



Reporte Breve de Evidencia

POLÍTICAS INTERSECTORIAL PARA ENFRENTAR LA OBESIDAD INFANTIL

ELABORADA POR:	Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia del Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia/DIPLAS.
SOLICITADA POR:	Subsecretaria de Salud Pública.
PROPÓSITO / OBJETIVO:	Entregar información sobre Políticas Intersectoriales para enfrentar la Obesidad infantil.
FECHA DE ELABORACIÓN	Año 2019

I. ANTECEDENTES

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un importante problema de salud pública a nivel global, dado que se asocia a diversas enfermedades crónicas, tanto en adultos como en niños¹. En Chile existe una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población, lo que ha impulsado el desarrollo de diversas intervenciones, sin embargo, y pese a grandes esfuerzos en las últimas décadas, no se han logrado disminuir. Es más, en Chile se ha observado un gran incremento, especialmente en niños de edad escolar².

La obesidad es el resultado de la interacción entre factores biológicos, de comportamiento, sociales, ambientales y económicos, por lo que las políticas e intervenciones multicomponente e intersectoriales son de vital relevancia para enfrentar la obesidad³.

El concepto de intersectorialidad se define como la “*intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida*”⁴. Las intervenciones intersectoriales pueden realizarse a nivel nacional, regional, en ciudades, pero también a niveles más locales como barrios, colegios, iglesias, lugares de trabajo y otras organizaciones^{5,6,7}.

La World Obesity Federation es una comunidad global dedicada a resolver los problemas relacionados con la obesidad a través de la investigación, educación, creación de comunidad con stakeholders e influenciar las políticas globales de obesidad. Esta Federación ha establecido 5 pilares de trabajo para abordar la obesidad en el mundo: impuesto a bebidas azucaradas, marketing,

¹ World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: Obesity. World Health Organization;

² Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 - Primeros resultados [Internet]. Gobierno de Chile. 2017. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

³ Wang Y, Cai L, Wu Y, et al. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2015;16(7):547-565. doi:10.1111/obr.12277

⁴ World Health Organization. Intersectorialidad. 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

⁵ Panter J, Tanggaard Andersen P, Aro AR, Samara A. Obesity Prevention: A Systematic Review of Setting-Based Interventions from Nordic Countries and the Netherlands. *J Obes*. 2018;2018:1-34. doi:10.1155/2018/7093260

⁶ Bleich SN, Segal J, Wu Y, Wilson R, Wang Y. Systematic Review of Community-Based Childhood Obesity Prevention Studies. *Pediatrics*. 2013;132(1):e201-e210. doi:10.1542/peds.2013-0886

⁷ McLeroy KR, Norton BL, Kegler MC, Burdine JN, Sumaya C V. Community-based interventions. *Am J Public Health*. 2003;93(4):529-533.

intervenciones escolares, intervenciones a nivel de ciudades, embarazo y obesidad. Esta organización reúne información relacionada a reporte de casos de políticas implementadas, opiniones de stakeholders, revisiones sistemáticas y recomendaciones.

En esta minuta se presentan algunas experiencias internacionales obtenidas a través de revisión de la literatura y de la World Obesity Federation, relacionadas a políticas implementadas a nivel Nacional y Local (ciudades).

III. RESULTADOS

NIVEL NACIONAL

Dentro de las intervenciones a nivel nacional o políticas, las que tienen mayor presencia son las relacionadas con la incorporación de impuestos a alimentos con alto contenido de grasa, sal o azúcar. Se describirán brevemente las experiencias de México y Hungría que actualmente están aplicando este impuesto y el caso de la ciudad de Berkeley, California como un ejemplo de impuesto local. A diferencia de México y Hungría, brinda la oportunidad de evaluar los efectos antes y después de impuestos comparado con otras ciudades⁸.

