



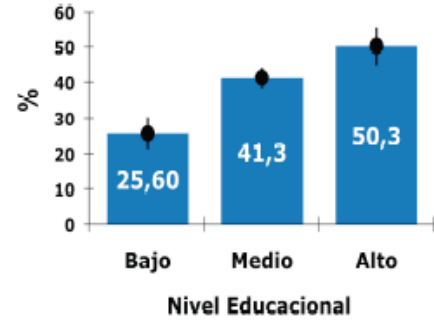
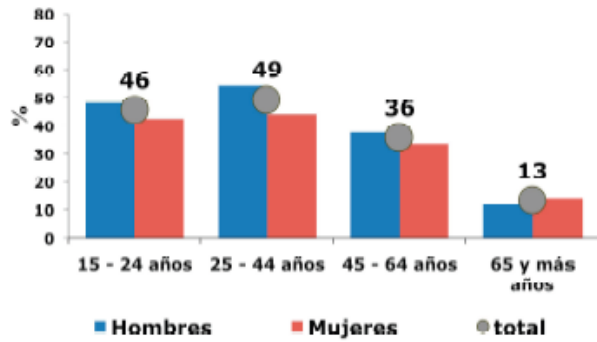
CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

CUADRO 1:

Fumador Actual



Nacional 40,6 %
Hombres 44,2 %
Mujeres 37,1 %



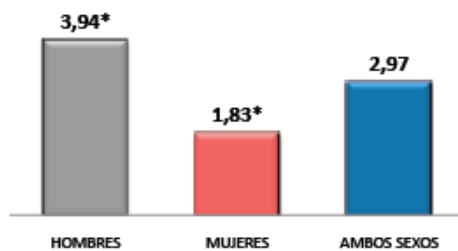
Fuente: MINSAL

CUADRO 2:

Consumo de alcohol

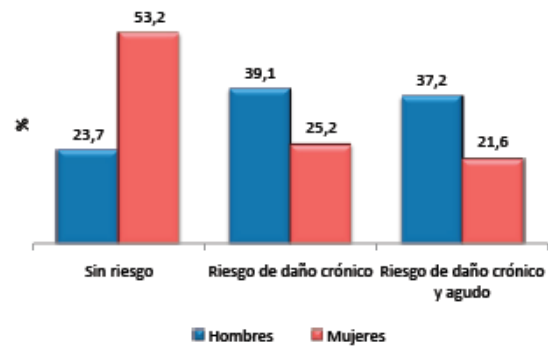


Promedio de número de tragos en un día de consumo habitual, autoreporte. ENS 2010.



* Diferencia significativa entre hombres y mujeres

Patrones de consumo de alcohol, según sexo.



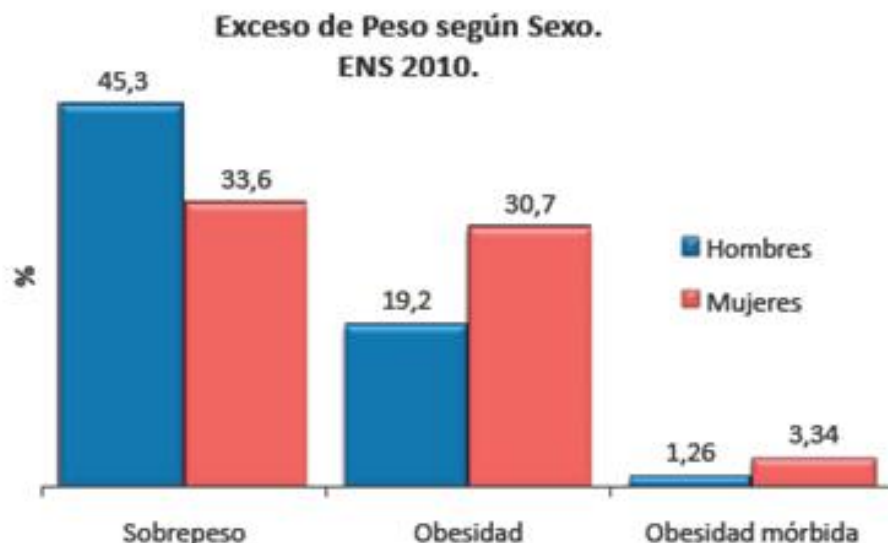
Fuente: MINSAL

En promedio, los chilenos declaran consumir 2,97 tragos en un día. En cuanto a los patrones de alcohol según sexo, el 39,1% de los hombres tiene riesgo de daño crónico. En el caso de las mujeres, el 25,2% tiene riesgo de daño.

Respecto de la obesidad, el estudio comparó los resultados obtenidos en el año 2003 y el 2010 aumentando violentamente en Chile la cantidad de personas con obesidad y obesidad mórbida y disminuyendo el número de chilenos con sobrepeso (ver cuadros 3 y 4).

Los índices de obesidad claramente se dispararon en el caso de las mujeres, presentándose aumentos en todos los segmentos de edad respecto de la medición hecha el 2003. Hoy, el 25,1% de la población se puede considerar obesa y de esa cifra, el 30,7% de las mujeres son obesas, mientras que el 19,2% de los hombres padece esa enfermedad. Interesante es constatar una relación directa entre obesidad y nivel educacional, ya que las mayores tasa se obesidad prevalecen en el segmento educacional bajo (35,50%).

