización de todos los ámbitos sociales incluyendo salud, lo cual se asocia al traspaso de los consultorios de atención primaria a las municipalidades con lo cual el modelo anterior, estructurado en distintos niveles de atención pero bajo una misma organización, se quiebra, al desvincular los distintos niveles de complejidad de la atención en salud.

Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuyo rol será el de distribuir los recursos financieros que se destinan al sector público y la Atención Primaria en Salud.

Los hitos que sustentan estas políticas son:

En 1979 se promulga el DFL N°2.763 que da las bases para el nuevo modelo, y cuyas principales características son:

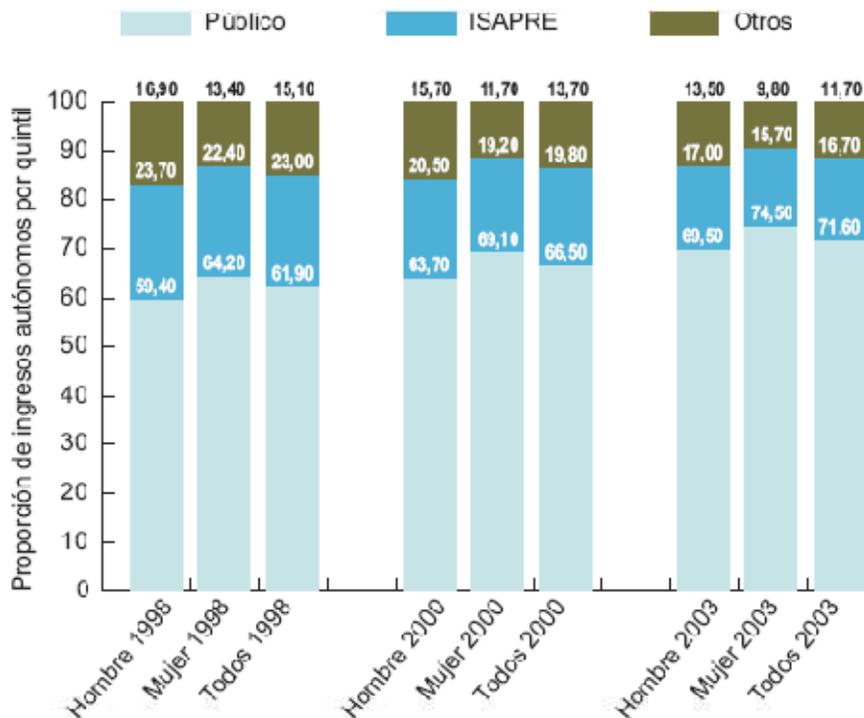
- Fusión de los recursos del SNS y SERMENA
- Se crea con ello el Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- La red de prestadores se estructura en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que sustituye el SNS
- Se definen tres funciones básicas, que serán ejecutadas por organismos diferentes:
 - Normativa y control (MINSAL)
 - Ejecutora (SNSS)
 - Financiera (FONASA), que también administraría la Modalidad Libre Elección (MLE). Este es el seguro público de salud, financiado principalmente por aportes del Estado y que se hace cargo de la salud de los quintiles de menores ingresos e indigentes.

El fomento y apoyo a la medicina privada se hace entre otros a través del DFL N° 2.575 que permite que los obreros, a través de sus sistemas de previsión, tengan acceso a la MLE del FONASA, efectuando los copagos correspondientes. En 1980 el DFL N° 13.063 traspasa la administración y operación de la APS a las Municipalidades.

La Constitución Política de 1980 establece que las personas tienen el derecho a elegir el sistema público o privado al cual deseen afiliarse y contribuye sustantivamente

a desperfilar el rol del Estado en la responsabilidad de responder a las necesidades de salud de la población. El modelo se completa con la creación de las “Asociaciones de Fondos Provisionales” (AFP³⁶) que son instituciones privadas que administran los recursos previsionales de empleados públicos y privados a través de las cotizaciones obligatorias; actualmente las jubilaciones que reciben dichos cotizantes son tan precarias y el sistema tiene tantas objeciones y distorsiones, que su reforma ha llegado a constituir uno de los pilares de las políticas propuestas por la actual Presidenta de la República.

Figura 11: Población según sistema previsional y sexo. CASEN 1998, 2000 y 2003.



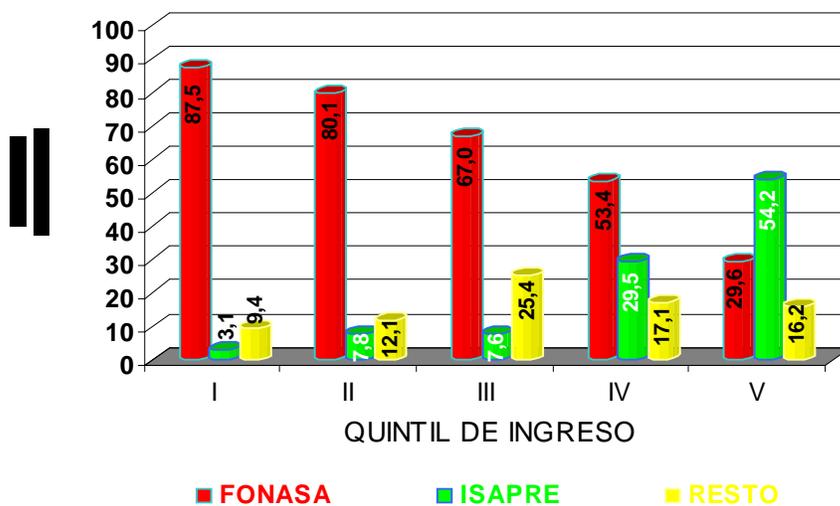
Fuente: Encuestas CASEN 1998, 2000 y 2003

En 1981 se crean las “Instituciones de Salud Previsional” (ISAPRE) que son los seguros privados de salud, y donde los quintiles de mayores ingresos efectúan sus cotizaciones del 7% para salud; sin embargo, estos sistemas se crearon con una legislación extremadamente flexible y el Estado ejercía (hasta antes de la Reforma de Salud que se inicia el 2000) una casi nula acción reguladora lo cual llevó a grandes

³⁶ El DL N° 3.500 crea la AFP en 1980.

abusos y carencias para los usuarios de dichos seguros. Con el tiempo el modelo se ha perfeccionado en pos de los intereses de los empresarios dueños de las Isapre y ha ocurrido la llamada “integración vertical”, en la cual los seguros tienen a su vez una red de proveedores de salud (clínicas), obligando a los usuarios a utilizar preferentemente esas clínicas y desvirtuando uno de los principios básicos que las sustentaron cual es el derecho a la “libre elección”. De esta forma, en la actualidad, si bien existe una modificación en la ley que creó dichas instituciones y que ha permitido una mayor regulación y transparencia hacia sus usuarios, esto no ha sido suficiente, y lo que se sigue observando es una importante migración de afiliados de las Isapre a Fonasa, que se inició en los años 90. En otros términos, los sistemas de seguros de salud en Chile aún post reforma no son ni universales ni solidarios, y el nivel socioeconómico de la persona sigue siendo el factor más determinante en cuanto a nivel de salud de las personas, acceso a la atención y calidad de vida.

Chile es el país con uno de los más altos niveles de inequidad en la distribución de los ingresos en el mundo, y si bien los promedios en los indicadores de salud y expectativa de vida de la población son muy buenos, (casi al nivel de los países desarrollados), estos promedios esconden diferencias abismantes. Los recursos no se distribuyen de acuerdo a las necesidades de la población: el que menos necesita más



tiene.

Con la vuelta a la democracia en el año 1990, se inician una serie de estrategias para revertir y modificar la situación prevalente y el sistema de salud que creó la dictadura; los cambios resultan en su mayoría lentos

y difíciles, debido entre otros, a la resistencia que oponen los grandes poderes económicos que conforman tanto las Isapre como la red de clínicas privadas, cuyos

intereses están representados en el poder legislativo. Con todo, se inicia en los años 90 y con apoyo de créditos internacionales (BID y BM especialmente) una “reconstrucción y rehabilitación” del sistema público de salud, partiendo con grandes inversiones en infraestructura y modificaciones principalmente al rol del FONASA, que orienta sus esfuerzos por un lado a lograr una mayor eficiencia y efectividad en el cumplimiento de su rol a través de notables cambios en su gestión, y por otro a través de programas de salud focalizados y orientados a las poblaciones más vulnerables y necesitadas. Se recobra el prestigio perdido y se recupera la responsabilidad y credibilidad social del sistema público de salud. Este hecho explica en parte el fenómeno señalado en cuanto al traspaso de cotizantes desde las Isapre al Fonasa.

En Chile, el objetivo de equidad se hace explícito en 1990, y se reafirma para el sector salud en 1994, cuando las encuestas del gobierno muestran que el crecimiento económico se acompaña de notables desigualdades de los niveles y tendencias de los ingresos entre los estratos socioeconómicos. “La situación que aún persiste ha sido resumida diciendo que: *“la existencia de inequidad en salud en Chile está ampliamente demostrada”* ⁽²²⁾, en circunstancias en que *“hay suficiente información en Chile sobre salud y sus factores”* ⁽²³⁾” (17 pág. 25). Ejemplo de esto son las tasas comunales de mortalidad infantil, que en el 2003, van desde 1,6 en La Reina y 1,8 en Vitacura, a 47,5 en Portezuelo y 32,2 en Lonquimay; la tasa de mortalidad en hombres de 20 a 44 años, es de 83 en Las Condes y 84 en Vitacura, mientras en San Juan de la Costa es de 494 y de 775 en Quirihue, para el mismo año (17).

REFORMA EN SALUD

A inicios del año 2000 se inicia el trabajo sistemático en el proceso de Reforma Sanitaria, que tiene como principal objetivo el reducir las inequidades en cuanto a acceso y nivel de salud de la población; deberá además hacerse cargo de las nuevas necesidades que aparecen con la transición demográfica y por último, un enfoque para aquellas enfermedades que aparecen como amenazas de gran connotación social: SIDA, Hanta, drogadicción, enfermedades mentales, Enfermedades Crónicas No

Transmisibles (ECNT), entre otras, y que responden en parte a la transición epidemiológica que ha experimentado Chile en las últimas décadas.

El punto de partida de las políticas en salud tiene relación con los objetivos de su accionar: *“MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS”*: esto significa, mantenerse sano (promoción y prevención en salud), recibir la atención adecuada cuando se enferma (tratamiento y curación), acciones de rehabilitación y reinserción social y laboral y tener una muerte digna y en las mejores condiciones cuando ésta es inevitable. Es desde aquí que se definen y diseñan las políticas sociales: de acuerdo a las necesidades y demandas de la población y los objetivos fijados para ello (ver (81) y (82)).

“La Reforma no es sólo un cambio de estructura. La Reforma es ante todo un repensar la forma en que damos salud, la forma en que administramos nuestros recursos, la forma en que nos relacionamos con nuestros pacientes, a la luz del mundo que nos toca vivir.”

Dr. Pedro García, ex. Ministro de Salud

La **Reforma en Salud** que ha planteado el gobierno del ex presidente Lagos se plantea en torno a tres ejes:

1.- Separación de Funciones:

- **Ministerio de Salud:** con un rol rector más fortalecido mediante la creación de dos subsecretarías:
 - Redes Asistenciales
 - Salud Pública
- **Autoridad Sanitaria Regional**
 - Asume rectoría regional y despeja a los Servicios de Salud para gestionar la provisión pública.
- **Superintendencia de Salud**
 - Supervisar y controlar a las Isapres y a FONASA
 - Regulación (Normativa, Fiscalización)
 - Información y educación

2.- Cambio del Modelo de Atención:

- Las personas: de objetos a sujetos.

- Centrado en las necesidades de la gente.
- De curativo a promocional y preventivo.
- De bio-médico a bio-psico-social.
- De predominio hospitalario a énfasis en la atención primaria.
- De hospitalizado a ambulatorio.
- De asistencialista a comunitario.
- De organización jerárquica a redes asistenciales.
- Relación institucional con las personas: de beneficios a servicios.

3.- Garantías Explícitas en Salud (GES):

- GES obligatorio para todo el sistema.
- Precio único por Isapre para el GES.
- Arancel GES de referencia público-privado.
- Consejo Consultivo que propone inclusiones de nuevos problemas de salud al GES.
- Plan Complementario: Piso de beneficios: MLE - Fonasa.
 - o Co-pagos conocidos y regulados.
 - o Topes de gasto en función del ingreso.
 - o Redes cerradas y modelo administrado.
 - o Arancel de referencia.
 - o Protocolos de atención.

Uno de los principales y más controvertidos cambios legislativos que se ha dado en torno a este último eje, es la Ley N°19.966 que establece las GES, el llamado **Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)**. Este Sistema constituye un elemento central de la Reforma en Salud de Chile y puede definirse como un plan de salud que incluye la resolución de Problemas de Salud que han sido definidos como prioritarios y para los que existen estrategias de intervención comprobadamente efectivas. Es un instrumento diseñado para alcanzar los objetivos sanitarios y lograr una mayor equidad en el acceso y nivel de salud de la población, incorporando garantías para cada uno de los problemas de salud AUGE, como derechos **exigibles** por toda persona.

