

¿POR QUÉ CONTINÚA AUMENTANDO LA OBESIDAD INFANTIL EN CHILE?^a

DR. FERNANDO VÍO DEL RÍO^b
Académico Honorario

WHY CHILDHOOD OBESITY CONTINUES TO RISE IN CHILE?

Abstract

In few years, Chile went from a pre-transition situation to a post-epidemiological transition situation between 1970 and 1990. The post-transition continued from 1990 to 2000, when cancer became the first cause of death, and neurological-degenerative diseases increased. This corresponds to the fourth phase of the epidemiological transition or prolonged transition. With the appearance of the COVID-19 pandemic, the situation changes because chronic, neurological-degenerative and mental health diseases coexist with the viral diseases of COVID-19, influenza, syncytial virus in children and new varieties of viruses. This is more severe in an aging population and with an increase in obesity due to unhealthy eating and sedentary lifestyle. According to the JUNAEB Nutritional Map, childhood obesity increased from 7.5% in 1987 to 25% today. From the 25%, a third (8-9%) have severe obesity, and obesity increased the most in the 5th grade basic school and 1st grade junior school. This demonstrates a shift in obesity from young children to adolescents. The reasons for this increase are: 1) lack of awareness in the population; 2) lack of health promotion and prevention policies; 3) discontinuity of the programs and 4) multifactorial nature of obesity: genetic, gestational and post-natal, socio-economic and sociodemographic factors, urban and educational environment, time in front of screens, advertising and social networks, family life and sleep patterns. Childhood obesity must be faced in a multisectoral manner, with appropriate public policies and strengthening the public and private health system; increasing the proportion of health spending in GDP (Gross Domestic Product), with more and better training of human resources and health promotion and preventive actions.

Keywords: Child; Adolescent; Pediatric obesity; Public policy; Health promotion; Epidemiological Transition.

^a Conferencia pronunciada en Sesión Ordinaria de la Academia Chilena de Medicina, realizada el 8 de mayo de 2024.

^b Profesor titular, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile.
Email: fvio@inta.uchile.cl

Resumen

Chile pasó en pocos años de una situación de pretransición a otra de postransición epidemiológica entre 1970 y 1990. La postransición se mantuvo desde 1990 hasta el año 2000 en que los cánceres pasan a constituir la primera causa de muerte, y aumentan las enfermedades neurológicas y degenerativas. Esto corresponde a la cuarta fase de la transición epidemiológica o transición prolongada. Con la aparición de la pandemia de COVID-19, la situación cambia porque coexisten enfermedades crónicas, neurológicas-degenerativas y salud mental con las virales del COVID-19 y luego con influenza, virus sincicial en niños y nuevas variedades de virus, en una población que está envejecida y con un incremento de la obesidad por alimentación poco saludable y sedentarismo. La obesidad infantil, según el Mapa Nutricional de JUNAEB, aumentó de 7,5% en 1987 a 25% en la época actual. De ese 25%, un tercio (8-9%) tiene obesidad severa, y la obesidad aumentó más en 5° año básico y primero medio. Esto demuestra un desplazamiento de la obesidad de los niños pequeños hacia la adolescencia. Las razones de este aumento son: 1) falta de conciencia en la población; 2) falta de políticas de promoción y prevención de salud; 3) discontinuidad de los programas y 4) multifactorialidad de la obesidad: factores genéticos, gestacionales y posnatales, socioeconómicos y sociodemográficos, entorno urbano y educacional, tiempo delante de pantallas, publicidad y redes sociales, vida familiar y patrones de sueño. La obesidad infantil debe ser enfrentada en forma multisectorial, con políticas públicas adecuadas y fortaleciendo el sistema de salud público y privado; aumentando la proporción del gasto en salud del PIB (producto interno bruto), con más y mejor formación del recurso humano y acciones de promoción y prevención de salud.

Palabras clave: Niño; Adolescente; Obesidad pediátrica; Políticas Públicas; Promoción de la Salud; Transición epidemiológica.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Para poder entender la situación actual de la obesidad infantil, es necesario dar un marco de cuáles han sido los cambios epidemiológicos que ha tenido Chile en las últimas décadas. Chile tuvo una rápida transición epidemiológica desde una pretransición, con alta mortalidad infantil y materna, bajo peso al nacer y desnutrición, con presencia importante de enfermedades infectocontagiosas, a una postransición con predominio de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), accidentes y problemas de salud mental en adultos, y perinatales y congénitas en los niños.