- **México** en el 2014 implementó un impuesto de 1 peso mexicano por litro sobre las bebidas azucaradas (aproximadamente 10% de impuesto) y un 8% de impuesto sobre alimentos no esenciales con densidad energética de 275 kcal/100 g. Evaluaciones indican que el impuesto sobre las bebidas azucaradas ha implicado un aumento de lo que paga el consumidor en áreas urbanas, pero sólo parcialmente en áreas rurales. El impuesto no esencial sobre alimentos densos en energía ha tenido un efecto inconsistente en los precios de venta en general.
- **Hungría** en el 2011, introdujo un impuesto específico a alimentos con altos niveles de grasa, sal y azúcar. La política tenía como objetivo promover elecciones de alimentos más saludables, generar ingresos para los servicios de salud pública; redistribuir la elección de alimentos poco saludables, fomentar hábitos alimenticios más saludables y alentar a los fabricantes a reformular las recetas para que los productos no saludables sean más saludables. Se observaron cambios en las recetas de productos manufacturados, cambios en los patrones de consumo: menor preferencia por alimentos con impuestos y mayor consumo de agua, frutas y verduras.
- **Berkeley, California, USA** en el 2014, aprobó un impuesto al consumo de bebidas azucaradas como una estrategia de salud pública. Esto significó un impuesto de \$0.01 USD por onza sobre estas bebidas (aproximadamente un impuesto del 10%, como en México), que se extiende más allá de las bebidas gaseosas azucaradas hasta bebidas con sabor a frutas, agua azucarada, café y té. Los resultados hasta ahora indican que el impuesto

⁸ James M, Parkhurst AD, Paxman J. Tackling Obesity from other countries. 2018;(April):60.

probablemente ha reducido el consumo en vecindarios de bajos ingresos. Los estudios no han registrado si la disminución de consumo reduce la ingesta de calorías en total.

NIVEL REGIONAL O LOCAL

Se describen 3 políticas implementadas en Nueva York, Francia y Ámsterdam.

- **Nueva York** entre los años 2002 a 2013, implementó una política multisectorial que involucró a diferentes agentes⁹. Las reformas incorporadas en la ciudad consistieron en:
 - Incentivos a industria, impuestos y regulación: se prohibieron los ácidos grasos trans, etiquetado de calorías obligatorio en el punto de venta. Además, se regularon los contenidos nutricionales de todos los alimentos que fueran servidos o comprados dentro de la ciudad. También se crearon incentivos para la construcción de supermercados y carros de comidas saludables.
 - Creación de estaciones de recarga de botellas de agua en ambientes públicos (bebederos públicos)
 - Creación de infraestructura ciclista: ampliación de ciclovías, ciclovías protegidas en carretera y vías verdes, estacionamiento de bicicletas en las calles, estacionamiento cubierto obligatorio para bicicletas en edificios nuevos y bicicletas compartidas.
 - Diseño de ciudad “activa”, fomentando el acceso y visibilidad de escaleras para fomentar su uso. Esto fue regulado a todos los edificios Guarderías infantiles reguladas según tipo de comida entregada, actividad física y tiempo de pantalla.

Algunas de las instituciones que participaron en la aplicación de la política fueron:

- Departamentos de Parque y Recreación
 - Departamentos de Justicia Juvenil
 - Departamento de Educación
 - Departamento de Salud y Salud mental
 - Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario
 - Administración de Recursos Humanos
 - Empresas de supermercados
 - Colegios de Nueva York
- **Francia** en el año 2004 aplicó un programa intersectorial en 10 comunidades francesas, llamado EPODE (Ensemble Prévenons l' Obésité Des Enfants)¹⁰, éste un enfoque que busca modificar conductas en niños y sus familias, a través de un cambio en el entorno social y físico. Considera 4 pilares de acción: el compromiso político, recursos, servicios de apoyo y evidencia para evaluar los procesos. Los grupos objetivos son niños de 0 a 12 años y sus familias. Este enfoque promueve la participación de múltiples sectores. Los elementos incorporados en la política consistieron en:

⁹ Kelly PM, Davies A, Greig AJM, Lee KK. Obesity Prevention in a City State: Lessons from New York City during the Bloomberg Administration. *Front Public Heal.* 2016 Mar 30;4.

¹⁰ Borys JM, Le Bodo Y, Jebb SA, Seidell JC, Summerbell C, Richard D, et al. EPODE approach for childhood obesity prevention: Methods, progress and international development. *Obes Rev.* 2012 Apr;13(4):299–315.

- Acciones de marketing social para promover ambientes saludables, enfocados a temas específicos de alimentación o actividad física. Estrategias comunicacionales coloridas y alegres promocionando vida saludable en los niños (alimentación y ejercicio).
- Acciones para fomentar ambientes saludables: mejora de menús escolares, reorganización de los patios de los colegios, instalación de canchas multideportivas en los barrios, favorecer ciudades caminables, entre otras iniciativas.

Algunas de las instituciones que participan en la implementación de la política fueron Gobiernos centrales (ministerios, ONG, alcaldía), organizaciones locales (políticos, profesionales de la salud, ONG, empresas, colegios) y Universidades.