Las características del Auge son:

- Se pasa de acciones individuales a la resolución integral de los problemas de salud, incluyendo acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de enfermedades.
- Contiene Garantías explícitas exigibles por parte de los usuarios, en acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.
- Tiene carácter incremental, es decir, hay problemas de salud y garantías que deben ser incorporadas progresivamente.
- Es Universal, protegiendo a todos sus beneficiarios por igual, sin ningún tipo de discriminación arbitraria.
- Optimiza el uso de recursos, mediante la utilización de redes de atención públicas complementadas con prestadores privados en caso necesario.

Las Garantías Explícitas implican brindar las posibilidades de **acceso**, en cuanto a contar con una red de prestadores que sea capaz de hacerse cargo de la realización de dichas prestaciones; establecer criterios de **calidad** para incorporar determinadas actividades en un prestador dado, utilizando las definiciones que entrega el MINSAL; define los **tiempos de espera** máximos para las atenciones; y la **protección financiera**, que se expresa a través de la cobertura financiera (aporte, bonificación o subsidio) que el Seguro Público (FONASA) o la Isapre le garantiza al beneficiario para el financiamiento de una determinada prestación.

El AUGE se compone de dos Programas: de salud pública y de las personas. El primero se refiere a acciones de salud pública sobre el conjunto de la población, sin distinción, brindando prestaciones universales y gratuitas, que estén vinculadas a las metas sanitarias. Para esto, combina acciones sobre el colectivo, mediante campañas de comunicaciones, con prestaciones individuales (como es la vacunación entre otras).

El Programa de Salud de las Personas viene en el “Paquete de Beneficios AUGE”, es el tránsito de garantizar “prestaciones” a garantizar la resolución de “problemas de Salud”. Así, garantiza la **integralidad** en la atención, es decir, responde a las necesidades y demandas de la población en cuanto a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, disponiendo de recursos y coordinándolos para asegurar el acceso oportuno y la continuidad de la atención. Y por último, la

transmisión de información clínica y administrativa entre los distintos establecimientos prestadores.

La atención de los pacientes se realiza en una red predefinida de establecimientos afiliados, donde la APS tiene un rol muy importante por el volumen de prestaciones y en la prevención y educación de la población. La participación de prestadores privados se da a través de convenios específicos para cubrir las brechas de oferta y demanda en el sector público.

La resolución de cada problema de salud AUGE se apoya en un 'Protocolo' que incluye las estrategias de intervención para cada una de las fases del manejo del problema. Para cada fase, el protocolo define las acciones y prestaciones que se deben llevar a cabo, esto incluye los exámenes, procedimiento y tratamientos, y los cuidados especiales. Cada una de estas intervenciones se fundamenta en la evidencia científica disponible, en los que también se aplican criterios de costo-efectividad.

Otro elemento interesante de resaltar de la Reforma, es el énfasis dado al desarrollo y fortalecimiento de las **Redes Asistenciales**, que "es la forma en que se organizan los recursos y se modela la provisión de servicios en forma tal de cumplir con las demandas y necesidades de la población, a través de un sistema organizado y coordinado de establecimientos de diversa complejidad, con una eficiente utilización de los recursos y de acuerdo a los objetivos sanitarios planteados"³⁷.

Los sistemas de salud deben responder a las **necesidades** y **demandas** de salud, en los ámbitos de promoción y prevención (riesgo y vulnerabilidad), curativo (daño) y de rehabilitación (discapacidad). Para responder a esto se considera fundamental la **integralidad** (antes expuesta), el **acceso**: como una oferta suficiente, que considere su localización según factores geográficos y demográficos, y que privilegie a las poblaciones más vulnerables; la **efectividad**: en que el servicio provisto este de acuerdo a los objetivos sanitarios, con efectividad comprobada y aplicando los protocolos y guías terapéuticas homogéneos en toda la red asistencial; **eficiencia**: en cuanto a la optimización en el uso de los recursos y sistemas de apoyo, el diseño y la aplicación de nuevos modelos asistenciales y de gestión, considerando criterios de costo-efectividad y potenciando las relaciones intersectoriales.

³⁷Redes asistenciales Ministerio de Salud Chile.

La **satisfacción de los usuarios** es otro elemento que busca la Reforma, considerando en esto que “el usuario percibe que está efectivamente protegido, es acogido y tiene fácil y oportuno acceso a una red de prestadores que coordina acciones y resuelve sus demandas y necesidades de salud. Se respetan sus derechos, se le otorga un trato respetuoso y digno, se le entrega la información que requiere, tiene espacios para opinar sobre la atención recibida” (83).

Mejorar la calidad de la atención, mediante distintas estrategias como la gestión de calidad, mejoramiento Continuo de la Calidad, benchmarking y calidad total. Éstas como herramientas que permiten ir evaluando la calidad de la tecnología sanitaria y la pertinencia de los protocolos y guías clínicas en uso, el cumplimiento de los estándares de calidad y maximizando los beneficios sin aumentar los riesgos. Otros elementos que han sido definidos como importante en la estrategia de calidad es la utilización de indicadores para evaluar calidad en procesos y resultados, recogiendo la percepción de los usuarios, capacitando los recursos humanos y adecuando los sistemas de información clínica.

OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DECADA 2000-2010:

Los Objetivos Sanitarios para Chile (OSC) fueron definidos durante los años 2000 y 2002, señalándose que es el punto de partida de la Reforma Sectorial y que sus componentes se deben articular para el logro de los objetivos, que incluyen a los beneficiarios de ambos sistemas de salud. “El contexto que hacía necesaria una redefinición de los objetivos, expresa que el cambio demográfico experimentado por la población en los últimos decenios plantea nuevos desafíos para el sistema nacional de salud, tanto a nivel preventivo como curativo. Al mismo tiempo, la densificación urbana en congestionadas ciudades repercute significativamente sobre la salud mental de sus habitantes, mientras que la contaminación ambiental de distinta naturaleza amenaza la salud física, como también aumenta el número de accidentes y la violencia urbana. A esto se suma el desarrollo de enfermedades crónicas por nuevos estilos de vida que incorporan los hábitos de fumar, consumir alcohol, drogas legales e ilegales, sumado a

costumbres alimentarias poco saludables” (84 pág. 31)(ver Objetivos Sanitarios 2000-2010). Los OSC se centran en 4 grandes áreas (83):

- i) mejorar y consolidar los logros sanitarios alcanzados en el siglo XX. Estos logros son producto del mejoramiento general de las condiciones de vida y de la implementación de políticas de salud pública. El objetivo apunta a mantener la positiva tendencia y mejorar los indicadores en salud infantil, salud de la mujer y enfermedades infecciosas.
- ii) enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad en diversos ámbitos, como el desarrollo tecnológico, la globalización y el comercio, modificaciones en el medio ambiente y en estilos de vida (entre los cuales está el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo), los determinantes asociados a las condiciones de trabajo, psicosociales y la autopercepción del estado de salud, reducir las muertes y la discapacidad. Esto explica el surgimiento de una realidad epidemiológica distinta a la de 50 años atrás, con el aumento de enfermedades crónicas, el cáncer y enfermedades degenerativas (ver más adelante).

Las metas para abordar este desafío se dividen en 3 ámbitos:

- a) control de factores determinantes de las enfermedades asociadas a los cambios culturales y de estilos de vida. Estas incluyen metas para el tabaquismo, obesidad, conducta sexual insegura; problemas en el medio ambiente, actividad física/sedentarismo y salud ocupacional.
 - b) Enfermedades que generan mayor carga de mortalidad y que tienen tratamiento efectivo comprobado. El objetivo es la prevención de muerte y la prevalencia de discapacidad, incluyendo metas para las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cánceres, enfermedades respiratorias, diabetes, VIH/SIDA y traumatismos.
 - c) Problemas de salud que no matan pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia (salud mental, salud dental y enfermedades degenerativas).
- iii) Disminuir las desigualdades e inequidades en salud; la evaluación hecha por los OSC, señala que aunque los indicadores muestren cifras satisfactorias en

muchos aspectos, dentro del país existen grandes diferencias en la situación de salud a nivel geográfico, según género, como por nivel socio económico. El objetivo es mejorar la situación de salud y calidad de vida de los sectores más pobres para disminuir las brechas existentes, garantizando el acceso y la atención oportuna.

- iv) Prestar servicios acorde con las expectativas de la población, en cuanto al nivel de satisfacción y expectativas relacionadas con los aspectos no-médicos de la atención, junto al desarrollo de la capacidad técnica de la atención. Según los OSC, las demandas de la población al sistema de salud han cambiado debido a factores epidemiológicos experimentados por el país, y también porque la población ha tomado mayor conciencia de sus derechos. Las metas tienen relación con la justicia financiera, la satisfacción de las expectativas legítimas de la población y la calidad de la atención brindada.

A mitad de periodo (2006) se realizó una evaluación de los avances en los OSC, (Anexo 1) donde se destacan progresos importantes en diversos indicadores, habiendo un cumplimiento total en muchos. Sin embargo para muchas metas no se fijaron indicadores cuantificables, lo que es una falencia importante de diseño, ya que no es posible medir el grado de avance de manera clara (ver (85) y (86)).

Entre las observaciones es importante mencionar la propuesta de adecuar los servicios con enfoque de género así como el establecer metas cuantitativas para medir el avance de los OSC, sobre todo en cuanto a los objetivos relativos a la obesidad y la actividad física.

POLÍTICAS IMPLEMENTADAS EN CHILE PARA COMBATIR LA OBESIDAD

EGO – Chile

“La palabra EGO nos habla de nosotros, de nuestra identidad, nuestra conciencia. EGO nos invita a mirarnos, observar qué estamos haciendo con nuestras vidas, y preguntarnos cómo podemos vivirla mejor, y qué podemos hacer para que otros vivan mejor. Es una invitación a las personas, a las instituciones públicas y privadas y a todas y todos quienes quieran contribuir a un país más sano, para un mejor desarrollo” (87)

Ante el contexto mundial del fenómeno de la obesidad y sus consecuencias, que ha dado paso a una amplia campaña global impulsada por organismos internacionales desde distintos ámbitos, el gobierno de Chile ha propuesto una iniciativa a nivel nacional: la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO-Chile) que “servirá de plataforma para incluir e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable” (88). Para esto espera tener el respaldo de los distintos organismos del Estado, la sociedad civil, la industria, entidades académicas y recintos educacionales. La meta es la disminución de la prevalencia de la obesidad en Chile, mediante la promoción de un estilo de vida saludable, en cuanto a alimentación y actividad física, considerando las inequidades y desigualdades relacionadas con la pobreza y género.

Las principales líneas de acción de EGO son (88):

- Fomentar políticas y planes de acción para mejorar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física, tomando en cuenta los determinantes sociales y culturales de manera que logren la sostenibilidad, participación y equidad social en salud.
- Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que tiene la incorporación de este ‘estilo de vida’.
- Invitar a formar parte activa de EGO a todos los organismos de Estado.
- Propiciar la colaboración entre el sector gubernamental y el productivo, apelando a la responsabilidad social empresarial.
- Propiciar el diálogo entre el gobierno y la industria alimentaria.
- Propiciar la colaboración con la prensa y la publicidad.

- Propiciar un marco de colaboración con las empresas vinculadas al deporte y la recreación.
- Incentivar a las organizaciones sociales y comunitarias en la promoción de estilos de vida saludables.
- Incentivar a los equipos de salud en la prevención de la obesidad, identificar los factores de riesgo y detección precoz.
- Incorporar a los programas de educación actividades de promoción de estilos de vida saludables.
- Realizar un seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados que se obtengan a través de EGO.

Los ámbitos de intervención propuestos son: sanitario, familiar y comunitario, escolar, empresarial y académico. El rol del Ministerio de Salud, en el ámbito sanitario es protagónico en la implementación, seguimiento y evaluación de EGO, que se plantea como un complemento al Plan Nacional de Promoción de la salud VIDA CHILE, un modelo descentralizado e intersectorial, con el fin de fortalecer los gobiernos regionales y locales mediante la participación social. Este plantea que la promoción es una respuesta fundamental a los problemas de salud de la población; y por otro lado, una extensión de la “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital” y de la campaña “5 al día”.