En Chile este cambio fue muy rápido. Por ejemplo, en la década de 1970 la mortalidad infantil era mayor a 80 niños por cada mil nacidos vivos, y la materna de 3 por mil nacidos vivos, y a fines de los 80 ya había llegado a 20 por mil nacidos vivos y la materna a 20, pero por cada 100.000 nacidos vivos. Es decir, en menos de 15 años se produjeron cambios muy importantes en las causas de enfermedad y muerte en el país⁽¹⁾. Esta situación de postransición se mantuvo hasta los años 2000, cuando los cánceres pasaron a ser la primera causa de muerte por el envejecimiento acelerado de la población, superando a las cardiovasculares, y al mismo tiempo aumentaron la obesidad, diabetes y enferme-

dades neurológicas y degenerativas, como el Alzheimer y Parkinson. Esto corresponde a la cuarta fase de la transición epidemiológica o postransición prolongada, descrita por Olhansky Aulten 1986⁽²⁾.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA POSTPANDEMIA

El año 2020 aparece la pandemia de coronavirus y nuevamente se producen cambios importantes en las causas de enfermedad y muerte, pasando a ser el coronavirus la primera o segunda causa de muerte entre los años 2020 y 2022. Además, con la pandemia hubo cambios importantes en los factores de riesgo de las ECNT; por ejemplo, en la alimentación, que fue muy poco saludable, con un alto consumo de hidratos de carbono refinados (pan blanco, arroz, fideos y papas) y frituras, con bajo consumo de carnes, pescado, legumbres, frutas y verduras.

La actividad física disminuyó por el confinamiento y excesivo uso de pantallas, especialmente, en niños y adultos mayores. Los problemas de salud mental aumentaron. Con esto, aumentó de la obesidad en niños y adultos y se postergó la atención de las ECNT, lo cual produjo un incremento en su prevalencia y gravedad, aumentando en forma explosiva las listas de espera.

Junto a lo anterior, se produjo una disminución de los nacimientos que no se ha revertido hasta el presente, llegando a tener en la actualidad una Tasa de Fertilidad de 1,3 hijos por mujer en edad fértil, una de las más bajas del mundo, lo cual incide en forma importante en el envejecimiento de la población.

Además del aumento de las ECNT, problemas de salud mental, degenerativas y demencias, se agregaron las enfermedades infecciosas virales, que no desaparecen, tales como el coronavirus y sus nuevas variantes, la influenza y los nuevos virus emergentes como “Viruela del Mono” y reaparición de otros como el dengue.

Por lo tanto, se produce nuevamente una coexistencia de ECNT y degenerativas, con infecciosas virales, lo cual complejiza en extremo las políticas de salud que deben hacer frente a dos problemas epidemiológicos distintos, pero de magnitud y gravedad semejantes.

Para hacer aún más compleja la situación epidemiológica en que nos encontramos, se agregan 1.625.074 personas extranjeras residentes, más 107.223 irregulares, que provienen de otros países de América Latina que tienen realidades demográficas y epidemiológicas diferentes: son familias jóvenes, con varios niños y con enfermedades que en Chile o no existían (leishmaniosis) o estaban controladas (tuberculosis) (Tabla 1).

Tabla 1. Situación pospandemia en Chile año 2022 en adelante

Cambios demográficos	Cambios epidemiológicos	Cambios nutricionales
Disminución de los nacimientos (Tasa Fertilidad 1,3)	Coexisten ECNT, SALUD MENTAL, DEGENERATIVAS Y DEMENCIAS CON	Alimentación poco saludable y aumento del sedentarismo
Población MUY ENVEJECIDA (excepto en 1.625.074 personas extranjeras residentes más 107.223 irregulares)	ENFERMEDADES INFECCIOSAS VIRALES (Coronavirus, sus variantes, influenza y nuevos virus emergentes como Viruela del Mono y reaparición Dengue)	Incremento OBESIDAD y DIABETES CON SUS COMPLICACIONES

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

SITUACIÓN NUTRICIONAL

En lo nutricional, la situación no es mejor: la pandemia dejó secuelas importantes en la disminución de la actividad física y el aumento del tiempo frente a las pantallas, especialmente, de los niños, así como en el aumento del consumo de alimentos procesados y comida rápida, con lo cual la obesidad y diabetes han aumentado.

