

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 10.	 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias	
Michelle Sadler	
 CAPÍTULO 11.	 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos	
Báltica Cabieses	
 AUTORAS Y AUTORES	 285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

PARTE 1.

EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 1.

POLÍTICAS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN CHILE: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Fernando Vio y Cecilia Albala

Antecedentes Históricos

En Chile, el primer dato de mortalidad infantil que se conoce es de 1904 y era de 350 fallecidos por cada mil niños nacidos vivos antes del primer año de vida. Es decir, por cada mil niños que nacían, un tercio se moría antes de llegar al año de vida, principalmente por diarreas y bronconeumonías, con una altísima prevalencia de desnutrición. Los que sobrevivían se veían enfrentados a enfermedades infecciosas que no tenían tratamiento, como eran el coqueluche, difteria, sarampión, varicela, poliomielitis, junto a otras enfermedades que hoy son comunes y se tratan rápidamente, como son las amigdalitis agudas, fiebre tifoidea, apendicitis aguda seguida de peritonitis que terminaba con el mortal “cólico miserere”, para seguir con la tuberculosis que diezma a niños y adolescentes hasta la edad adulta.

Por todo lo anterior, la expectativa de vida en los inicios del siglo XX no era más de 30 años, lo cual se diferenciaba poco de la esperanza de vida del hombre prehistórico. En esa época, más del 70% de la población era rural y las condiciones sanitarias de agua potable y alcantarillado, de vivienda, acceso a la educación y salud, eran pésimas.

Todo esto se agravó con la crisis económica de los años 30, que afectó nuestra principal fuente de ingreso que era el salitre, lo cual hizo que los cambios socioeconómicos se aceleraran, iniciándose la migración de la población que vivía en las minas del salitre a las ciudades, creándose cordones de pobreza extrema alrededor de ellas, con un aumento paralelo de la migración campo-ciudad en búsqueda de mejores oportunidades, lo que llevó a una urbanización creciente y precoz de la sociedad chilena. Según el censo de 1970, al 75% de la población vivía en zonas urbanas antes de 1970. Esto significó, por ejemplo, que disminuyera la duración de la lactancia materna y el número de madres que lactaban en forma exclusiva a sus hijos por la necesidad de las mujeres de buscar el sustento diario.

Ante esa realidad, se crearon una serie de organizaciones de caridad como la Gota de Leche y la Sociedad Protectora de la Infancia, y otras apoyadas por el Estado para dar respuesta a los problemas crecientes, especialmente de los más pobres. En 1925 se establece la Ley del Seguro Social, copiando las leyes implementadas por el Canciller Bismarck en la Alemania en el siglo XIX, que daba atención a los hijos de asegurados hasta el año de edad y en 1938 el Dr. Eduardo Cruz Coke crea la Ley Madre Niño que extiende la atención a embarazadas y niños menores de dos años, incluyendo la entrega de leche que ya venía realizando la Gota de Leche desde los años 20 (González, 1980).

Desde esa época se reconoce la importancia que tenía la alimentación como factor protector de la salud de las personas, en un contexto de carencias nutricionales, como lo señaló el Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Dr. Salvador Allende en 1939 en su libro “La Realidad Médico Social Chilena” (Allende, 1999):

“La grave deficiencia del aporte calórico repercute en la capacidad del esfuerzo muscular. Sin embargo, dentro de ciertos límites, el organismo puede adaptarse a la falta de energía calórica en cantidad suficiente, desarrollando menos trabajo.

La insuficiencia de alimentos protectores es más importante porque el organismo no dispone de ningún mecanismo de adaptación y su necesidad es absoluta.

Se ha comprobado que cuando el salario es escaso, el primer rubro afectado dentro de la alimentación es la compra de alimentos protectores. La carencia a largo plazo de alimentos de esta naturaleza repercute en las estructuras fundamentales del organismo”.

Durante la década del 40 se produce una expansión de cobertura en educación bajo los gobiernos radicales con el lema de “gobernar es educar” y se extiende la atención médica y la entrega de leche en consultorios y postas de salud (Mardones et al., 1986).