Las acciones en este ámbito están dirigidas a definir y actualizar las normas de evaluación nutricional y la difusión de ‘Guías de vida sana’; vigilar el cumplimiento en el correcto etiquetado nutricional obligatorio para los alimentos y destacar los mensajes saludables; capacitar a los equipos de salud en EGO-Chile; desarrollar e implementar planes de atención que tengan una visión anticipatoria del problema; promover la lactancia materna exclusiva en el sector público y privado y promover medidas legislativas que favorezcan esta práctica en mujeres que trabajan fuera del hogar; desarrollar campañas publicitarias educativas; llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de la tendencia a la malnutrición por exceso y las conductas alimenticias de la población; realizar el seguimiento y evaluación de EGO en conjunto con los otros sectores partícipes; y establecer relación con organismos internacionales que permitan el intercambio de conocimientos y experiencias en torno a la prevención de la obesidad.

En el ámbito familiar y comunitario, “EGO-Chile tiene una importante vertiente de comunicación social, cuyo diseño tendrá como objetivo crear una corriente de opinión favorable que propicie mejores hábitos alimentarios y la práctica regular de actividad física” (88 pág. 13). La sociedad civil puede contribuir a divulgar mensajes claros, concretos y positivos para que la población cuente con mejor información nutricional y sensibilizar en cuanto al impacto que tiene sobre la salud una buena nutrición, la práctica de ejercicio regular (y su práctica habitual como alternativa de ocio) y la detección a tiempo de la obesidad.

Las acciones sugeridas son realizar campañas de información para educar y motivar a la población; reforzar y coordinar las acciones gubernamentales que estén en desarrollo; divulgar la estrategia y garantizar su presencia en los principales medios de comunicación; desarrollar manuales educativos simples sobre alimentación y actividad física; por último, la creación de grupos de trabajo, desde el municipio, para el diseño de iniciativas para mejorar los espacios públicos y la práctica de ejercicio.

El Minsal en conjunto con el Ministerio de Educación (Mineduc) han desarrollado una propuesta para la prevención de la obesidad con diversas acciones que incluyen: incorporar en el currículo académico conocimientos y habilidades relativas a la alimentación y la actividad física; realizar talleres y actividades extraescolares para la iniciación de los niños en el mundo de la alimentación, aprendiendo a elegir y prepara comidas sanas; formación a los profesores en conocimientos de nutrición y su incidencia en la salud y la importancia de la práctica de ejercicio frecuente; aprovechar la instancia de los comedores dentro de los colegios para reforzar conductas alimentarias adecuadas; informar a los padres para que faciliten y complementen en casa las practicas aprendidas en la escuela.

El ámbito empresarial y de la industria alimenticia están conscientes del problema de la obesidad y el rol que pueden y deben jugar en su prevención. Este compromiso se puede traducir en distintos ámbitos como son la producción, comercialización, publicidad y etiquetado de los alimentos, como también en la participación en el diseño y cumplimiento de normativas y políticas públicas para fomentar estilos de vida saludables.

Las acciones propuestas son: desarrollar, difundir y apoyar campañas publicitarias sobre estilos de vida, nutrición, actividad física y salud; solicitar la

colaboración de la empresa para buscar iniciativas que promuevan juegos que requieran actividad física; desarrollar, difundir y promover eventos deportivos o actividades de promoción del deporte en nuestro país; entregar información nutricional a través de los alimentos (principalmente a través del etiquetado y rotulación); incorporar recomendaciones alimentario nutricionales a los alimentos industrializados y en la preparación de los servicios de alimentación colectivos; incentivar la autorregulación de la publicidad y el marketing de alimentos y bebidas destinadas a niños, así como de colaciones saludables; y proporcionar una oferta alimentaria variada y nutricionalmente equilibrada para que el consumidor pueda elegir.

Para esto, es necesario contar con el compromiso del mundo académico-científico en el desarrollo de EGO, involucrando aquellos ligados a la educación y la salud, docencia, recursos humanos, investigación y extensión. Para esto es necesario incorporar en los programas de formación de profesionales de la salud y la educación temáticas de prevención y promoción; contribuir a la capacitación de los equipos de salud y al seguimiento y evaluación de EGO con estudios que permitan identificar las fortalezas y debilidades de la estrategia, así como de su implementación e impacto; por último, desarrollar líneas de investigación en el ámbito de la nutrición y las enfermedades crónicas.

Avances al primer año de EGO – Chile (87)

El programa iniciado en el 2004 como programa piloto de “Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital” se ha ampliado a todo el país el 2005, siendo reforzado en el marco de EGO-Chile. Beneficia a alrededor de 1 millón de niños y a más de 90 mil embarazadas y sus familias. Entre sus logros, se cuenta el aumento de la lactancia materna exclusiva al sexto mes de un 45% a un 49% y la estabilización de la curva de obesidad en menores de 6 años en torno al 7,5%. El desafío en este sentido, es enfocarse en los niños entre 2 y 6 años, que tienen la prevalencia más alta. Se han realizado actividades nuevas como la consulta nutricional del niño sano a los 5 meses y a los 3 años y medio; la consejería para la recuperación del peso pre

gestacional al tercer y sexto mes post parto y el control y talleres educativos a niños obesos menores de seis años.

En cuanto a los programas alimentarios, se ha logrado modificar las bebidas lácteas para adultos mayores, papilla para niños con riesgo nutricional y productos semidescremados para niños, que ha representado un aporte positivo para mejorar la situación nutricional de la población. Se ha propuesto desarrollar bebidas con mayor contenido de Omega-3, nutrientes esenciales para el desarrollo del feto y el recién nacido, fortaleciendo las políticas de promoción de lactancia exclusiva los primeros 6 meses.

Desde el año 2004 se han implementado programas de atención de pacientes adultos obesos pre diabéticos y/o pre hipertensos y de niños escolares y adolescentes obesos con factores de riesgo, pretendiendo ampliar la cobertura en todos los centros de atención al 2010. En el 2007 se ha obtenido un aumento del 100% de los recursos asignados por FONASA, que permitirá cubrir a más de 12.000 beneficiarios, cubriendo el 50% de los centros del país.

El Etiquetado Nutricional Obligatorio de Alimentos (ENOA) ha sido un avance importante en el fomento de una alimentación saludable. Desde noviembre del 2006 entra en vigencia el decreto que obliga a todos los alimentos envasados a llevar la "información nutricional" para que los consumidores tengan la información al momento de la compra y así poder elegir alimentos más saludables. En este ámbito, hay un proyecto de ley en el Senado que se ha detallado anteriormente.

Chile es el primer país en ALC en implementar desde enero del 2007 la Nueva Curva de Crecimiento de la OMS, como parte de la norma nacional de vigilancia de la situación nutricional, aplicando el mejor estándar disponible para evaluar a la población menor de 6 años.

En cuanto a la formación de recursos humanos, los énfasis se han centrado en tres temas: ENOA: que capacitó a más de 900 funcionarios de la salud; Consejería de Vida Sana: capacitación a 300 funcionarios de la red de salud y la capacitación en la aplicación de la Nueva Curva de Crecimiento de la OMS, con más de 500 funcionarios.

La estrategia de difusión creada por EGO-Chile para dar a conocer sus objetivos y metas y lograr la integración de diversos sectores, ha puesto a disposición

materiales informativos y educativos en la página web del ministerio y portales para padres, profesores y niños en el portal de EGO-Chile.

Los Planes Regionales de Salud Pública determinaron como obligatorios los condicionantes de obesidad, sedentarismo y tabaco, privilegiando a los escolares de todo el país, mediante EGO-Escuelas y aprovechando el programa de Establecimientos Educacionales Promotores de la Salud (EEPS). En los EEPS seleccionados se deberán coordinar actividades de prevención y tratamiento de la obesidad y el sedentarismo, fortaleciendo acciones exitosas como los kioscos saludables, recreos y pausas activos, talleres para padres y profesores, promoción de campañas como “5 al día” y “yo tomo”³⁸ y derivar a los niños con factores de riesgo altos al nivel de APS para su atención integral; además de fomentar el trabajo intersectorial con la municipalidad y el sector privado.

El Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para Prevención de Enfermedades Crónicas en Niñ@s y Adolescentes, implementado en conjunto con FONASA, en la APS, ha tenido una cobertura de 4.354 niñ@s en 145 centros de salud y se espera que en el 2010 esté implementado en todo el país.

Se formó una Red Nacional de Actividad Física, que tiene como objetivos: elaborar un marco programático para la promoción de la actividad física a nivel poblacional; revisar las bases científicas, de salud pública y políticas públicas para enfrentar el sedentarismo; promover un entrenamiento práctico en cada una de las etapas claves para desarrollar un programa para promover la actividad física; y discutir y analizar casos de programas exitosos y su implementación.

En el ámbito académico se destaca el compromiso de múltiples entidades universitarias y sociedades científicas para desarrollar investigación en torno al tema. En el ámbito empresarial, muchas empresas y asociaciones de ellas, se han comprometido con el desarrollo de alimentos más saludables, apelando a la responsabilidad social empresarial (RSE); se asume la urgencia de aportar con estrategias para dar solución a problemas sociales. Así se ha desarrollado NutriRSE³⁹ para combatir el problema de la obesidad y sedentarismo en Chile. Las asociaciones

³⁸ Programa para incentivar el consumo de leche en toda la población.

³⁹ Se desarrolla más adelante en el Proyecto Prevención y Tratamiento de la obesidad en escuelas básicas de Chile..

de publicidad que conforman el Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria (CONAR) se han comprometido con el desarrollo de estrategias de marketing responsable en el ámbito de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, concordándose modificaciones al actual Código de Ética Publicitaria incorporando dos artículos para cautelar que la publicidad no entregue mensajes que contravengan una alimentación saludables y balanceada, la actividad física y un estilo de vida sano, con particular énfasis en la publicidad dirigida a niños. Se conforma también la Corporación 5 al Día, entidad privada, sin fines de lucro, que reúne al sector académico y empresarial (distribuidor, productivo y exportador de frutas y verduras) en torno a la promoción del consumo de frutas y verduras.

Es importante mencionar, que a pesar de estos avances en el ámbito empresarial, en la Cumbre de Nutrición y Salud, Chile 2008, realizada en Marzo, tanto los empresarios de industrias alimenticias, como las empresas de publicidad no asistieron al evento.

Las campañas en medios han logrado reunir a rostros de la televisión (liderados por Mario Kreutzberger, 'Don Francisco') que están trabajando en la estrategia EGO, comprometiéndose a difundir el mensaje de alimentación y actividad física saludable en los programas que participan, junto con colaborar en la difusión de la campaña y otras actividades que se desarrollen en el marco de la misma.

Las líneas de acción prioritarias y desafíos para el 2008 planteadas por el MINSAL son el de continuar coordinando y estableciendo alianzas con los distintos sectores del ámbito de la salud, la educación, organizaciones comunitarias, municipalidades, ONG's y otras organizaciones de la sociedad civil, medios de comunicación y otros. A la vez, se ha planteado trabajar en la regulación y control de información nutricional obligatoria para los alimentos, en la extensión y ampliación de planes de atención para la población con obesidad y sobrepeso o con riesgo de serlo, y en el desarrollo e implementación de diversos proyectos y programas que contribuyan a la difusión y promoción de un estilo de vida activo y una alimentación saludable, incorporando las diferentes visiones y experiencias nacionales e internacionales sobre la prevención de la obesidad.

Intervención Nutricional a Través del Ciclo Vital

Este proyecto se enmarca dentro de los Objetivos Sanitarios en el contexto de la prevención de ECNT; dado su gran impacto en la morbilidad de la población adulta se encuentran dentro del Plan Auge. Es así parte de la Reforma del Sector Salud, específicamente en la capacidad institucional en materia de promoción de estilos de vida saludables, incorporando en una primera etapa, a la mujer y al niño.

“Con esta estrategia se pretende destacar ante los profesionales de los Servicios de Salud y los beneficiarios del Sistema, la magnitud de la actual epidemia de obesidad, sus enormes costos en términos de recursos y de calidad de vida, así como la importancia que tienen en la prevención del problema, las intervenciones iniciadas precozmente y mantenidas a través del ciclo vital, especialmente aquellos que desde muy temprano se pueden catalogar como en mayor riesgo de ser futuros obesos” (89 pág. 3). Esta población en riesgo, al igual que se hizo con la población desnutrida, debiera ser sometida a un programa especial de seguimiento de su estado nutricional, iniciándose en los controles preconceptionales continuando a lo largo de todo el ciclo vital. Los estadios del ciclo vital tienen una naturaleza tanto biológica como social. Reciben la influencia de las diferentes culturas y de las circunstancias materiales en las que vive la gente en determinados tipos de sociedad.

El objetivo de esta estrategia es reducir la prevalencia de obesidad y de otras ECNT. Para esto es necesario la identificación precoz de la población en riesgo de desarrollar obesidad y ECNT; intervenir en esta población; disminuir la prevalencia de obesidad en mujeres entre 15 y 65 años controladas a nivel primario; aumentar el porcentaje de mujeres puérperas⁴⁰ que recuperan su peso preconcepcional a los 6 meses post-parto; aumentar el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un IMC normal; aumentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida; mantener o disminuir el porcentaje de menores de 6 años con sobrepeso u obesidad y aumentar aquellos bajo control nutricional normal.