No tenemos datos recientes de obesidad y diabetes en los adultos, pero las últimas tres Encuestas Nacionales de Salud (2003, 2009 y 2016) muestran un incremento de la obesidad en mayores de 15 años de un 23% el 2003, a un 27,4% el año 2009 y un 34,4% en el año 2016. Si extrapolamos ese último dato al año 2024, lo más probable es que la obesidad en Chile esté por sobre el 40%, que es la cifra de obesidad que tenía Estados Unidos antes de la pandemia. En diabetes sucede un aumento paralelo al de la obesidad, con un 6,3% el año 2003, un 9,4% el año 2009 y un 12,3% el año 2016, con una proyección a este año de un 16%⁽³⁾. Si continuamos proyectando la obesidad hacia el futuro, en el año 2040 es muy posible que la obesidad en Chile esté por sobre el 50% y la diabetes arriba del 30% de la población adulta.

Obesidad infantil

En niños, tenemos datos de obesidad infantil en escolares de primer año básico desde el año 1987, medido por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en marzo de cada año a todos los niños que ingresan a primer año básico⁽⁴⁾. Estos datos muestran como la obesidad en primer año básico se duplicó entre 1987 y el año 2000, para después estabilizarse y volver a aumentar el año 2007 a un 22% y luego a un 25%

desde el año 2013 en adelante hasta la pandemia: el año 2020 fue de un 28%, el año 2021 un 35% y el año 2022 un 29%, para retornar a un 25% el año 2023 (Figura 1).

En los menores de 6 años que asisten a los controles del sistema público de salud, grupo que está concentrado hacia las edades menores a los 3 años donde la obesidad es relativamente baja, también se observa un aumento: el año 2005 era del 7,1% y al año 2017 había aumentado a un 11,7%⁽⁵⁾.

La JUNAEB, a través de su Mapa Nutricional, además de primer año básico, ha ido aumentando los cursos en que se mide la obesidad al ingresar en marzo al año escolar, a prekínder, kínder, quinto año básico y primer año medio. Si analizamos los datos de prekínder a quinto año básico, vemos un incremento de la obesidad (Figura 2).

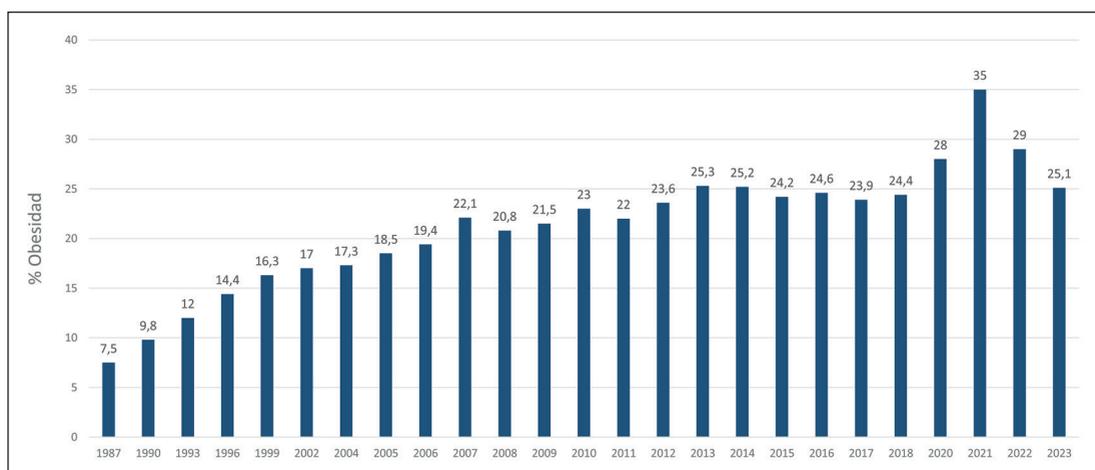


Figura 1. Prevalencia (%) de obesidad en escolares de 6 años de primer año básico 1987-2023. Mapa nutricional JUNAEB (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas).