Hitos más importantes desde la década del 40 en adelante

- En 1948 se promulga la Ley que crea el Colegio Médico de Chile (Ley 9.263), al cual se le entregó la potestad de fiscalización del ejercicio profesional (sólo podían trabajar quienes estuvieran inscritos en sus registros), con el propósito de estimular el trabajo médico funcionario en el sistema público.

- En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), que juntó en una sola institución de salud los hospitales existentes dependientes del Estado, de los municipios, de instituciones de caridad y otras como la Gota de Leche. La atención de salud se organizó desde lo preventivo hasta lo curativo, lo cual fue un gran avance al iniciar políticas integrales para enfrentar los problemas materno-infantiles y de enfermedades infecciosas desde la prevención, cuyos resultados se vieron tres o cuatro décadas más tarde.
- En 1954 se da vida formalmente al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), iniciándose la entrega de alimentos a través de los servicios de salud, con el requisito previo del control obligatorio de la embarazada a través del control maternal y del niño con el control de niño sano en consultorios y centros de salud, que fueron instalándose progresivamente en las grandes ciudades.
- En 1960 se inicia la política de los Médicos Generales de Zona que lleva por primera vez la atención médica a lugares apartados del país donde no existía ningún tipo de atención, creándose hospitales y postas rurales en todo el territorio nacional que permitieron enfrentar las urgencias de las bronconeumonías y diarreas en niños, lo que significó el inicio de la disminución de la mortalidad infantil en Chile.
- En 1970, con el Gobierno de la Unidad Popular, se le da un gran impulso a la construcción, habilitación y funcionamiento de consultorios con equipos de profesionales de la salud, creándose una red en las poblaciones marginales de las ciudades, especialmente en la Región Metropolitana de Santiago.
- Una política importante realizada de 1970 en adelante fue la salida de los profesionales de salud de los hospitales para atender la creciente demanda en los consultorios y en la comunidad. Es así como médicos, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, tecnólogos médicos, comenzaron a atender parte de su horario y horario completo en consultorios desconcentrando la atención hospitalaria hacia la comunidad.
- Durante ese período se crearon Consejos Locales Paritarios de Salud en cada uno de los consultorios y hospitales, integrados por la mitad de sus integrantes con funcionarios de la salud y la otra mitad con representantes de la comunidad. Estos Consejos Locales se reunían periódicamente para supervisar y coordinar las atenciones de salud, las campañas como las “diarreas estivales” y vacunación y velar por el buen funcionamiento de los programas preventivos y curativos. Los Consejos Locales se organizaban en un Consejo Zonal de Salud por cada Zona del país, constituyendo una organización territorial importante para las políticas de salud. Esta experiencia, única en América Latina, dejó de funcionar con el golpe militar de septiembre de 1973, pero la organización de la población en torno a los consultorios o centros de

salud se mantuvo, lo que permitió en gran medida que los programas materno-infantil y de alimentación complementaria se mantuvieran en los años siguientes.

Disminución de la mortalidad infantil y materna

En 1960 la mortalidad infantil era todavía de 120 niños menores de un año que morían por cada mil nacidos vivos, principalmente por diarreas, bronconeumonías, desnutrición y enfermedades infecciosas. La mortalidad materna era de 3 por mil nacidos vivos, es decir, más de tres madres morían durante el embarazo, parto o puerperio por cada mil niños que nacían vivos. Esto se producía por problemas en el parto (hemorragias, infecciones y eclampsia) mayoritariamente atendidos en las casas y luego progresivamente en maternidades, pero muy especialmente por abortos sépticos realizados en forma clandestina en condiciones muy insalubres. A mediados de los años 70 se produjo el libre acceso de las personas a métodos anticonceptivos en consultorios, principalmente píldoras y dispositivos intrauterinos o DIU, con el objeto de prevenir el aborto que diezmaba a las mujeres, especialmente de nivel socioeconómico bajo.

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

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

Gracias a un intenso programa iniciado por el Banco Interamericano de Desarrollo en la década del 60, se dotó de agua potable y alcantarillado a la gran mayoría de las ciudades del país y localidades rurales. Esto, junto al incremento de cobertura de los controles de salud preventivos y a la atención médica en consultorios y hospitales, más los programas alimentarios, inició la reducción de la altísima tasa de mortalidad infantil, que en 1960 era 120 por mil nacidos vivos, a 20 en 1985 y a 7,8 el año 2002, cifra que se ha mantenido hasta el presente.