Los principales ejes de esta estrategia para la prevención de la malnutrición por exceso son: capacitar al equipo de salud en la aplicación de la estrategia; insertar la Consejería de Vida Sana en los controles habituales a la mujer y el niño; incorporar

⁴⁰ Mujeres que han parido hasta los 28 días.

nuevos controles de salud para vigilar la recuperación del peso preconcepcional y para educar y acompañar la alimentación al destete; vigilar el estado nutricional de la mujer embarazada; intensificar los esfuerzos para asegurar la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y el mixto hasta al menos un año de edad; actualizar las normativas de evaluación nutricional, manejo de la malnutrición y recomendaciones alimentarias y de actividad física por edad; establecer redes de apoyo con otros actores importantes de la sociedad, a través del Consejo VIDA CHILE y el Plan Nacional de Promoción de la Salud; y evaluar la estrategia mediante distintos datos.

El análisis de la situación nutricional de las mujeres muestra que coexisten, en todos los grupos etáreos, déficits nutricionales y problemas por exceso, pero sobretodo de sobrepeso y obesidad, principalmente en los grupos de menores ingresos. La Intervención nutricional enfocada en la mujer, considera que durante el embarazo es la etapa indicada para cambiar algunos hábitos dañinos, ya que las mujeres se encuentran más sensibles y receptivas a la educación. “Hasta ahora el énfasis sobre nutrición materna y ganancia de peso durante el embarazo ha estado centrado en la desnutrición de la gestante y en la prevención del bajo peso al nacer; sin embargo, en Chile, al igual que en toda América Latina, el sobrepeso y la obesidad materna ha ido aumentando en forma significativa, lo cual requiere reevaluar las estrategias de intervención nutricional con miras a los potenciales efectos que esta nueva condición nutricional por exceso puede tener sobre el pronóstico materno e infantil en el corto y largo plazo. Investigaciones recientes han señalado la importancia de educar a las mujeres respecto de una alimentación y un estilo de vida saludable, antes y durante el embarazo” (89 pág. 10). Para esto, es necesario que la embarazada mantenga un nivel de actividad física moderada que incluya un mínimo de 30 minutos diarios.

La obesidad materna presenta no sólo un riesgo durante el embarazo y el parto para la madre, sino también, un riesgo de macrosomía⁴¹ en el feto y de eventual obesidad en su vida adulta. Así, hay un factor genético que se transmite de la madre obesa, que predispone al niño a ser obeso, que puede o no ser aumentada por la influencia genética del padre y por un ambiente externo, en la familia y/o fuera de ella,

⁴¹ Detección de un feto de un tamaño mayor que el normal para el tiempo de embarazo, que es expresión de una alteración del metabolismo de la glucosa (diabetes gestacional).

con malos hábitos de alimentación o actividad física, que explicaría la transmisión de la obesidad dentro de un grupo familiar, a nuevos individuos.

En el caso de las intervenciones en el niño, es necesario considerar los factores que constituyen un riesgo de ECNTs que operan y se hacen evidentes en las primeras etapas de la vida, como son la obesidad de los padres, el peso de la madre, la desnutrición intrauterina, la lactancia materna, diabetes u otras enfermedades. Es por ello que el niño debe someterse a controles de crecimiento y una vigilancia dirigida para prevenir, detectar y corregir oportunamente desviaciones del crecimiento y nutricionales. El componente básico de la intervención es el de motivar, informar y educar a la madre, y a través de ella a la familia, en la adopción de prácticas saludables de alimentación y actividad física. Áreas específicas son la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, que tiene un efecto protector en términos de desarrollo de obesidad y otras ECNTs y de alimentación adecuada en el periodo del destete, en un régimen de alimentación mixta (leche materna y alimentos sólidos). “El niño nace con una preferencia ya determinada por alimentos dulces y salados y con un rechazo por los sabores ácido y amargo; el resto de las preferencias alimentarias se “aprenden” muy temprano en la niñez, en la incorporación del niño(a) a la alimentación familiar [...] La madre y el grupo familiar deben estar preparados, tanto para apoyar el aprendizaje de preferencias alimentarias saludables, como para preservar la capacidad innata del niño(a) de alimentarse adecuadamente, obedeciendo a estas señales internas que lo llevan a mantener un adecuado balance energético” (89 pág. 15).

5 al Día

Junto con la FAO, la OMS organizó el primer taller sobre "Frutas y Verduras para la Salud" en el Centro de la OMS en Kobe/Japón en septiembre 2004. Ahí se discutió el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 de la OMS, que calcula que la ingesta de una cantidad insuficiente de frutas y verduras causa un 5% de las muertes anuales en todo el mundo. Esta situación ha motivado el lanzamiento de la iniciativa global “5 al día” para la mayor producción y consumo de frutas y verduras en el año 2003. Esta se inscribe en el contexto de la “Estrategia mundial de alimentación,

actividad física y salud” (DPAS) aprobada en el 2004 por la Asamblea Mundial de la Salud, a la cual Chile se ha sumado junto a más de 40 países.

El marco guiará la organización de intervenciones eficaces y efectivas en función de los costos para la promoción de un consumo adecuado de frutas y verduras a nivel nacional. En este proceso, se deben tomar en cuenta las capacidades de producción nacionales o locales, las prácticas agrícolas y alimenticias tradicionales, los modelos y hábitos predominantes de nutrición, el estado de salud de la población y los programas existentes para la promoción de frutas y verduras. La promoción de frutas y verduras va de la mano con la meta 2 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que llaman a reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre.

Según la FAO y la OMS (90) los principios generales de un proyecto nacional para la promoción de frutas y verduras pueden incluir: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad (calidad, sabor, tipos de alimentos, sensibilidad cultural, etc.), la inclusión de los desposeídos, en un enfoque integrador y sustentable y el necesario mercadeo y concientización sobre la importancia del consumo de frutas y verduras.⁴²

En Chile, el INTA asumió la coordinación de “5 al día”, iniciando sus acciones en Agosto del 2004. La ejecución del programa es una actividad conjunta de los ministerios de Salud y Agricultura, la OPS, la FAO y el INTA. La meta es, de acuerdo a las indicaciones del MINSAL en base a los lineamientos de la OMS, aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras de los actuales 166 gramos a 400 gramos diarios por persona, equivalentes a 5 porciones.

Los componentes del programa son:

1. **Medios de comunicación:** la difusión a través de estos medios aumenta el alcance de los mensajes, la solidez del programa y la cobertura del mismo.
2. **Puntos de venta:** es el componente clave del Programa porque incluye a las industrias y consumidores. La alianza entre las instituciones del sector público y privado en los supermercados potencia el mensaje y el cumplimiento del mismo por parte de los consumidores.

⁴² Se desarrollará la experiencia de esta iniciativa en Chile, que está siendo dirigida por el INTA, de la Universidad de Chile.

3. **Nivel Comunitario:** estos programas se basan en el cambio de conducta en salud: teoría social cognitiva, modelo de las creencias en salud, marketing social y modelo de las etapas de cambio.
4. **Investigación:** implica la evaluación de las intervenciones en las cuales se miden los cambios de conducta de los consumidores.

Proyecto Prevención y Tratamiento de la Obesidad Infantil en las Escuelas Básicas de Chile.

En el año 2002, la empresa Tresmontes Lucchetti, en conjunto con el INTA, el Ministerio de Educación, ChileDeportes y el MINSAL, desarrollaron un programa piloto en la comuna de Casablanca para reducir la obesidad y el sobrepeso en los escolares, basándose en el Modelo de Control de la Obesidad Infantil, consistente en mejorar los hábitos alimenticios y de actividad física a partir de acciones simples que en la familia y la escuela se pueda realizar, recibiendo capacitación y estímulos permanentes.

El programa en Casablanca se implementó en dos ámbitos: nutrición, aplicando la metodología “Educación y Nutrición en Escuelas Básicas” (desarrollado por el INTA y la FAO) en el que se hicieron charlas educativas en distintos niveles escolares, se prepararon diarios murales y pirámides alimenticias, se realizaron concursos y eventos masivos centrados en el tema de la alimentación saludable; y actividad física, utilizando el modelo “Programa Desafío Chileno para una Vida Activa” (del Ministerio de Educación y de Salud a través de Vida Chile), para lo que se capacitó a los profesores del ramo y se proveyó a las escuelas del material necesario, se aumentaron al doble el número de horas semanales de actividad física, se implementaron “recreos activos” y organizaron actividades masivas con la familia como cicletadas y caminatas.

Al comienzo del programa, en Marzo del 2002, había un 21,6% de alumnos hombres y un 19,4% de mujeres con obesidad. En Noviembre del 2003, este porcentaje cayó a un 11,3% y 9,6% respectivamente, es decir, un 50%.

Este proyecto fue apoyado por la organización Acción RSE, que promueve la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en Chile (74), impulsa en conjunto con el sector empresarial el proyecto “NutriRSE”, un proyecto asociativo de empresas, coherente con la visión de RSE, en el marco de una alianza Público – Privado –

Académico, con el objetivo de “Coordinar y potenciar las iniciativas del sector privado para combatir el problema país de la obesidad y sedentarismo, a través de un proyecto común de intervenciones en la comunidad y dentro de las empresas, de gran alcance geográfico y nacional” (91)⁴³. Esto mediante dos tipos de proyectos: aquellos que promueven la vida sana y activa de los chilenos y otros de intervención directa para la reducción de la obesidad, tanto para los trabajadores como para la comunidad. Para esto se unen empresas en este proyecto global, coordinadas por Acción RSE con metas y estrategias comunes, a través del Consejo NutriRSE los ejecutivos a cargo de los programas comparten buenas prácticas junto a académicos y al sector público para potenciar la inversión social⁴⁴. La meta es cubrir en el primer período al 25% de las comunas, duplicar el número de personas intervenidas y aumentar el monto total de inversión social por parte de las empresas.

Posteriormente, dado el éxito de esta iniciativa, se realizó una Guía para el desarrollo de intervenciones en alimentación, nutrición y actividad física en escuelas de Chile (92), en ella se sistematizó la metodología utilizada, para su réplica, y los elementos críticos existentes en el sistema escolar que deben ser considerados al implementar este tipo de iniciativas.

La Implementación de la Intervención considera:

1. Sensibilización y compromiso del municipio y del SEREMI de Educación Regional.
2. Compromiso de los Establecimientos a intervenir (Directores, Jefes de UTP, Profesores).
3. Diseño de la intervención: número de escuelas a participar, niños que serán objeto de la intervención (de 1º a 7º básico), definir las actividades en alimentación y actividad física, determinar el personal necesario, calcular el monto de financiamiento.
4. Obtención del financiamiento, que se sugiere sea compartido entre el municipio y las empresas privadas de la comuna (en el marco de RSE).
5. Lograr el apoyo de los padres y apoderados, explicándoles las características del programa.

⁴³ Acción RSE, 2006. “NutriRSE. Empresas por un Chile sano y activo”.

⁴⁴ Ver: www.accionrse.cl

6. Intervención en Alimentación/Nutrición, que incluye:
 - a. El implementar el Programa “Educación en Nutrición para Escolares de Educación Básica” desarrollado por el INTA y la FAO.
 - b. La capacitación de los profesores y aquellos interesados, a cargo de nutricionistas.
 - c. La implementación de kioscos saludables (iniciativa de Vida Chile).
 - d. Colaciones Saludables que deben ser fomentadas por los profesores
7. Intervención en Actividad Física, que incluye:
 - a. Capacitación práctica de profesores de primer ciclo de educación básica por profesores de educación física.
 - b. Cumplimiento del programa de educación física.
 - c. Utilización y dotación de implementación deportiva mínima para el desarrollo de diversas actividades favoreciendo la motivación de los alumnos y la generación de clases de calidad.
 - d. Cumplimiento y adecuada distribución de las horas asignadas a las clases de educación física.
 - e. Aumento del tiempo destinado a las clases de educación física y mejoría de su calidad.
 - f. Recreos activos
 - g. Participación de padres y apoderados en la práctica de actividad física.

En cuanto a la recolección de datos, digitación, análisis y difusión se propone:

1. Establecer una línea base por nutricionistas y profesores de educación básica al inicio y final del primer año, de una muestra representativa de los escolares que serán intervenidos.
2. Medición del estado nutricional (peso y talla).
3. Mediciones de consumo de alimentos seleccionados para evaluar el impacto del programa de educación en nutrición; y mediciones sobre actividad física.
4. Digitación, procesamiento y análisis de los datos y mediciones realizadas.
5. Evaluación del primer año y evaluación final de la intervención.
6. Publicación de los datos.