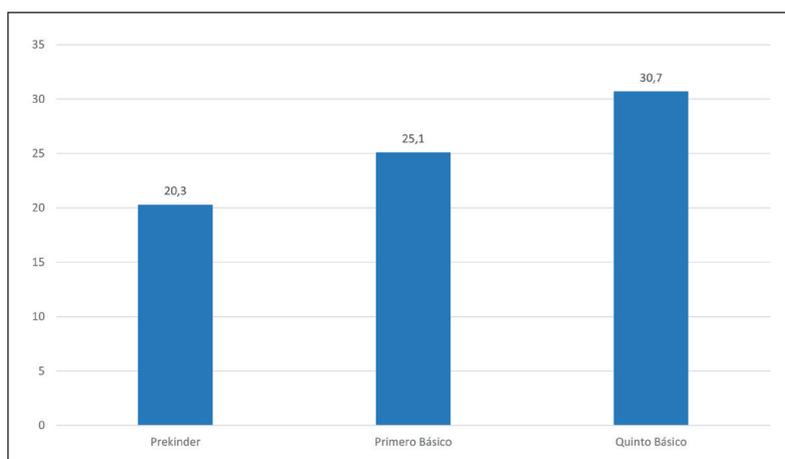


Figura 2. Cambios (%) en obesidad total por curso, año 2023. Mapa Nutricional JUNAEB.

Desde que se comenzó a medir primero medio, siempre llamaba la atención que la obesidad en este curso era muy baja, alrededor de un 6%, a diferencia de primero básico en que las cifras estaban por sobre el 20%. Esto se atribuía al incremento en talla de la adolescencia y que se expresaba a los 14 o 15 años del primer año medio. Sin embargo, entre el año 2011 y 2017 la obesidad en primero medio se duplicó, de un 8 a un 16% y desde entonces ha continuado aumentando (Figura 3). Es decir, el aumento de peso en la adolescencia es de tal magnitud, que el incremento en talla no lo compensa y la obesidad continúa su curso.

Esto se corrobora con los datos del Ministerio de Salud sobre estado nutricional de embarazadas menores de 15 años cuando ingresan a su control prenatal. El año 2008 la obesidad era de 6,75% y el 2019 se había duplicado a un 14,14%⁽⁵⁾, un alza semejante a la de primer año medio de JUNAEB.

Otro hecho interesante es la medición de la obesidad severa o mórbida, es decir, aquella que es más de 3 desviaciones estándar (DE) de la mediana. La primera medición fue el año 2017 y desde entonces es, aproximadamente, un tercio de la obesidad total. Por ejemplo, del total de niños con obesidad de primer año básico con obesidad, que es un 25,1%, un 9,1% tiene obesidad severa; en el caso de quinto básico, de un 30,7% de obesidad, un 9,1% tiene obesidad severa o mórbida.

Este dato es extremadamente grave, porque significa que en Chile habrían más de 200.000 niños con obesidad severa, los que podrían tener comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes del adulto, hiperlipidemias, problemas osteoarticulares y de salud mental. Por lo tanto, son niños que deben ser intervenidos médicamente y controlados en su peso, porque tienen una alta probabilidad de llegar a la etapa adulta siendo enfermos crónicos.

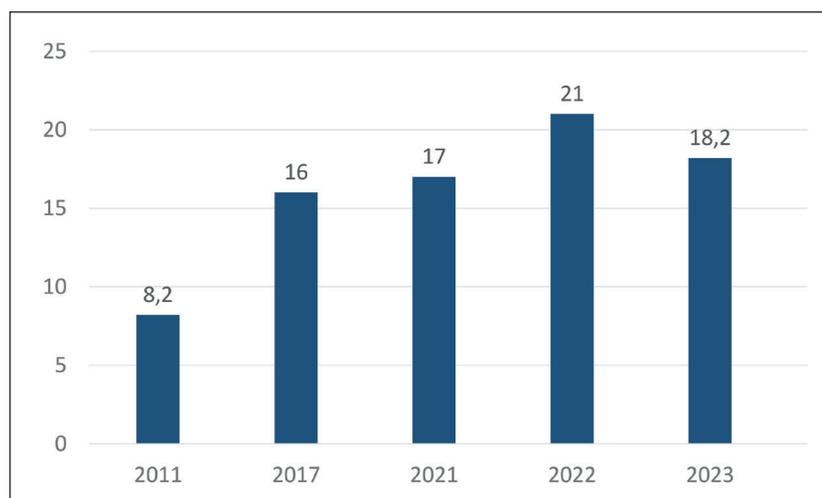


Figura 3. Prevalencia (%) de obesidad en escolares de primero medio (14 años) 2011-2023. Mapa Nutricional de JUNAEB.