Erradicación de la desnutrición

Paralelo a la disminución de la mortalidad infantil se produjo la reducción hasta la erradicación de la desnutrición a fines de la década del 90. Los datos de desnutrición recolectados mediante encuestas mostraban que más de un tercio de los niños tenían algún tipo de desnutrición en la década del 60, lo cual se correlacionaba bien con las altísimas tasas de mortalidad infantil (Vio & Albala, 2000).

La acción conjunta de Prevención Primaria, consistente en la entrega universal de alimentos a través del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) con educación en los controles de salud; más la Prevención Secundaria que consistía en la entrega de más alimentos, con mayor frecuencia de controles a niños con riesgo de desnutrir o desnutrición leve (PNAC focalizado), y la Prevención Terciaria con la rehabilitación de los desnutridos moderados o severos en centros CONIN (Monckeberg, 2020; Mardones, 2003), llevó a la erradicación de la desnutrición en un período inferior a dos décadas entre los años 70 y 90, en una situación económica, social y política muy adversa, con dos crisis económicas (1974-1977 y 1982-1986) que golpearon fuertemente a los sectores más vulnerables.

En la crisis de 1982-1986 el Producto Interno Bruto cayó un 12% el año 1982 y volvió a caer un 2% el año siguiente, con una desocupación cercana al 50% del mundo laboral, lo que obligó al gobierno a crear los Programas de Empleo Mínimo (PEM) y Programa Ocupacional de Jefes de Hogar (POJH) que eran empleos muy básicos de limpieza de calles, arreglo de jardines y otros, con un salario mensual equivalente a 50 dólares. Estos programas daban ocupación a la mitad de los desocupados, quedando un 25% con desocupación abierta. En estas condiciones la alimentación de los sectores más afectados consistía fundamentalmente en pan, té con azúcar, fideos, arroz y ocasionalmente legumbres.

En esta crisis económica, el rol de los Programas de Alimentación Complementaria o PNAC fue fundamental. El año 1982 se disminuyó el presupuesto del PNAC en un 30% por la crisis, pero inmediatamente la desnutrición, medida por el Registro Mensual Consolidado (RMC) con el indicador Peso/Edad referencia SEMPÉ comenzó a aumentar de 8,2% a 9,2% en los inicios de 1983. Con estos datos, se inició una fuerte campaña de abogacía por parte de profesionales y académicos de la salud, que permitió restituir el financiamiento y mejorar aún más los Programas Alimentarios, evitando así el incremento de la desnutrición en el país como consecuencia de la crisis económica.

El porcentaje de niños desnutridos de 6 años, según el RMC (indicador Peso/Edad, referencia SEMPÉ y menos 1 Desviación Estándar como punto de corte) que informaba mensualmente de cuánto era la desnutrición de los niños que acudían a los consultorios, mostraba que en 1975 la desnutrición era de un 15,5%. Antes de 20 años, en 1993, la desnutrición total llegó a un 5,3%, con un mínimo de desnutrición moderada y prácticamente la eliminación de la desnutrición severa. Entonces, se consideró que este problema estaba erradicado y la desnutrición se dejó de evaluar porque no se justificaba continuar midiéndola (MINSAL, 2010), cuando al mismo tiempo había aumentado en forma explosiva la obesidad infantil.

Envejecimiento en Chile

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial producido, entre otras cosas, por los importantes avances en materias nutricionales y alimentarias durante el ciclo de vida de las personas, principalmente en edades tempranas, junto a notables avances en prevención y cuidado de la salud a partir de las investigaciones científicas y desarrollos tecnológicos en el siglo XX, junto a un mejor estándar de vida.

Hace cinco o seis décadas la expectativa de vida era entre 50 y 60 años. Nuestros ancestros fallecían alrededor de esa edad y eran excepcionales los abuelos o abuelas longevos, mayores de 80 años. Hoy día las expectativas de vida están alrededor de los 80 años y aumenta la población de adultos mayores, la mayor parte de los cuales continúan activos, siendo un aporte muy relevante para nuestra sociedad.