Los puntos críticos que se deben considerar en el diseño e implementación de estas iniciativas, vinculados al contexto donde se va a actuar, se considera primordial la actitud y apoyo de las autoridades comunales y del colegio, la posibilidad real de capacitar a los profesores y encargados de efectuar la intervención, la motivación de ellos (siendo muy importante que la intervención se integre en el marco de mejoramiento de la educación y que no se perciba como un proyecto externo), el interés y apoyo de los padres y asegurar que existan las condiciones de infraestructura física en la escuela. Dentro de los factores externos que pueden afectar el éxito del programa se identifican lugares cercanos a la escuela que vendan productos poco saludables, un ambiente familiar poco receptivo para promover la actividad física y la alimentación saludable, profesores que no practican lo que predicán y un horario escolar inflexible.

En cuanto a los factores críticos vinculados a la intervención alimentaria – nutricional, se menciona la falta de un equipo adecuado para establecer la línea de base, la disponibilidad de material educativo, la capacidad y disposición de modificar la alimentación del niño en la escuela y el hogar, la dificultad económica para acceder a alimentos saludables y la presencia y severidad de la obesidad en profesores y padres. En cuanto a la actividad física, la adecuación de espacios para cumplir con el programa, así como la facilitación de los implementos, la asignación de tiempos para las clases, el apoyo a nivel familiar en cuanto a limitar el tiempo frente al televisor o computador y la seguridad de los espacios públicos disponibles para realizar actividad física.

Programa Karelia del Norte, Finlandia

El presente programa implementado en Finlandia es considerado como uno de los hitos en cuanto al combate contra la obesidad por sus buenos resultados, que han impactado de manera muy positiva en la población. Sin embargo, es importante tener presente que Finlandia es un país desarrollado con una población muy reducida (basado en (93)).

Karelia del Norte es una provincia rural de Finlandia con 180.000 habitantes, escasos recursos económicos y un difícil acceso a los servicios públicos; la actividad

principal era la producción de lácteos. A principios de 1970 mostraba una de las tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) de 700/100.000 habitantes, la más alta del mundo. Los datos indicaban que la dieta era el principal factor de riesgo, basada en un alto consumo de grasas saturadas y sal, además de una baja ingesta de grasas insaturadas, frutas y verduras.

Por petición de la comunidad y los sectores académicos, el gobierno municipal decidió implementar un programa de prevención de ECV, desarrollando una política de nutrición y alimentación basada en la comunidad, para generar cambios en los hábitos de la población.

La intervención incluyó una serie de actividades que se fortalecieron con nuevos conocimientos epidemiológicos, médicos y teorías del comportamiento social. Contó con una masiva campaña en los medios de comunicación que permitió reforzar las guías alimentarias entregadas a la comunidad. Se trabajó de cerca con los servicios de salud (especialmente los de atención primaria), con educación, ONG's, supermercados, industrias alimenticias (de lácteos, procesadores de carne y panaderías) que colaboraron en reducir y modificar el contenido de grasa y sal en las comidas, líderes de la comunidad y la prensa local.

La participación comunitaria y personal de los habitantes de Karelia del Norte fue la clave para el desarrollo y éxito de las actividades.

Después de 5 años, obteniendo resultados positivos, el programa se extendió a nivel nacional, incorporando educación nutricional, cooperación de las industrias alimenticias y también acción legislativa. Los servicios de salud fueron los responsables, junto con las escuelas, colegios, organizaciones voluntarias y ONG's.

El Instituto Nacional de Salud Pública de Finlandia ha sido capaz de continuar el proyecto y mantener sus logros a través de dos métodos: encuestas representativas de factores de riesgo cada 5 años; y encuestas locales sobre hábitos saludables cada 2 años en Karelia del Norte desde 1972 y cada 1 año a nivel nacional desde 1978.

Los cambios en la dieta en Karelia y toda Finlandia han sido significativo, disminuyendo el consumo de pan y mantequilla, entre 1970 y 1998 de un 60% a un 5%, debido en parte a un aumento en la producción de margarina y de pan bajo en grasas. El consumo de leche entera bajó de 44% a 9% en hombres y de 35% a 4% en mujeres entre 1978 y 1998. En 1970 la leche semidescremada se convirtió en la leche

estándar utilizada en las instituciones educacionales, manteniendo esta tendencia al 2002 siendo la leche más consumida por hombres y niños. Por otro lado, la leche descremada paso a ser la leche preferida por mujeres y niñas. Entre 1972 y 1997 el uso de aceite vegetal aumentó desde 1-2% a 34%, siendo esta diferencia aún más en las zonas urbanas. El consumo de grasas saturadas disminuyó de un 21% a un 14% entre 1972 y 1999, mientras que el consumo de grasas poli-insaturadas aumentó desde 3,5% a 5% durante ese periodo. La ingesta de sal disminuyó lentamente de 15 g diarios a 9 g en los últimos años (ver (74), Pekka Puska).

Esto ha provocado una reducción en los niveles de colesterol de la población y del la presión diastólica. Así, entre 1971 y 1995 la tasa de mortalidad por enfermedades cardiacas de origen isquémico disminuyo 73% en Karelia del Norte y 65% en toda Finlandia. Se ha estimado que sobre el 75% del descenso de esta tasa de mortalidad es explicada por cambios en los factores de riesgo de tipo alimenticio.

La voluntad política generada por el apoyo popular permitió realizar acciones como una reforma agraria para promover el cambio de producción de productos lácteos hacia una plantación de berries, inexistentes hasta ese momento, de raps y la consiguiente producción de aceite de canola, se reguló la adición de sal en sopas y salsas en productos comerciales, contando con la activa colaboración de la industria alimenticia.

A pesar de las diferencias entre un país como Finlandia y Chile, es importante tener en cuenta esta experiencia ya que su éxito radica en el haber incorporado a todos los actores de la sociedad: el estado, las industrias, la sociedad civil, los medios de comunicación, el mundo de la salud y los políticos, aunando voluntades para combatir un problema que afecta a todos, y que fue desde la propia comunidad que surgió la necesidad y exigencia de hacer algo para solucionarlo.

5º Capítulo

CONCLUSIONES y algunas consideraciones en torno al tema

A lo largo de la presente tesis se ha dado cuenta, en un primer lugar, del marco conceptual teórico necesario para comprender el fenómeno de la obesidad, considerada como una enfermedad y un factor de riesgo para otras muchas enfermedades. Luego se analizan los factores y aspectos que la determinan y afectan, directa o indirectamente, y el impacto que ésta está teniendo en la salud de las personas y en la sociedad, desde la perspectiva sanitaria, social y económica, para terminar desarrollando cuáles son las directrices que se han dado desde los Organismos Internacionales y aquellas políticas y programas que se han implementado en Chile.

Esto para responder a la pregunta de cómo se ven reflejados esos factores y aspectos en las políticas sanitarias diseñadas e implementadas, considerando el contexto histórico, social y cultural en el que se enmarcan. En relación a las tres hipótesis planteadas en la Introducción de esta tesis, llegamos a las conclusiones que se plantean a continuación, así como otras consideraciones que se quieren exponer.

Primera hipótesis:

“Hay aspectos sociales y culturales que sobrepasan el ámbito de acción del Estado y la Sociedad Civil”.

Esta hipótesis se corrobora. Temas como la globalización: cultural, económica y de los medios de comunicación; el culto al cuerpo, la medicalización y mercantilización de la salud, el lucro de las industrias de la belleza y otras relacionadas, el consumismo, la crisis económica y alimentaria mundial. Todas ellas afectan a Chile y su población, sin que el Estado o la Sociedad Civil puedan tener una mayor ingerencia sobre ello. En ciertos casos se podrían implementar medidas para mitigar sus efectos más dañinos, pero son temas de tal dimensión que se hace difícil, sino imposible actuar sobre ellos, incluso si existiera la voluntad política para hacerlo.

Segunda hipótesis:

“Hay aspectos relacionados con el problema de la obesidad que trascienden el ámbito de las políticas públicas del sector salud, requiriendo de la participación de otros sectores del Estado y organizaciones sociales”.

Esta hipótesis se corrobora. Aspectos como los urbanísticos, la educación en las escuelas, el tipo, condiciones y horario de trabajo, las imágenes de cuerpo, que se exponen en los medios de comunicación, la regulación de precio de los alimentos, etc., que no pertenecen al ámbito de acción sanitaria, siendo responsabilidad y ámbito de otras entidades como el Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Agricultura, Servicio Nacional del Consumidor, entre otros: estos pudieran llevar a cabo acciones que permitan normar y regular estos aspectos, considerando su impacto en la obesidad y la salud de las personas. Por otro lado, son la sociedad civil y sus organizaciones sociales las que deben asumir un rol protagónico, participando en la creación de programas y en el exigir al Estado determinadas condiciones para el apoyo de actividades que fomenten y promuevan la salud.

Tercera hipótesis:

“En la obesidad inciden una multiplicidad de factores socioculturales que no son suficientemente considerados en el diseño de las políticas públicas”.

Esta hipótesis se corrobora, ya que se han visto una serie de aspectos que inciden en la alimentación y actividad física de las personas, como el tipo de trabajo, la inserción de la mujer en el mercado laboral, el tiempo disponible y a qué lo dedican, la publicidad tanto de alimentos poco saludables como de “belleza” y estilos de vida, entre otros factores que no se ven suficientemente reflejados en las políticas que son de público conocimiento y que afectan la efectividad de las intervenciones.

Consideraciones para el diseño de estrategias

El ámbito de lo público trasciende claramente el ámbito de la intervención del Estado y de las políticas gubernamentales, una tendencia que se está imponiendo cada vez con más fuerza. Sin negar la importancia del rol del Estado en el diseño y la formulación de las políticas públicas, la participación de los otros actores de la

sociedad, la sociedad civil y el sector privado, son decisivos para sus impactos y su efectividad.

En cuanto a las políticas públicas que se han analizado en esta investigación y otras experiencias internacionales (que no se han incluido en esta tesis por sobrepasar los objetivos de la misma) se pueden realizar las siguientes consideraciones orientada a aumentar la efectividad de las estrategias para combatir la obesidad:

El rol del Estado:

Es importante que las políticas se basen en alianzas estratégicas con todos los sectores involucrados, por ejemplo a través de Comisiones o Consejos Interministeriales, que se traduzca en planes específicos, con tiempos, objetivos y metas definidos. Para contar con políticas coherentes entre los distintos sectores del Estado (agricultura, deportes, vivienda, salud, trabajo, educación, comercio, investigación) y así avanzar en el control de las ENT y los factores de riesgo asociados, asegurando que lleguen a los sectores más vulnerables y a los grupos de mayor impacto como son los niños. Por otro lado, es importante que éstas se asocien a un marco legislativo (leyes, decretos y reglamentos específicos), marcando la prioridad política del gobierno. Por ejemplo, una de las acciones que se pueden llevar a cabo por parte del Estado es la de gravar con impuestos más altos aquellos alimentos que sean menos saludables (con alto contenido de grasas o sodio entre otros) y aplicar exenciones fiscales a aquellos más sanos y que son considerados 'protectores' como la fruta, la verdura, los pescados, y promover así su consumo.

Estos planes debieran considerar el implementarse en múltiples espacios, tales como los colegios y otros recintos educacionales, los lugares de trabajo y los servicios de salud para lograr el impacto esperado en todas estas esferas.

A esto se debe sumar la importancia de que en el diseño de las políticas, se diferencie a los distintos grupos de la población, como son los niños (considerados los más vulnerables y cuya prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado significativamente en los últimos años, por lo que es importante protegerlos, tanto de la publicidad de alimentos insanos y brindarles una adecuada educación nutricional en las escuelas – que involucre también a los apoderados -, como de fomentar la actividad física), las mujeres (en la importancia de una alimentación sana para ellas y sus hijos,

en volver a su peso pre concepcional, en facilidades para la realización de ejercicio, entre otras medidas), y a hombres y mujeres adultos (en proveerles toda la información necesaria para que tomen una decisión que apoye su salud) ya que el enfoque para cada uno debe ser distinto.

Un aspecto positivo que es importante considerar y potenciar en estas políticas es el sistema de información y registro con el que cuenta el Estado, que apoya fuertemente el diagnóstico, diseño, evaluación y seguimiento de los programas que se implementen, tanto por datos del MINSAL y el INE, como de otros organismos. Por otro lado, los avances sanitarios que se han logrado en el siglo XX y lo que va del XXI son muy notables, aunque sigue quedando muchísimo por hacer, pero en relación al resto de la región, Chile muestra indicadores de salud y cobertura muy buenos. Cabe en este sentido resaltar el resultado que han tenido las campañas que se han llevado a cabo para concientizar a la población en determinados aspectos que impactan en la salud por ejemplo el cólera, las campañas de vacunación, entre otras, cuyo positivo resultado lleva a pensar que es posible superar o al menos mitigar, el problema de la obesidad mediante la concientización y la educación de la población.

En estas acciones el rol del Estado es insustituible, tanto desde el punto de vista rector y regulador, como también de articulador de otros sectores. Sin embargo en este punto hay un debate importante de mencionar que dice relación con hasta qué punto es responsabilidad, o más bien derecho, del Estado el involucrarse y determinar cómo la población debe vivir. Detrás de la 'batalla' que se da con la industria alimenticia no sólo hay una defensa de los intereses comerciales de estas, sino un debate sobre los límites de la intervención del Estado en diversos ámbitos de la vida de las personas, acusándosele a veces de un exceso de paternalismo e intervencionismo.