Otro aspecto interesante de la obesidad infantil es su distribución geográfica: existe mayor obesidad en las regiones más australes del país, como son la X, XI y XII regiones. Se atribuye esta diferencia a que en esas regiones se hace menos actividad física y se come en forma más calórica por el frío. Pero eso se contradice con lo que sucede en países nórdicos, donde a pesar del frío se hace mucha actividad física al aire libre y la comida es más saludable⁽⁶⁾.

¿POR QUÉ LA OBESIDAD INFANTIL CONTINÚA AUMENTANDO EN CHILE?

Las causas son múltiples, pero a nuestro entender se pueden resumir en cuatro aspectos⁽⁷⁾:

1. Falta de conciencia en la población

Existe una causa de fondo, y es que no existe conciencia en la población chilena de que la obesidad es una enfermedad y factor de riesgo que afecta directamente las principales causas de enfermedad y muerte en el país, como son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Esta falta de conciencia de la población ha significado que no exista interés de las autoridades para enfrentarla, ni presión de grupos organizados para que se implementen políticas públicas, a diferencia de lo sucedido con la desnutrición.

En el caso específico de la obesidad infantil, no existe conciencia de los padres de que existe sobrepeso y obesidad en sus hijos⁽⁸⁾. Cuando el hijo está normal, lo encuentran enflaquecido, y cuando está con sobrepeso o es obeso lo encuentran normal, porque ante la gran cantidad de niños con exceso de peso, el niño pasa desapercibido porque no se diferencia de los demás.

2. Carencia de políticas de promoción y prevención de salud

Con el tiempo, la atención de salud se ha ido focalizando en la atención curativa y las personas acuden al médico solo cuando están enfermas. A nadie se le ocurre anticipar de lo que pueden enfermarse en varios años más. De a poco se ha ido perdiendo la tradición preventiva que tenía el país de anticipar enfermedades. Incluso se ha perdido la costumbre de vacunarse para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas como la influenza. En las políticas públicas, esto se consolidó el año 2005 con el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE o GES), focalizado en un número determinado de enfermedades, donde se garantiza su atención curativa, sin acciones de prevención ni de promoción de salud.

3. Discontinuidad de los programas

Desde 1998 en adelante han existido múltiples programas de promoción de estilos de vida saludable que han intentado prevenir la obesidad, pero han sido de corta duración, en general cuatro años, que es el período de gobierno en Chile.

Estos programas han sido VIDA CHILE o Consejo Nacional de Promoción de Salud que funcionó entre 1998 y 2005. El 2006 se creó la “Estrategia Global contra la Obesidad” o EGO CHILE, que dejó de existir con el cambio de gobierno el año 2010, y luego aparece “Elige Vivir Sano” que finaliza el año 2014. La duración de cuatro años de estos programas impidió que tuviesen resultados, por lo cual aparecen iniciativas como la Ley del Etiquetado de Alimentos del año 2016; el Plan Contra la Obesidad Estudiantil de JUNAEB, o Plan “Contrapeso”, y las Escuelas Deportivas Integrales del Ministerio de Deportes, los cuales no han logrado enfrentar el problema en forma integral ni tener impacto en su disminución.

4. Multifactorialidad de la obesidad

Quizás la razón más importante por la cual la obesidad infantil sigue aumentando, es la parcialidad y falta de integralidad de los programas. Además de la alimentación y actividad física, pilares fundamentales de la prevención de la obesidad, existen otros factores que pueden contribuir en forma importante a la obesidad, como son los genéticos, gestacionales y posnatales, socioeconómicos y sociodemográficos, entorno urbano y educacional, tiempo delante de pantallas, publicidad y redes sociales, vida familiar y patrones de sueño, que no han sido considerados en los programas para prevenir la obesidad, los que fueron analizados en detalle en un libro anterior⁽⁹⁾.

Estos factores son muy difíciles de enfrentar y se han ido complejizando cada vez más, como son las pantallas y redes sociales, por lo cual deben abordarse con políticas públicas integrales.

Pero lo más importante es considerar la complejidad y multifactorialidad del problema de la obesidad y, por lo tanto, deben tomarse en cuenta cada uno de los factores que la producen en una política integral y de largo plazo.