En Chile, la expectativa de vida al nacer en el año 1900 se estimaba en 23,6 años para las mujeres y 23,5 años para los hombres, la cual se ha incrementado para el periodo 2015-2020 a 82,1 mujeres y 77,3 en los hombres. Estos cambios en la esperanza de vida al nacer están condicionados fuertemente por la disminución de la mortalidad general y en particular por el descenso de la mortalidad infantil, especialmente la ocurrida desde 1970, en que era de 82,2 por mil nacidos vivos, hasta la actualidad que es de 7 por mil nacidos vivos.

Esto produce un cambio en la estructura de edad de la población por grupos de edad.

En 1990, sólo el 5,9% de la población tenía 65 años o más, pero en el año 2010, ese porcentaje alcanzó 9,4%. Los mayores de 85 años pasaron de 69.250 en 1990 a 201.791 en 2011, casi un 200% de aumento en 20 años. En la actualidad el porcentaje de mayores de 65 años es de un 11,9%, es

decir, de 2.274.804 personas y se estima que en 2050 esta cifra alcanzará al prácticamente la cuarta parte de la población total del país.

El envejecimiento acelerado y la baja en la natalidad significan que cada vez hay menos población infantil respecto de la población mayor. El índice de envejecimiento (proporción de mayores de 65 respecto de la población de 0-14 años), muestra que en 1990 había 20 personas mayores de 65 años por cada 100 niños; en 2020 son 61 y se estima que en 2030 existirán 102 personas mayores de 65 por cada 100 niños de 0 a 14 años.

Los problemas de salud asociados con el envejecimiento involucran importantes desigualdades socioeconómicas, de género y dependiendo del área de residencia. Entre 1990 y 2020 la esperanza de vida al nacer (EVN) aumentó 72,7 a 80,2 años, con importantes diferencias de género que se traducen en que las mujeres, aunque como en todo el mundo, viven más que los hombres, lo hacen en peores condiciones de salud, ya que la proporción de esperanza de vida saludable (EVS), es decir, sin discapacidad, es menor que la de los hombres. Por otra parte, la mayor parte de las patologías crónicas que afectan a las personas mayores lo hacen en mayor proporción en los niveles socioeconómicos más bajos y en aquellos viviendo en zonas rurales, que a su vez son aquellos con menor nivel de educación. Es así como tanto la EVN como la EVS son mayores mientras mayor es el nivel socioeconómico y educacional, lo que es especialmente relevante en lo referente a salud mental, como es el caso de la depresión con una prevalencia de 39% en mayores de 60 años y la demencia cuyos valores fluctúan entre 25,2% en personas mayores con menos de 5 años de educación formal y 1,2% en aquellos con educación superior.

La disminución de la brecha entre expectativa de vida total y expectativa de vida saludable es posible a través de mejoría en la educación, estilos de vida saludable y participación social, sumado a un cuidado de la salud integrado y centrado en la persona. La discriminación y aislamiento de los adultos mayores aumentarán sus problemas de salud mental, discapacidad y dependencia, si no son enfrentadas proactivamente por la sociedad en su conjunto.

Incremento de la obesidad

Desafortunadamente y en forma paralela a la disminución de la desnutrición, desde la recuperación económica del año 1987 en adelante, la obesidad que era baja en los 80, se incrementó en forma explosiva en los 90. Al disminuir la desocupación y aumentar el ingreso, las personas de nivel socioeconómico medio y bajo incrementaron el consumo masivo

de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, en especial de alimentos procesados. A esto se agregó la llegada de cadenas de comida rápida que implantaron en Chile el modelo de “dieta occidental” o “Western diet” que cambió los hábitos de muchos países en el mundo, como fueron los Latinoamericanos, China y la ex Unión Soviética, que en pocos años dejaron de alimentarse de acuerdo con sus hábitos ancestrales y comenzaron a hacerlo con los nuevos patrones provenientes del modelo norteamericano (Albala et al., 2002).