Las responsabilidades del sector privado y de la sociedad civil;

Otro aspecto que se ha visto como un factor de éxito importante en las políticas es el de incluir y hacer partícipe a la comunidad, no sólo informándola, sino haciéndola parte de la solución, comprometiéndola y concientizándola para lograr los objetivos.

Es fundamental lograr el compromiso de los ambientes laborales (público y privado), que facilite o provea de información para que sus trabajadores se alimenten de manera más saludable y para que realicen actividad física.

De igual forma, es primordial comprometer a la industria alimenticia, sean estas productoras de alimentos o restaurantes y cadenas de comida rápida, para que elaboren productos más sanos, con una publicidad que no sea engañosa respecto de los alimentos así como un etiquetado nutricional claro y entendible. Resaltan iniciativas en Chile, como la presentada de la empresa privada (AcciónRSE – NutriRSE, relacionadas con la Responsabilidad Social Empresarial) que han tenido un éxito considerable en las escuelas en que se ha implementado su programa, lo que prueba la capacidad y alcance que tiene la empresa privada cuando se compromete con una causa que es común, no sólo a ellos y su beneficio, sino a un problema país. Sin embargo, es importante recalcar el rol del Estado en regular y normar esta industria.

A su vez la sociedad civil a través de sus organizaciones sociales tendrán que hacer valer sus derechos como consumidores, solicitando una adecuada información y rechazando los productos que atentan contra su salud.

Algunas reflexiones finales:

Finalmente quiero, en forma muy resumida, para no exceder el marco de esta tesis, mencionar algunos aspectos y hacer unas reflexiones que parecen relevantes para la comprensión de una temática muy amplia.

Así, entre otras, cabe preguntarse, si corresponde al Estado el decidir lo que la gente hace con su cuerpo y su salud o si es su obligación dar toda la información necesaria para que los ciudadanos decidan en consecuencia por sí mismos. ¿Cuál sería el límite de la intervención del Estado en materia de estilos de vida? Aún tomando en consideración lo antes señalado, el tema de la obesidad no sólo afecta al individuo que la padece, sino también a los que lo rodean: “madres obesas crían hijos obesos” y a la sociedad en su conjunto: recursos que se destinan a tratar las consecuencias médicas de pacientes obesos pudieran tener otro destino, en enfermedades que no son prevenibles, en una situación en que las necesidades de salud son crecientes, especialmente si se destinan a mejorar la calidad de vida de las personas. Es innegable que es el Estado el que se debe hacer cargo de las decisiones ‘insanas’ que los individuos tomen, desde el punto de vista económico y sanitario, por lo que sin lugar a duda tiene algo que decir al respecto. Por otro lado, tiene la

obligación de resguardar el derecho a la salud de las personas, proveerles tratamiento y atención oportuna.

Ante este tema hay una variedad de posiciones: por un lado aquellos que van en contra de la intervención del Estado, que alegan que el rol de éste es de informar y enseñar de la mejor forma a la población para que ésta tome las decisiones “saludables” en forma libre, limitándose a normar y regular la publicidad y la industria alimenticia. Por otro lado, aquellos que defienden su intervención dicen que no se puede ser libre si la información es engañosa, las normas serían necesarias, especialmente para proteger a los menores, para garantizar su libertad al defender al consumidor frente a la manipulación de la propaganda; y en cuanto a la alimentación, el rol del Estado sería el de regular la publicidad e industria, más que el consumo.

Un ejemplo de esto y la crítica que se ha hecho es el tabaco y la enorme campaña que se ha llevado a cabo a nivel mundial para condenar su consumo y dificultarlo al máximo. Tras reunir un gran cantidad de evidencia científica irrefutable que relacionaba el cigarrillo con una gran cantidad de enfermedades, la campaña realizada se enfoca en dar a conocer estos efectos por un lado, promover los “ambientes libres de humo”, prohibir la venta a menores de edad y la publicidad dirigida a ellos, aumentar los impuestos al tabaco para desincentivar su consumo y aumentar la regulación por parte del Estado de estas iniciativas, entre otras acciones. Independiente de los resultados que se han logrado en Chile con esta campaña, ante este tema se generó en su momento este debate sobre el “derecho” del Estado de inmiscuirse en este ámbito (que no sólo afecta a los propios consumidores, sino también a los que rodean a fumadores). Hoy, creo que es innegable que estas medidas están teniendo paulatinamente un impacto positivo en la población que pocos se atreven a cuestionar.

Otros aspectos que me parece relevante mencionar que han surgido a lo largo de esta investigación son los que siguen:

La obesidad, como condición biológica, es un enorme problema que debe ser atacado no sólo por el mundo de la salud, sino también por otros que contribuyen e influyen en su génesis y desarrollo, debido al impacto que está teniendo sobre la salud de grandes poblaciones. Pero cabe preguntarse si no es, también parte de un

sobredimensionar el problema, una presión de los medios de comunicación que reparten una imagen, un canon de belleza a seguir y perseguir, tras el cual hay una enorme industria que lucra ofreciendo y haciendo “necesarios e indispensables” una serie de productos o servicios para llegar a “ser bella”, a cumplir ese patrón admirado; industria que lucra inmensamente del generar esa necesidad, principalmente en las mujeres. Este aspecto es posible de considerar en aquellos casos en que el tema del sobrepeso no alcanza a tener un impacto sobre la salud tan relevante, como estos actores pretenden convencer.

La obesidad es una enfermedad, a la vez que un factor de riesgo para una serie de otras enfermedades; pero también es una construcción social, en cuanto se construye, de cierta forma, en el imaginario colectivo un “deber ser” que poco tiene que ver con nuestra naturaleza y evolución, tanto en “años de edad” como en la historia. Modificando concepciones y nociones sobre el aspecto de las personas, sus estilos de vida, hábitos y maneras de enfrentarse ante su propio cuerpo.

En esto entra también la consideración de la obesidad como un aspecto dentro de la medicalización de la vida, de el transformar aspectos de la vida cotidiana en un problema de salud que requiere de atención y cuidado médico, para lo que también hay una amplia industria que ofrece tratamientos, unos más radicales que otros, para llegar no sólo a un buen estado de salud, sino “sobrepasar la normalidad para acercarse a la belleza y perfección”. “En síntesis, hay que organizar la sociedad de manera de integrar “las anormalidades” impidiendo la tendencia a definir las siempre como enfermedad, con las consecuentes discriminaciones y agravamientos, como ha ocurrido tantas veces con las internaciones en el manicomio. La tendencia a la integración es tanto más practicable cuando la sociedad es menos competitiva. Si se convierte en norma de vida la competencia despiadada por cualquier medio, se tenderá inevitablemente a aceptar en el trabajo, en la escuela, en la colectividad, sólo a los individuos dotados de cualidades particulares; se llegará a estrechar el cerco alrededor de las personas consideradas como anormales, y arrinconadas así en el callejón sin salida de la internación forzada y del abandono” (2 pág. 69).

Otro tema tiene relación con la perspectiva de género. La obesidad es un problema biológico que afecta por igual a hombres y mujeres, sin embargo, en lo social, afecta mucho más a mujeres que a hombres, siendo la presión sobre ellas

mucho mayor por mantener un cuerpo esbelto y tonificado, verse eternamente joven y jovial, con una enorme gama de productos estéticos que pueden hacer que la mujer pase largas horas del día ‘preparándose’, ‘arreglándose’, ‘cuidándose’, ‘ejercitándose’, etc... sumado a la presión y dificultades que se encuentra en un mundo laboral en donde le ha costado armarse su espacio y sigue sufriendo discriminaciones y exclusiones importantes, y además, ser una súper madre y súper esposa, en lo que se habla como la segunda o tercera jornada laboral de la mujer.

Por último, los cambios sociales afectan de manera diferenciada a la población, según nivel socioeconómico, educación, ruralidad, género, etc. así también el problema de la obesidad, sus factores determinantes y el contexto en el que se da. Uno de los puntos principales, desarrollados en el tercer capítulo de esta tesis, dice relación con el estilo de vida, con opciones de vida saludable, con decisiones individuales. Pero, ¿hasta qué punto son una “opción”, una decisión y una responsabilidad individual? Parte del estilo de vida que se lleva actualmente se debe a las exigencias y limitaciones que éste impone, en cuanto a ingreso en primer lugar, donde se puede constatar que la alimentación “sana” es en muchos casos más cara y menos saciadora, así como también menos ‘apetecible’, como también un aspecto cultural importante, en donde se han perdido muchas de las tradiciones en la cocina, debido no sólo a la globalización y masificación de productos elaborados, sino también a este “estilo de vida”, en donde la mujer ha dejado de ser exclusivamente “para” la casa y el cuidado de los niños, y entra al mundo laboral y su vorágine; donde se exige la abundancia “que no se note pobreza” y por otro lado, el tiempo, que ya no hay en demasía para dedicarle a la cocina y a la preparación de alimentos.

Así, uno de los requisitos fundamentales hoy de la comida es su “facilidad” y “rapidez”, con mucho sabor, independiente de sus componentes o de donde venga ese sabor (saborizantes, sal, grasas, colorantes, excipientes, y otros elementos); el tiempo también para realizar actividad física, con largas jornadas laborales, mucho tiempo en el transporte entre el trabajo y la casa, que agota, y al llegar a casa otra cantidad de cosas por hacer, para dejar poco tiempo a la recreación, el ocio y el dormir.

SIGLAS

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria en Salud
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
BM	Banco Mundial
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe, ONU
CINDI	Programa Nacional Integrado de Intervención contra ENT
CONAR	Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria
DPAS	Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EEPS	Establecimientos Educativos Promotores de la Salud
EGO	Estrategia Global contra la Obesidad - Chile
EINCV	Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital
ENOA	Etiquetado Nutricional Obligatorio de Alimentos
ENT	Enfermedades No Transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
GNUD	Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo
IMC	Índice de Masa Corporal
MINEDUC	Ministerio de Educación de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile

MLE	Modelo de Libre Elección
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo, ONU
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Objetivos Sanitarios de Chile 2000 - 2010
PKN	Programa Karelía del Norte
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
RSE	Responsabilidad Social Empresarial
TBC	Tuberculosis
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Bibliografía

1. **Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar.** *Metodología de la Investigación. Cuarta Edición.* México : McGraw Hill, 2006. 970-10-5753-8.
2. **Berlinguer, Giovanni.** *La Enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo.* Buenos Aires, Argentina : Lugar Editorial, 1994. ISBN 950-9129-86-0.
3. **Contreras, Jesús.** La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Medicina Información.* [En línea] 2002. [Citado el: 12 de Septiembre de 2008.] <http://es.salut.conecta.it/pdf/planell.pdf>.
4. **Bongers, Wolfgang.** Literatura, cultura, enfermedad. Una introducción. [aut. libro] Wolfgang y Olbrich, Tanja (comps.) Bongers. *Literatura, cultura, enfermedad.* Buenos Aires, Argentina : Paidós, 2006.
5. **Dr. Battistella, Gabriel.** Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud (CEDSS). [En línea] [Citado el: 23 de Abril de 2008.] www.cedss.com.ar/trabajos/aps/El_proceso_salud_enfermedad.pdf.
6. **Ponte Mittelbrunn, Carlos.** CPR: Centro del Profesorado y de Recursos de Avilés. *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente.* [En línea] CPR, 2007. [Citado el: 12 de Octubre de 2008.] www.cpraviles.com/proyectos/REDES/articulos/C._PONTE._Conceptos_de_la_salud.doc.
7. **Giddens, Anthony.** *Sociología, Tercera Edición Revisada.* Madrid, España : Alianza, 2001. 84-206-8176-8.
8. **Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural. Flores-Guerrero, Rodrigo.** Santiago de Chile : Dpto. de Antropología. Universidad de Chile, Mayo de 2004, Revista Mad. Magister en Antropología y Desarrollo., Vol. 10. <http://www.revistamad.uchile.cl/>.
9. **OPS / OMS.** *Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok.* Washington, D.D., EUA : www.paho.org, 2006. CD4716.
10. **OMS.** *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* s.l. : Organización Mundial de la Salud, 1986. www.who.org.
11. **WHO.** *Declaración de Alma Ata.* Alma Ata, URSS : s.n., 1978.
12. **OMS.** *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy.* 1988.
13. **WHO.** *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health .* Sundsvall, Suecia : WHO, 1991.