POLÍTICAS INTERSECTORIALES

Los sectores que deberían estar involucrados en una política de prevención de obesidad son:

Salud, Educación, Deportes, Agricultura, Desarrollo social, Transporte, Medio ambiente, Planificación urbana, Trabajo.

En Salud, a lo menos se debería trabajar en los siguientes aspectos: Control

del embarazo y puerperio, Promoción de la lactancia materna, control del estado nutricional de niños y derivación de niños con exceso de peso a nutricionistas o médicos, como se hizo en la desnutrición y Actividad Física en Atención Primaria de Salud (APS).

En Educación, en lo relativo al Programa de Alimentación Escolar o PAE de JU-NAEB, a lo menos se deberían tocar los siguientes aspectos: Contratar nutricionistas para supervisión y educación; hacer clases de cocina y talleres a padres, y preocuparse de tener colaciones saludables para los niños. Evitar el rechazo y 30% de pérdidas del PAE; evitar el doble desayuno que es de un 22% y doble almuerzo, que es de un 35%. Muy importante: mejorar los menús con entrega de más frutas y verduras.

El Ministerio de Educación propiamente tal, debería preocuparse de promover y regular colaciones saludables; evitar la venta de alimentos no saludables al interior de las escuelas (kioscos, venta a la salida o cerca de las escuelas, “contrabando” de alimentos no saludables); regular comida en reuniones o celebraciones para que sean saludables e incentivar los huertos escolares para educación en medio ambiente, ciencias biológicas y en particular para que los escolares aprendan a alimentarse bien.

En actividad física, debería darse prioridad a las clases con profesores de Educación Física, para que sean de mayor intensidad, con práctica de deportes inclusivos y no competitivos, y promover las actividades y recreación al aire libre, tanto en actividades escolares como extraescolares con la familia.

En Deporte, el Ministerio del ramo debería implementar programas deportivos para niños en todas las comunas, inclusivos y no solo de fútbol ocupando espacios como plazas, canchas, plazas con implementos deportivos ya existentes en muchas comunas del país y fomentar la recreación al aire libre (caminatas, paseos, *trekking*, ciclismo).

El Ministerio de Desarrollo Social debería hacer cumplir con la Ley 20.640 que creó el “Sistema Elige Vivir Sano” el año 2013, que promueve el trabajo intersectorial con todos los Ministerios en hábitos de vida saludable. Además, debe implementar las Plazas Elige Vivir Sano y los Huertos Escolares y Comunitarios, como ya lo hizo en el pasado.

El Ministerio de Agricultura debe promover “cadenas cortas” del productor al consumidor de alimentos saludables, especialmente verduras, frutas, pescados, lácteos y frutos secos, educar a productores y distribuidores del efecto positivo en la salud de los alimentos saludables.

CONCLUSIÓN

Para enfrentar lo anterior, debemos adecuar nuestras políticas públicas y seguir fortaleciendo el sistema de salud, tanto público como privado; aumentar la proporción del gasto en salud del PIB, con más y mejor formación del recurso humano y realizar

acciones de promoción y prevención de salud en alimentación, actividad física, disminuir el consumo de tabaco, alcohol y drogas y mejorando nuestro entorno psicosocial y ambiental.

REFERENCIAS

1. Vio F. De la obesidad al coronavirus: una visión desde la Salud Pública”. Capítulo 2: Transiciones. Disponible en: <http://editorial.ortalca.cl>
2. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth state of the epidemiological transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986;64:335-390.
3. Vio F, Kain J. Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Rev Med Chile* 2019; 147:1159-1165.
4. Mapa Nutricional de JUNAEB 2023. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=mapa+nutricional+junaeb+2024>
5. Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Nutrición y Alimentos. Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile. Diciembre 2019. 1ª ed. Santiago de Chile 2021.
6. Finland physical activity fact sheet 2021. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/physical-activity-factsheet---finland-2021.pdf>
7. Vio F. ¿Por qué la obesidad infantil continúa aumentando en Chile? *Rev Med Chile* 2023;151:1103-1104.
8. El 71% de las madres no reconoce el estado nutricional de sus hijos. Disponible en: <https://gda.com/detalle-de-la-noticia/?article=5377663>
9. Vio F. Obesidad Infantil. Una pandemia invisible. Llamado urgente a la acción. Editorial Permanyer, Primera Edición, ISBN 978-84-19418-77-7. Barcelona, España 2023.