A esto hay que agregar el trabajo de la mujer fuera del hogar, lo que disminuyó el tiempo para cocinar, junto al cambio demográfico por el acceso universal a métodos anticonceptivos, disminuyendo la natalidad a tal extremo que muchas familias de nivel socioeconómico bajo decidieron tener un solo hijo con el objeto de poder educarlo para llegar a la Universidad, considerado el único camino posible de ascenso social y económico. Por supuesto, a este hijo se le daban todas las facilidades que los padres no habían tenido en la década del 80 por las crisis económicas, en especial alimentos de la nueva dieta “occidental”, como bebidas azucaradas y alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal.

En relación a la actividad física, con el aumento del ingreso se vendieron más televisores y vehículos, de forma tan explosiva, que en la encuesta CASEN de 1994 se sacó la tenencia de televisor como indicador socioeconómico, por no discriminar entre los diferentes niveles.

Simultáneamente, se prolongó la jornada laboral hasta un promedio de 10 horas diarias de permanencia en el trabajo en la Región Metropolitana, con baja productividad. Si agregamos un tiempo de traslado al hogar de entre 1 y 3 horas diarias, no quedaba tiempo disponible para la vida familiar, cocinar y menos aún para hacer actividad física. Con ello aumentó el sedentarismo y se produjo la tormenta perfecta: aumento de ingesta de calorías, grasas, azúcar y sal y disminución del gasto por menor actividad física (Vio & Albala, 2000).

El primer dato nacional de obesidad en adultos se obtuvo con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003, en que la obesidad en mayores de 15 años con Índice de Masa Corporal mayor de 30 fue de 23%, aumentando a un 27% en la siguiente ENS 2009/2010 y a un 34,4% en la del 2016/2017. Este incremento ha sido paralelo con la diabetes, que aumentó de un 6% el 2003, a un 9% el 2009/2010 y a un 12 % el 2016/2017. Un dato interesante es que la obesidad es mayor en mujeres que en hombres y es casi el doble en los que tienen menos de 8 años de estudio (indicador aproximado de nivel socioeconómico) que los que tienen educación técnico-profesional o universitaria o más de 12 años de estudio (Vio & Kain, 2019).

El dato más antiguo del incremento de la obesidad infantil es del mapa nutricional del primer año básico de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) (JUNAEB, 2020) que muestra una obesidad de un 7,5% en 1987; de 14,4% en 1996, de un 19,4% el año 2006 para llegar hasta un 28% el año 2020, con un fuerte incremento de la obesidad severa.

La obesidad en adolescentes fue observada en estudios puntuales realizados entre 1986 y 1998, que mostraron cambios significativos en el grupo de 6 a 16 años de 1,6% a 14,6% en hombres y de 2,3% a 17,6% en mujeres (MINSAL, 1995). Datos más recientes del SIMCE de Educación Física 2015 señalaban un 25% de sobrepeso y 20% de obesidad en niños de octavo año básico (14 años), lo que aumentó en comparación con el año anterior 2014 (Salinas et al., 2007).

Datos de primer año medio del Mapa Nutricional de JUNAEB (JUNAEB, 2020) muestran un incremento importante de la obesidad en los últimos años, la que siempre se había mantenido baja (alrededor de un 6%). El año 2011 la obesidad en Primero Medio (quince años) era de 8,2%, el 2016 aumentó a un 13,4%, el 2019 a un 15,6% para disminuir a un 13,1% el 2020.

Los primeros datos de obesidad severa (+3 DE por sobre la mediana) los entregó el Mapa Nutricional de JUNAEB el año 2017 y revelaron que un 8,1% de los alumnos de primer año básico tenía obesidad severa (10,3% en los hombres y 5,8% en las mujeres), lo cual significa que un tercio de los niños obesos tiene problemas graves de obesidad, con alta posibilidad de tener hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemias, complicaciones osteoarticulares y problemas de salud mental. Estos datos no variaron el 2019, donde la obesidad severa fue de un 8% en pre kínder, 9% en kínder, 9% en primero básico, 4,8% en quinto básico y se incrementaron fuertemente el año 2020, medido seis meses después del inicio de la pandemia de coronavirus, con un 12% en pre kínder, 11% en kínder y 10% en primero básico (JUNAEB, 2020).

Iniciativas para frenar el incremento de la obesidad en Chile

A diferencia de lo sucedido con las políticas para erradicar la desnutrición en Chile, no ha existido una Política de Estado, consensuada, continua en el tiempo, con objetivos y metas claras, financiamiento y evaluación, para enfrentar la obesidad y solo se han realizado diversas iniciativas discontinuas y aisladas para tocar algunos puntos relacionados con algunas de las causas de la obesidad.