Este programa se implementó también en el año 2006, en España y Bélgica, luego en el año 2008 en Grecia, Australia y México, sin embargo, cada una de las iniciativas implementadas dentro del programa varían de acuerdo a las características culturales y organización financiera política de cada uno de ellos.

- **Finlandia** en el año 2010, se incorpora el principio de “Salud y bienestar en Todas las Políticas” en la Ley de Atención Médica Nacional¹¹. Normando que la promoción de la salud de los ciudadanos y de su bienestar requiere la cooperación entre sectores administrativos, actores locales, empresas privadas y ONGs. En este contexto, la ciudad de Seinäjoki en Finlandia, creó un programa multisectorial de superación de obesidad desde el nacimiento hasta los 12 años.

Este programa fue iniciado el año 2013 y basado en el Programa Nacional de Obesidad del país 2012-2018. Las intervenciones incluidas dentro de la política se centraron en: educación, alimentación, entornos saludables y fomento de la actividad física. Los elementos incorporados en la política consistieron en:

- Lactancia materna: educación sobre beneficios de lactancia materna, kit de nacimiento (ropa, juguetes y cuna).
 - Alimentación: etiquetado de alimentos saludables con un corazón, prohibición de tortas y dulces dentro de recintos escolares.
 - Ambientes activos: educación en alimentación saludable a través de juego creativo y actividad física, implementación de “puertas abiertas” de las escuelas primarias durante las tardes a toda la comunidad, disponibilidad de más de 70 clubes deportivos en la ciudad y que incluyeran servicios para personas con discapacidad.
 - Infraestructura: creación, promoción y mantenimiento de lugares para realizar ejercicio físico.
- **Ámsterdam** en el año 2012 implementó un programa llamado Healthy Weight Programme (AAGG por sus siglas en holandés)¹². Este programa se incorpora en un contexto nacional

¹¹ James M, Parkhurst AD, Paxman J. Tackling Obesity from other countries. 2018;(April):60.

¹² Hawkes C, Russell S, Isaacs A, Rutter H, Viner R. What can be learned from the Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England? 2017;(December):1–30. Available from:



donde están operando varias políticas dirigidas a aumentar la conciencia de hábitos saludables, como: campañas, iniciativas educativas, orientación a través de voluntarios. El programa se basa en movilizar a toda la comunidad en un esfuerzo colectivo para prevenir la obesidad. El propósito es erradicar la obesidad infantil en 20 años. Los objetivos al 2018 era que todos los niños de 0 a 5 años tuvieran un peso saludable; el 2023 es que todos los niños de 0 a 10 años peso saludable; para en el 2033 lograr que todos los menores de 18 años de tener un peso saludable.

La estructura del programa se basa en 10 pilares para la acción. En particular, cada pilar se asigna a un grupo de trabajo interdepartamental responsable de su implementación los que están divididos según tienen una intención preventiva, curativa o de facilitador.

1. Un enfoque de los "primeros 1000 días" (desde el comienzo de embarazo hasta los dos años): detección de bebés para el riesgo de obesidad, asesoramiento para mujeres embarazadas en cuidados, dietas saludables, lactancia materna.
2. Enfoque de escuelas (incluyendo preescolares y escuelas primarias): rutas ciclistas más seguras, escuelas más saludables.
3. Enfoque vecinal y comunitario: Organizar actividades extracurriculares para niños, Subsidios para la membresía del club deportivo para familias de escasos recursos y designar embajadores comunitarios de salud.
4. Enfoque de ambiente saludable: trabajo con supermercados y proveedores locales de comida para modificar menús y reducir el tamaño de las porciones; gestionar mejor el stock; crear entornos de pago más saludables (healthier checkout environments); utilizar carteles de etiquetado de semáforo. También se prohibió el patrocinio de alimentos y bebidas no saludables. Además, se redujo la publicidad de alimentos no saludables en lugares de propiedad de la administración local.
5. Estrategias centradas en los adolescentes
6. Estrategias para niños con necesidades especiales
7. Ayudar a los niños con sobrepeso u obesidad a recuperar un peso más saludable: Asignación de profesional de enfermería de atención médica a jóvenes; elaboración de planes de atención; asegurar niños con sobrepeso y obesidad recibir un nivel adecuado de atención; comunicar ideas de comportamiento.
8. Enfoque de aprendizaje e investigación: monitorear las intervenciones.
9. Uso de instalaciones digitales: uso de herramientas digitales innovadoras.
10. Uso de comunicaciones y metodologías para idea