14. —. *Declaración de Yakarta*. Yakarta, Indonesia : WHO, 1997.
15. **OMS**. *Declaración Ministerial para la promoción de la Salud. 5° Conferencia para la Promoción de la Salud*. México. Ciudad de México, México : WHO, 2000.
16. **WHO**. *Carta de Bangkok*. Bangkok, Tailandia : WHO, 2005.
17. **Ministerio de Salud, Chile**. *Medición y monitoreo de las desigualdades intercomunales en Salud - Chile 2005*. Santiago de Chile : MINSAL, 2006. Propiedad Intelectual N° 156921.
18. **Ministerio de Salud; OPS; FONASA**. *Seminario: Equidad y Eficiencia en la toma de decisiones en salud*. Santiago de Chile : Ministerio de Salud, Abril 1998.
19. **Ministerio de Salud**. *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Evaluación Objetivo III: Disminuir las desigualdades en Salud*. Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2006.
20. **Larrañaga, Osvaldo**. *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*. Santiago de Chile : CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo n°49, 1997.
21. *Fundamentos de una política de salud que integra el principio de equidad*. **Montoya-Aguilar, C**. Santiago de Chile : Cuad Med Soc, 1997, Vols. 38 (1): 31-39.
22. **Illich, Ivan**. *Némesis Médica*. México D.F : Joaquín Mortiz, 1978. en: <http://www.ivanillich.org.mx>.
23. *Medicalisation: a medical nemesis*. **McLellan, Faith**. 9562, New York : The Lancet, 2007, Vol. 369. doi:10.1016/S0140-6736(08)61345-8.
24. *Medicalisation in the 21st century: Introduction*. **Metzl, Jonathan y Herzig, Rebecca**. 9562, New York : The Lancet, 2007, Vol. 369. doi:10.1016/S0140-6736(07)60317-1.
25. *Medical Nemesis*. **Illich, Ivan**. 7863, New York : The Lancet, 1974, Vol. 1. PMID: 4133432.
26. *Nemesis, Sisyphus, and a contribution from the medical humanities to health research*. **Edwards, RHT**. 928, North Wales, UK : J Epidemiology Community Health, 2003, Vol. 57. doi:10.1136/jech.57.12.928.
27. *Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia*. **Echeverri, Oscar**. (3), Revista Panamericana de Salud Pública, OPS : PAHO, 2008, Vol. 24.
28. **Moynihan, Ray y Cassels, Alan**. Comerciantes de enfermedades. [aut. libro] Sección de artículos de Le Monde Diplomatique. *Mediacamentos: ¿Derecho o Mercancía? Salud y*

comercio, laboratorios, patentes farmacéuticas y multinacionales... Santiago de Chile : Editorial Aun Creemos en los sueños, 2006.

29. **García Canclini, Nestor.** La globalización: ¿productora de culturas híbridas? *Instituto de Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Actas del III Congreso Latinoamericano de la Asociación Internacional para el estudio de la música popular (IASPM).* [En línea] Agosto de 2000. [Citado el: 12 de Octubre de 2008.] <http://www.hist.puc.cl/historia/iaspmla.html>.

30. *A globalização vista do norte e do sul: quais os seus mecanismos sociais?* **Giraud, Olivier.** Salvador Bahia, Brasil : CRH, set./dez. 2007, Caderno CRH, Nº 51, Vol. 20, págs. 389-399. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-49792007000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. ISSN: 0103-4979.

31. **Beck, Ulrich.** *Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización.* España : Paidós, 1998. ISBN: 84-493-0528-4.

32. **CEPAL.** *Globalización y Desarrollo.* Santiago de Chile : CEPAL, 2002. LC/G.2157(SES.29/3).

33. *Globalización Cultural y Antropología.* **Mantecón, Ana Rosas.** Iztapalapa, México : Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Departamento de Antropología, 1993, Revista Alteridades Nº5, págs. 79-91. http://uam-antropologia.info/web/component/option,com_docman/Itemid,26/. ISBN: 0188-7017.

34. **Gayà, Catalina y Rizo, Marta.** "Hay que reconocer la diferencia y ver qué se puede hacer con ella" Entrevista a Néstor García Canclini. *Instituto de Comunicación de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Portal de la Comunicación.* [En línea] 16 de Marzo de 2001. [Citado el: 14 de Octubre de 2008.] www.portalcomunicacion.com/esp/pdf/aab_ent/canclini.pdf.

35. **Flores Olea, Víctor y Mariña Flores, Abelardo.** *Crítica de la globalidad. Dominación y liberación en nuestro tiempo.* México : Fondo de Cultura Económica, 1999. ISBN: 968-16-5994-5.

36. *El canon de belleza a través de la Historia: un método de descripción de personas para alumnos de E/LE.* **Pérez Parejo, Ramón.** Madrid : Universidad Complutense de Madrid, Espéculo, Revista de Estudios Literarios, 2006, Vol. número 34. <http://www.ucm.es/info/especulo/numero34/canonbe.html>.

37. **Mc Phail Fanger, Elsie.** Razon y Palabra. [En línea] Enero Febrero 2002. <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n25/emcphail.html>.

38. **Berger, John.** *Ways of seeing.* Londres : BBC and Penguin Books, 1972. 0 563 122447.

39. **Elgueda, Pamela.** Encuesta Nacional Bicentenario UC-Adimark. *El Mercurio*. Domingo 26 de Octubre, 2008, Vol. A, 26.
40. **Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.** [En línea] [Citado el: 12 de Octubre de 2008.] <http://www.cirplastica.cl/informacionGeneral.html>.
41. **Oliveira Malvar, Mercedes.** El cuerpo como campo de batalla. Reflexiones sobre la corporalidad femenina. en: *Encuentro Anual SARE "Congreso Internacional: Niñas son, mujeres serán*. San Sebastián, España : SARE, 8 y 9 de Noviembre. 2005. <http://www.sare-emakunde.com>.
42. **Devís Devís, José.** *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona : INDE, 2007. 84-95114-09-7.
43. **Lipovetski, Gilles.** *El Imperio de lo Efímero*. Barcelona : Anagrama, 2004. 978-84-339-1328-9.
44. —. *La Felicidad Paradójica*. Barcelona : Anagrama, 2007. 978-84-339-6266-9.
45. **Moulian, Tomás.** *El consumo me consume*. Santiago de Chile : LOM, 1998. 956-282-080-6.
46. **Bourdieu, Pierre.** *La Distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid, España : Alfaguara, 1988. ISBN 2-7073-0275-9.
47. **Lipovetski, Gilles.** *La Era del Vacío*. Barcelona : Anagrama, 2003. 978-84-339-675-8.
48. Actores Sociales. *La posmodernidad no existe. "La modernidad aún no ha muerto": Lipovetski*. [En línea] 20 de Agosto de 2007. [Citado el: 20 de Octubre de 2008.] <http://actores-sociales.blogspot.com/2007/08/noticia-la-posmodernidad-no-existe.html>.
49. **Olavarría, José.** Feminidad, cuerpo y género. Una mirada desde la sociología. [aut. libro] Universidad de Chile. Facultad de Medicina. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Temas y controversias*. Santiago de Chile : Universidad de Chile, 2007, Vols. Año 3, Volumen 3, Nº 4.
50. **OMS.** *OMS, 53ª Asamblea Mundial de la Salud. "Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Informe de la Directora General"*. 2002. www.who.org.
51. **OPS.** *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington DC, EEUU : Publicación Científica 576, 2000.
52. **WHO Europe.** *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary*. Copenhagen, Denmark : WHO, 2007. ISBN 978 92 890 1407 6.
53. **WHO.** World Health Organization. [En línea] <http://www.who.org>.

54. **FAO & WHO.** *Fruit and Vegetables for health. Report of a Joint FAO/WHO Workshop.* Kobe, Japan. : WHO, 2004. ISBN 92 4 159281 8.
55. **OMS.** *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.* s.l. : OMS, 2004. Octava Sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 - Comisión A, tercer informe..
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.
56. —. *Informe sobre la salud en el mundo 2002.* Ginebra : OMS, 2002.
57. **OPS, DPC/ENT.** *Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS). Plan de ejecución en América Latina y el Caribe 2006-2007.* Washington DC : OMS, 2006. DPC/NUT/001-06.
58. **Arriagada, Irma, Aranda, Verónica y Miranda, Francisca.** *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas.* Santiago de Chile : CEPAL, Serie Políticas Sociales, 2005.
59. *La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales.* **Bersh, Sonia.** 4, s.l. : Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006, Vol. XXXV.
60. *Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un actor y espectador.* **Monckeberg B, Fernando.** Santiago de Chile : s.n., 2003, Revista Chilena de Nutrición, vol.30 supl. 1 (ISSN 0717-7518), págs. 160-176.
61. *Leche materna: gran protectora.* **Madariaga, Ivonne Muñoz.** Santiago de Chile : Revista Nutrición XXI, INTA, Dic 1999 - Ene 2000, Vol. 2.
62. **Ministerio de Salud.** Ministerio de Salud Chile. [En línea] <http://www.minsal.cl>.
63. **CEPAL.** *Panorama Social de América Latina 2007.* Santiago de Chile : CEPAL, 2007. LC/G.2351 - P/E.
64. **Consejo Nacional de Televisión (CNTV); Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI); McCann Erickson.** *Pre-Escolares 0 - 5 Toons Chilenos.* Santiago de Chile : CNTV, 2007.
65. **Observatorio Social, Universidad Alberto Hurtado para Chiledeportes.** *Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte en la población chilena de 18 años y más. Informe Final.* Santiago de Chile : s.n., 2007. Licitación Pública n° 808-301-LP01 (Chilecompra).
66. **Dirección de Deportes y Actividad Física, Universidad de Chile para Chiledeportes.** *La mujer sedentaria en relación a la práctica física y deportiva en Chile. Informe Ejecutivo.* Santiago de Chile : s.n., 2006. Código de Proyecto IND: 0515120518.

67. **NHS London Healthy Urban Development Unit.** *Watch Out For Health, Planning Checklist.* London : NHS - HUDU, 2007.
http://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/pages/checklist_for_health/intro_checklist_for_health.htm.
68. **Local Government Comission, California.** Local Government Comission, California. *Why people don't walk and what coty planner can do about it.* [En línea] [Citado el: 20 de Mayo de 2008.] http://www.lgc.org/freepub/land_use/factsheets/plan_to_walk.html.
69. **Center for Disease Control and Prevention (CDC), ACES.** . *How land use and transportations Systems Impact Public Health: A literature review of the relationship between physical activity and built form. Working Paper #1.* USA : CDC - Georgia Institute of Technology, 2000.
http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/health_professionals/active_environments/aces.htm.
70. **Montezuma, Ricardo.** Promoting active lifestyles and healthy urban spaces: the cultural and spatial transformation of Bogotá, Colombia. [aut. libro] OPS-OMS. *Promoting active lifestyles and Healthy Urban Spaces, Scientific Publication 162.* s.l. : OPS-OMS, 2005.
71. **PUC, DICTUC y SECTRA, Gobierno de Chile.** *Encuesta Origen Destino de Viajes .* Santiago de Chile : s.n., 2001.
72. **Grupo de Expertos, MTT.** *Informe Final: Diagnóstico, análisis y recomendaciones sobre el desarrollo del transporte público en Santiago.* Santiago de Chile : Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, Marzo, 2008.
73. **Montecino, Sonia.** *La olla deleitosa. Cocinas mestizas de Chile.* Santiago de Chile : Catalonia, 2007. ISBN 956-8303-31-6.
74. **Cumbre Nutrición y Salud Chile.** Cumbre Nutrición y Salud Chile 2008. Valparaíso, Chile : s.n., Marzo de 2008. Presentaciones powerpoint de expositores.
75. **Comisión de Salud del Senado.** *Informe de la Comisión de Salud, recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad.* Valparaiso : s.n., 2008. Boletín N° 4.921-11.
76. **Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.** Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [En línea] 2006. <http://www.bcn.cl>.
77. **WHO.** *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series N°894.* Geneva : WHO, 2000. ISBN 92 4 120894 5.

78. **Naciones Unidas.** *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2005. LC/G.2331-P.
79. **OMS.** *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación.* Ginebra, Suiza : Organización Mundial de la Salud, 2006. ISBN 92 4 359454 0.
80. —. *La Iniciativa CARMEN.* La Habana : OMS, 2003. www.who.org.
81. **Ministerio de Salud.** *1° Encuesta Nacional de Salud.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2003.
82. **Ministerio de Salud; INE.** *Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2002.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2002.
83. **Ministerio de Salud.** *Objetivos Sanitarios para la década 2000 - 2010.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2002.
84. **Drago, Marcelo.** *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos.* Santiago de Chile : CEPAL, Serie Políticas Sociales, 2006. ISBN 92-1-322915-1.
85. **Ministerio de Salud.** *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Estado de Avance en los objetivos de impacto y desarrollo. Capítulo II: Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2008.
86. —. *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Estado de Avance en los objetivos de impacto.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2006.
87. **Ministerio de Salud, Chile.** *Avances de EGO - Chile.* Santiago de Chile : MINSAL, 2008.
88. **Ministerio de Salud.** *Estrategia Global contra la Obesidad. EGO. Chile. Propuesta de trabajo.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2006.
89. —. *Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la prevención de obesidad y otras Enfermedades Crónicas No Transmisibles.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2004.
90. **OMS; FAO.** *Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional.* s.l. : OMS, 2005.
91. **Acción RSE.** *NutriRSE. Empresas por un Chile sano y activo.* Santiago de Chile : <http://www.accionrse.cl/app01/home/accChile.html>, 2006.