Antecedentes de 1990 al 2000

Al desaparecer la desnutrición como problema de salud pública a fines de los 80 y comienzo de los 90, los temas de nutrición desaparecieron de la agenda pública. Al menos de esa forma lo plantearon los gobiernos de la época, en particular el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) en el primer gobierno de la Concertación (1990-1994). Sin embargo, según los datos del Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), desde 1987 en adelante la obesidad infantil inició un incremento que no se ha detenido hasta el presente. En 1997 ya se había doblado la obesidad en primer año básico y desde el 2007 se triplicó (JUNAEB, 2020). Como consecuencia del estudio de Carga de Enfermedad 1995 (MINSAL, 1995), que demostró que el 74% de la carga de enfermedad era por enfermedades crónicas no transmisibles y solo un 11% por enfermedades materno-infantiles, infecciosas y de la nutrición, recién en 1997 se cambiaron las prioridades del Ministerio de Salud hacia las enfermedades crónicas.

El año 1998 se creó el Programa VIDA CHILE, dependiente del Ministerio de Salud, con la participación de 20 instituciones públicas y privadas, para enfrentar estas enfermedades desde la alimentación, actividad física, tabaquismo, factores psicosociales y ambientales, con un programa descentralizado con proyectos en 345 comunas del país a través de Planes Comunales de Promoción de Salud, Planes Regionales en cada región y un Plan Nacional. Para ello se capacitaron a todos los directivos de salud del país (1998), más de 100 municipios (1999) y líderes comunitarios (2000), que iniciaron un trabajo sistemático a nivel local y regional desde el 2000 en adelante (Salinas et al., 2007). Sin embargo, con la aparición del Plan AUGE el año 2005, esta iniciativa perdió prioridad, su consejo ejecutivo nunca más fue citado, y a pesar de que continuó llegando financiamiento para proyectos en Promoción de Salud a las comunas, estos no fueron supervisados ni evaluados para que lograsen tener impacto.

Como el cambio fue tan rápido, los programas alimentarios diseñados para enfrentar la desnutrición como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de JUNAEB se mantuvieron con predominio en la entrega de calorías, grasas, azúcar y sal. El PNAC inició algunos cambios como la creación del Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (Barba et al., 2008). En cambio, el PAE se comenzó a modificar solo desde el 2000 en adelante, después de denuncias públicas a la JUNAEB de que estaba “engordando a los niños”, que terminaron con la renuncia de la Directora y la exposición del tema ante el Congreso de la República.

Esto demuestra que los cambios epidemiológicos y nutricionales que se produjeron en la década del 90 no fueron tomados en cuenta por los responsables de las decisiones en políticas públicas de los gobiernos de la época, por lo cual no se diseñó ni se implementó una política de Estado para enfrentar el creciente problema de la obesidad en Chile (Salinas & Vio, 2011).

Programas del 2000 al 2010

Recién en la década del 2000 —con más de diez años de atraso— se empezó a considerar la obesidad como problema de salud pública.

Un primer proyecto fue el Casablanca (Kain et al., 2005) donde se realizó una intervención en las tres escuelas municipales de la comuna. En este estudio se demostró que el 20% de obesidad existente podía reducirse a la mitad, haciendo educación en alimentación saludable y realizando 4 horas semanales de educación física. Los resultados de este proyecto fueron entregados al Ministerio de Salud y utilizados en dos tipos de intervenciones: las 1000 escuelas del programa Estrategia Global contra la Obesidad o EGO Chile y las del programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial o NutriRSE, financiado por empresas privadas en escuelas municipales de comunas de la Región Metropolitana: Macul, Maipú, Puente Alto, Estación Central, Santiago Centro, Lo Barnechea, entre otras.

La evaluación de las 1000 escuelas de EGO-Chile no demostraron ningún impacto y las de NutriRSE tuvieron un impacto moderado que se vio interferido por la crisis económica “sub-prime” del año 2008, en que la obesidad infantil comenzó a subir desde el año 2009 en adelante por incremento del desempleo y del precio de los alimentos, que aumentó el consumo de hidratos de carbono y grasas saturadas con alto contenido calórico por su bajo costo (Kain et al., 2014).

Programas del 2010 al 2020

El programa de Estrategia Global Contra la Obesidad o EGO Chile dejó de existir al el 2010, siendo reemplazado el año 2011 por el Programa Elige Vivir Sano dependiente de la Presidencia de la República, que dio un fuerte impulso comunicacional a los temas de alimentación y actividad física como prevención de la obesidad y enfermedades crónicas. Este programa permaneció activo hasta el 2014, a pesar de la Ley 20.640 que creó el “Sistema Elige Vivir Sano” (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

El año 2013 el Consejo Nacional de Educación aprobó la asignatura de “Educación Física y Salud” (MINEDUC, 2012) que obligaba a las escuelas

municipales y particulares subvencionadas a realizar tres horas semanales de educación física y enseñar conceptos básicos de vida saludable. Sin embargo, no todas las escuelas cuentan con profesores de educación física suficientes ni existe el interés porque las clases se hagan con la calidad e intensidad necesarias, por lo cual un 40% de estas clases no se hacen y cuando se realizan, el tiempo de actividad física moderada o vigorosa es mínimo. En contradicción con esta Ley, el año 2018 el MINEDUC eliminó la obligatoriedad de las clases de Educación Física para tercero y cuarto medio, a pesar de la oposición de la comunidad científica, que no fue escuchada.

Entre el año 2014 y 2018 se implementó la Ley 20.606 o Ley del Etiquetado Nutricional (MINSAL, 2012), para poner sellos de advertencia en los alimentos con alto contenido calórico, de azúcar, grasas y sal. En dos de sus artículos, el cuarto y sexto, se refieren a las acciones que deben efectuarse al interior de las escuelas para prevención de la obesidad infantil. Sin embargo, al no existir el compromiso del MINEDUC para cumplirlas, su implementación ha sido débil con escasa supervisión y control por parte del MINSAL, encargado de hacer cumplir esta política.

El año 2016 hubo una iniciativa de parte de JUNAEB con el Plan Contra la Obesidad Estudiantil, o “Contrapeso” (JUNAEB, 2016) con 50 medidas para enfrentar la obesidad infantil en escuelas, las que se han ido implementando progresivamente, como la instalación de “salad bar” en las escuelas, restricción al 5% de azúcar de las calorías totales, compras locales con énfasis en la agricultura familiar campesina, priorizando la adquisición de frutas y verduras, equipando los comedores con pantallas de TV para presentación del menú, recreos participativos, entrega de un dispositivo de promoción de actividad física, entrega de circuitos de actividad física, por cada unidad educativa para jardines JUNJI e INTEGRA.

También existen los jardines activos del Programa Escuelas Deportivas Integrales del Ministerio del Deporte, orientados a la realización de actividad física y muchas otras medidas tendientes a promover la alimentación saludable y la actividad física en escuelas.

Conclusiones

A diferencia de lo sucedido con la desnutrición, en que hubo una Política de Estado consistente en el tiempo, con gran consenso de gobiernos de distinto signo político, en que todos estaban de acuerdo en que la desnutrición era un flagelo que se debía eliminar, con gran apoyo de grupos técnicos y de la población en su conjunto, en el caso de la obesidad

no ha existido esa política de Estado sino programas aislados e iniciativas que no han logrado controlar el problema. En la discusión de políticas públicas, la obesidad rara vez aparece como problema urgente y los gobiernos y población no lo han considerado prioritario.

Esto, a pesar del inmenso impacto que tiene en la salud pública por estar relacionada con las principales enfermedades que nos afectan, que son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la mayoría de ellas originadas y relacionadas con la obesidad, así como también los problemas de salud mental que se han incrementado en el último tiempo.

En la actual pandemia de Coronavirus se ha hecho evidente que la obesidad es un factor de riesgo importante, no solo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, sino también para las virales al haberse demostrado que el riesgo de enfermar grave o morir por Coronavirus es muchísimo mayor en personas con sobrepeso y obesidad. Una reciente publicación del Observatorio Global de la Obesidad de la OMS junto a la Universidad Johns Hopkins muestra que la mortalidad por COVID-19 es 10 veces mayor en los países que tienen al menos un 50% de adultos con sobrepeso y obesidad (Chile tiene un 74,4%).