92. **Kain, Juliana, y otros.** *Prevención de la obesidad infantil: Guía para el desarrollo de intervenciones en alimentación, nutrición y actividad física en escuelas básicas de Chile.* Santiago, Chile : INTA; Universidad de Chile; Tresmontes-Lucchetti; Vida Chile.
93. **Académicos PUC.** *Propuesta de modificaciones regulatorias que tengan evidencias en apoyo a la disminución de la obesidad.* Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile : s.n., 2007. Estudio realizado para el Ministerio de Salud según Términos de Referencia Adquisición No. 757-574-COO6.
94. **Ministerio de Salud.** *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Estado de Avance en los objetivos de impacto y desarrollo. Capítulo I: Mejorar los logros sanitarios alcanzados.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2008.
95. —. *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2006.
96. —. *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Evaluación Objetivo III: Disminuir las desigualdades en salud. Desigualdades Geográficas de los Años de Vida Potencial Perdidos.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2006.
97. —. *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Evaluación Objetivo IV: Proveer Servicios acordes a las expectativas de la población.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud, 2006.
98. **Bezanson, Keith.** "International Development on the Eve of the Third Millennium" Keynote address to IV Pan American Congress on Health Sciences Information, San Jose, Costa Rica 1998. [aut. libro] Abel Packer y Elenice de Castro. *Virtual Health Library.* Sao Paulo, Brazil : BIREME/PAHO/WHO/HDP, 1998.

ANEXO 1: Avances en los Objetivos Sanitarios de Chile

La meta del primer OSC es “mejorar los logros sanitarios alcanzados” en materia de salud infantil, salud de la mujer y enfermedades infecciosas. En el primero, hay un grado de avance importante en muchas de las metas (mortalidad infantil, en algunos objetivos asociados a anomalías congénitas, cobertura de enfermedades que fueron incorporadas en las GES, disminución de la prevalencia de cáncer en menores de 15 años) (94); para el caso de otros objetivos, no hay mediciones ni información para evaluar el avance, por lo que se propone definir metas cuantitativas para el 2010. Un avance importante es la incorporación de un módulo infantil en la “II Encuesta de calidad de vida y salud 2006” (95) para conocer las preferencias y datos relevantes para el desarrollo en menores de 15 años, así como la prevalencia de enfermedades.

Los siguientes cuadros presentan los antecedentes por Objetivo y Programa:

Primer Objetivo: “mejorar los logros sanitarios alcanzados”

Salud de la Mujer	
Indicadores	<ul style="list-style-type: none">• Reducción mortalidad materna en un 26%• Disminución brecha fecundidad deseada y la real• 84% de avance en la reducción del embarazo adolescente• Reducción mortalidad relacionada con aborto a tasa de 0,2• En otros objetivos no hay información y no hay datos confiables del sector privado.
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">• Se propone adecuar los servicios a los adolescentes con enfoque de género• Es necesario establecer metas cuantitativas para medir el avance de los OSC. Hay nuevas patologías de la mujer incluidas en el GES.

Enfermedades Infecciosas	
Indicadores	<ul style="list-style-type: none">• Reducción de la tasa de Tuberculosis• Ausencia de casos de: Malaria, Chagas, Cólera, Rabia Humana (hay brote de Dengue en Isla de Pascua en el 2007)

Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • importante establecer metas cuantitativas en Hantavirus y rubeola congénita • Se mantiene la cobertura de vacunación contra el polio, difteria, tétanos y sarampión (sobre el 95%)

Segundo Objetivo: “Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad”

Tabaquismo
Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Se ha estancado el consumo de tabaco en la población en general en torno al 42%, se ha reducido el consumo en escolares de 8° básico y ha aumentado en mujeres en edad fértil • Hay avance parcial en lograr ambiente libres de humo en establecimientos de salud, educación, administración pública y centros de afluencia de público • Se ha ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS en el 2005 y se modificó la ley del tabaco (aunque se retiró el proyecto de ley para aumentar los impuestos sobre el tabaco) • se ha desarrollado parcialmente una campaña comunicacional

Obesidad
Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • se mantiene la prevalencia de obesidad en preescolares • aumenta la obesidad en escolares de 1° básico • en las embarazadas se mantiene en torno a un 32% • se hicieron modificaciones al Reglamento Sanitario de Alimentos • se han desarrollado campañas comunicacionales desde el 2000 a nivel comunal, regional y nacional • 28% de reducción de la prevalencia de sedentarismo en mayores de 15 años • Se ha trabajado en la recuperación de espacios públicos y actividades comunitarias para una vida sana y se ha fomentado la actividad física en los lugares de trabajo, generando alianzas con el sector privado empresarial
Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • una serie de metas no fueron cuantificadas (incorporación de programas de tratamiento de la obesidad, de alimentación sana y vida activa en escolares y embarazadas ni en regulación en el control de alimentos y campañas comunicacionales) • la meta para implementar programas de actividad física Vida Chile no fue cuantificada, pero se han realizado intervenciones en más de 400 escuelas a través de la estrategia de Establecimientos Educacionales Promotores de la Salud (EEPS), beneficiando a aproximadamente 700.000 estudiantes, en conjunto con el MINEDUC, JUNAEB, JUNJI e Integra

Conducta Sexual
Indicadores
orientados a reducir el embarazo no planificado en adolescentes

<ul style="list-style-type: none"> • avance parcial en bajar la fecundidad en mujeres de 15 a 19 años; sin avance en menores de 14, y sin información en cuanto a retrasar la edad de inicio de actividad sexual en menores de 15 <p>aumentar la prevalencia de conductas sexuales seguras</p> <ul style="list-style-type: none"> • se han visto avances en el uso de condón
--

Condiciones ambientales	
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • mejora en la cobertura de agua potable en áreas rurales alcanzando el 99,1% en el 2003 • retroceso leve en la disposición sanitaria de residuos sólidos urbanos
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • no hay cuantificación en la contaminación atmosférica

Condiciones laborales	
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • sin disminución en la morbilidad laboral
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • no se concretan modificaciones legales para disminuir la inequidad existente en la protección de los trabajadores

Determinantes psicosociales	
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • aumento en el número de organizaciones sociales del Programa Salud con la Gente (de 1.537 en el 2001 a 3.891 en 2004), • se avanzó con la Ley 19.937 que constituye el Consejo Asesor de la Autoridad Sanitaria Regional, de carácter consultivo, destinado a fortalecer el trabajo de ciudadanía, así como la implementación de consejos consultivos en hospitales Nivel 1 y 2.
Otros	
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiovascular: avances parciales (16) • Cáncer: descenso en la mortalidad; ingreso a GES; sin información sobre cobertura • Enf. Mentales: sin información sobre depresión; la mortalidad por suicidios aumentó, el abuso de drogas y alcohol en mayores de 12 años se ha mantenido estable; se incluye esquizofrenia primer episodio en GES; se aumentan los RRHH calificados en salud mental dentro del sector público. • Enf. Respiratorias: baja la mortalidad con aumento de la cobertura vacuna contra la influenza • Accidente e tránsito: aumenta la mortalidad por esta causa • Diabetes Mellitus: aumenta la mortalidad por esta causa • VIH/SIDA: disminuye en un 32% la mortalidad por esta causa con aumento al 100% de cobertura de tratamiento antirretroviral; incorporado al GES

Tercer Objetivo: “disminuir las desigualdades en salud”

Mortalidad Infantil según nivel educacional de la madre
La meta era disminuir en un 10% la brecha existente entre aquellas con mayor educación y menor (19). Aunque la tasa de mortalidad infantil ha descendido en el trienio 1998-2000 a 2001-2003 de un 9,9 a un 8,2 confirmando un mejoramiento sostenido de los indicadores globales que dan cuenta de la situación de salud de la población en Chile; la brecha entre madres con hasta 3 años de estudios y aquellas con 13 años y más ha aumentado en un 15%, pasando de 2,6 en el primer trienio a 3,0 en el segundo (19).
Mortalidad infantil por grupo de causas
(anomalías congénitas, perinatales, enfermedades respiratorias e infecciosas, traumatismos, y causas mal definidas u otras) también varían de acuerdo al NSE, con una mayor tendencia en los niveles más bajos de escolaridad de la madre en aquellas causas que son catalogadas como “evitables” o reducibles. En este caso, para los trienios analizados, en el riesgo relativo (compara niños fallecidos de madres con hasta 3 años de estudio versus hijos de madres con 13 y más años de estudio) se observa un aumento importante en todas las causas, menos una disminución en el caso de traumatismos (19). El análisis de las causas específicas de muerte, en la población general, muestra grandes diferencias por nivel educacional, habiendo aumentado el riesgo relativo en la mayoría de ellas en los trienios analizados.
Percepción de estado de salud
La encuesta CASEN 2003 muestra que el 60% de la población declara tener un buen estado de salud, habiendo diferencias en esta percepción según sexo, edad, tipo de seguro y nivel de escolaridad e ingresos. El 73% muestra estar conforme con el acceso a los servicios y la percepción de necesidad. La no satisfacción se refiere a problemas económicos, en menor medida a falta de acceso y rechazo de la atención en el sistema de salud (19).
Población indígena
muestra un avance mucho menor en los indicadores de bienestar que el resto de la población, por lo que constituye un grupo prioritario para las políticas sociales, que deben realizarse en un marco sociocultural satisfactorio y aceptable para ellos (19)
Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)
Usado para medir mortalidad evitable, es usado para medir las inequidades en salud. Esta ha disminuido en Chile en un 36% entre 1999 y el 2003, siendo diferente esta evaluación en cada región, aumentando la brecha comunal discretamente (la meta fijada en el OSC para el 2010 es de “Disminuir en un 30% la brecha de AVPP entre comunas”), lo que significa un retroceso en el objetivo fijado (96).

Cuarto Objetivo: “proveer servicios acordes a las expectativas de la población”

Financiamiento
<ul style="list-style-type: none"> • se llega a la conclusión de que no existe información homogénea para evaluar el pago directo de salud, y en cuanto a aumentar la progresividad, el objetivo es ambiguo y confuso, por lo que tampoco se pudo evaluar. • Han aumentado considerablemente los afiliados a Fonasa, así como su financiamiento, tanto por cotización como por copagos. Conjuntamente ha disminuido la cantidad de afiliados a ISAPRES, principalmente en los sectores con rentas más bajas. • Mencionan la importancia de reconsiderar la política de financiamiento de FONASA,

ya que se hace cargo de la salud de los ciudadanos con mayores niveles de vulnerabilidad sanitaria y menores ingresos. “Los gastos en salud de los hogares del quintil V son equivalentes a 40 veces el gasto de los hogares del quintil I” (97 pág. 31).

Satisfacer las expectativas legítimas de la población

- los antecedentes recogidos por el MINSAL “permiten pensar que el sistema de salud se encuentra frente a un usuario más activo en relación al ejercicio de sus derechos ciudadanos, permeado por las normas del mercado, aspiracionista y atento a que sus expectativas en salud sean satisfechas”. Así, para asumir los cambios y nuevas exigencias de los usuarios, es importante “redefinir el vínculo entre las personas y el sector, promover el ejercicio pleno de los derechos y las responsabilidades de las personas en salud y relevar las dimensiones significativas en materia de satisfacción usuaria [...] incorporar las dimensiones de satisfacción usuaria a la formación académica de los profesionales médicos y paramédicos y técnicos [...] instalar una mesa técnica” (97 pág. 80).
- para asumir estos desafíos se recomienda convocar a distintos actores que colaboren en el análisis y discusión de los datos existentes, así como revisar y discutir los lineamientos para el levantamiento de nueva información, con un instrumento único de medición.
- Otro aspecto importante es comunicar los resultados de estas evaluaciones a los equipos de salud, como brindar apoyo técnico y asesorías para profundizar en aquellos aspectos que se consideren relevantes.
- es importante que el sector avance en un sistema de recepción, registro, gestión y respuesta a los reclamos, sugerencias y solicitudes de los usuarios con un equipo calificado y recursos apropiados que permita el seguimiento de cada caso, así como instalar un mecanismo de consulta ciudadana en temas que afecten a la población. Sería importante incorporar en las prácticas sectoriales instrumentos de protección de los derechos, como el consentimiento informado entre otros.
- Por último, en el ámbito de la participación social, es importante instalar procesos de rendición de cuentas con participación ciudadana y fortalecer las instancias regulares para asegurar su participación en el diseño e implementación de políticas, evaluación y control de la gestión, presupuestos participativos sectoriales y generar acuerdos de trabajo colaborativo o complementario en las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.