El estudio señala que el 90% de los 2,65 millones de muertes por la pandemia (a la fecha del estudio), es decir 2,4 millones, se produjeron en países con altas prevalencias de obesidad. Para demostrarlo compararon la alta mortalidad en Estados Unidos y Gran Bretaña, ambos países con alta obesidad, con la de Japón y Corea del Sur, donde los niveles de sobrepeso y obesidad son bajos.

Por lo tanto, la obesidad no solo seguirá impactando en las principales enfermedades crónicas que nos afectan, sino también en las virales como el Coronavirus que van a coexistir por mucho tiempo con las crónicas, degenerativas y demencias.

El solo dato de un 75% de los adultos y 60% o más de nuestros niños con malnutrición por exceso, puede significar en el futuro el colapso de cualquier sistema de salud en el mundo por el aumento de las enfermedades crónicas, problemas de salud mental y enfermedades virales, sin considerar otros costos, como son sus efectos en el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños, que van a afectar su calidad de vida como adultos y adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- Albala, C., Vio, F., Kain, J., & Uauy, R. (2002). Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public Health Nutrition*, 5(1a), 123-128.
- Allende, S. (2006). La realidad médico-social chilena [1939]. *Medicina Social*, 1(3), 76-81.
- Barba, C., Jiménez, M., Pizarro, T., & Rodríguez, L. (2008). Protección social en los programas alimentarios del ministerio de salud de Chile. *Cuad Med Soc*, 48(4), 240-250.
- González Toro, N., & Infante Barros, A. (1980). Programas de alimentación complementaria del sector salud en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 89(6), dic. 1980.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). *Contrapeso: Plan Contra la Obesidad Estudiantil*. <https://www.junaeb.cl/contralaobesidad/>
- _____. (2020). *Mapa Nutricional de JUNAEB*. <https://www.sochob.cl/web1/wp-content/uploads/2021/03/Mapa-Nutricional-JUNAEB-2020-1.pdf>
- Kain, J., Orellana, Y., Leyton, B., Taibo, M., & Vio, F. (2014). Association between socioeconomic vulnerability and height with obesity in low-income Chilean children in the transition from preschool to first grade. *Ecology of food and nutrition*, 53(3), 241-255.
- Kain, J., Vio, F., Leyton, B., Cerda, R., Olivares, S., Uauy, R., & Albala, C. (2005). Estrategia de promoción de la salud en escolares de educación básica municipalizada de la comuna de Casablanca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 32(2), 126-132.
- Ley 20.670 (2013). Crea Sistema Elige Vivir Sano Ministerio de Desarrollo Social, del 31 de mayo 2013. Publicada *Diario Oficial* 31.05.2013. <http://leychile.cl/>
- Mardones S, F., González, N., Mardones R, F., Salinas, J., & Albala, C. (1986). Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el período 1937-1982. *Revista Chilena de Nutrición*, 14(3), 173-82.
- Mardones-Restat, F. (2003). Políticas de alimentación y nutrición, en los planes de salud en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 30, 195-197.
- MINEDUC (2012). Asignatura Educación Física y Salud (Decreto 433 del 19 diciembre 2012).
- MINSAL (1997). *Estudio Carga de Enfermedad 1995*. Epi Visión 1997, 18:2-5.
- _____. (2010). *Nutrición para el Desarrollo. Claves del éxito del modelo Chile*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública (2012). Ley 20.606 de Composición de Alimentos y su Publicidad del 6 de Julio 2012. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
- Monckeberg, F. (2020). *Después de superada la desnutrición es posible alcanzar el desarrollo. Experiencia Chilena 1953-2017*.
- Salinas, J. (2011). Programas de salud y nutrición sin política de estado: el caso de la promoción de salud escolar en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 100-116.
- Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F., & Soto, M. (2007). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 136-144.
- Vio, F., & Albala, C. (2000). Nutrition policy in the Chilean transition. *Public Health Nutrition*, 3(1), 49-55.
- Vio, F., & Kain, J. (2019). Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(9), 1114-1121.