CUADRO 3:



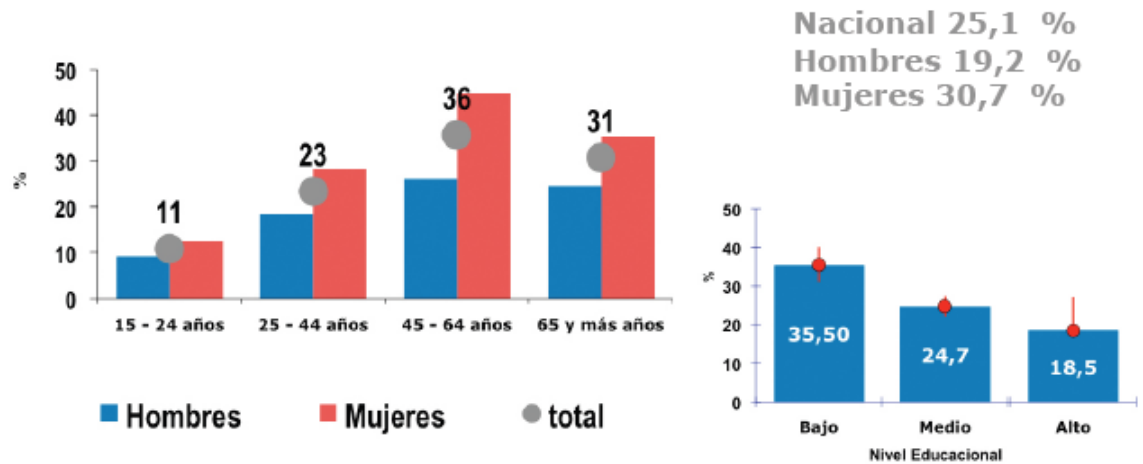
2003: 61% 6.800.000 personas
2010: 67% 8.900.000 personas

Fuente: MINSAL



CUADRO 4:

Obesidad



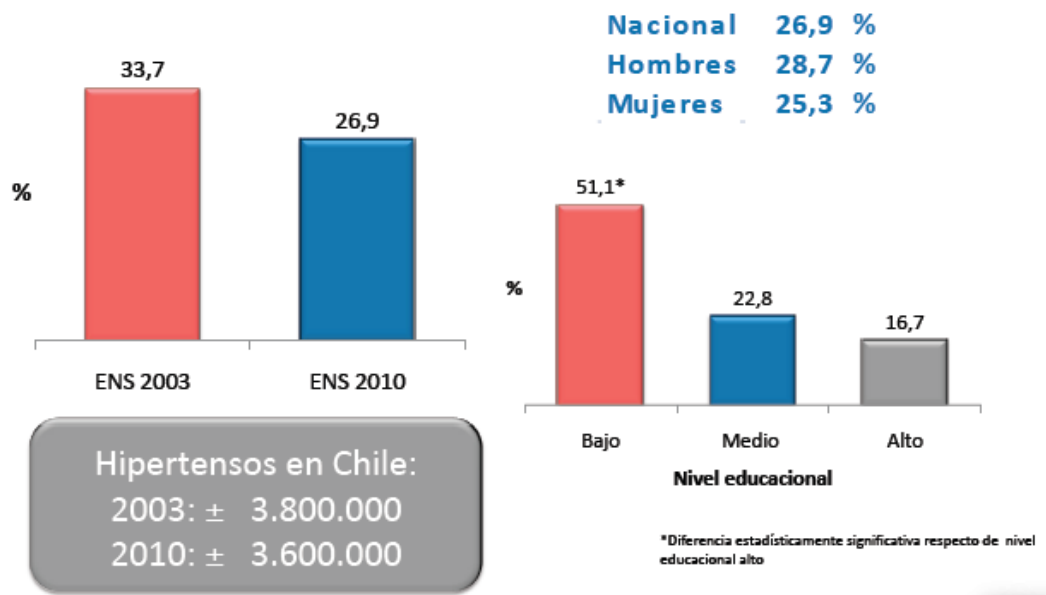
Fuente: MINSAL

Otro problema de salud que nos aqueja seriamente tanto a hombres como a mujeres es la Hipertensión Arterial, registrándose índices similares a partir de los 45 años, siendo la población mayor de 65 años la más afectada por esta enfermedad. Nuevamente, la mayor prevalencia por segmento educacional ocurre en el sector Bajo (51,10%). No obstante estas cifras, es destacable que el país ha logrado bajar la tasa nacional si se le compara con el año 2003, donde el 33,7% de la población sufría hipertensión. Hoy, la cifra llega al 26,9%. Es decir, hay 300 mil hipertensos menos. Los hombres representan un 28,7%, mientras que las mujeres un 25,3%. (Ver cuadro 5)

Las noticias son menos auspiciosas cuando se revisan los resultados sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, pues la cifra se duplicó entre el 2003 y el 2010. Antes había 700 mil y hoy llegan a 1.200.000, siendo nuevamente el segmento educacional Bajo (20,5%) el de mayor prevalencia. (Ver cuadro 6)

CUADRO 5:

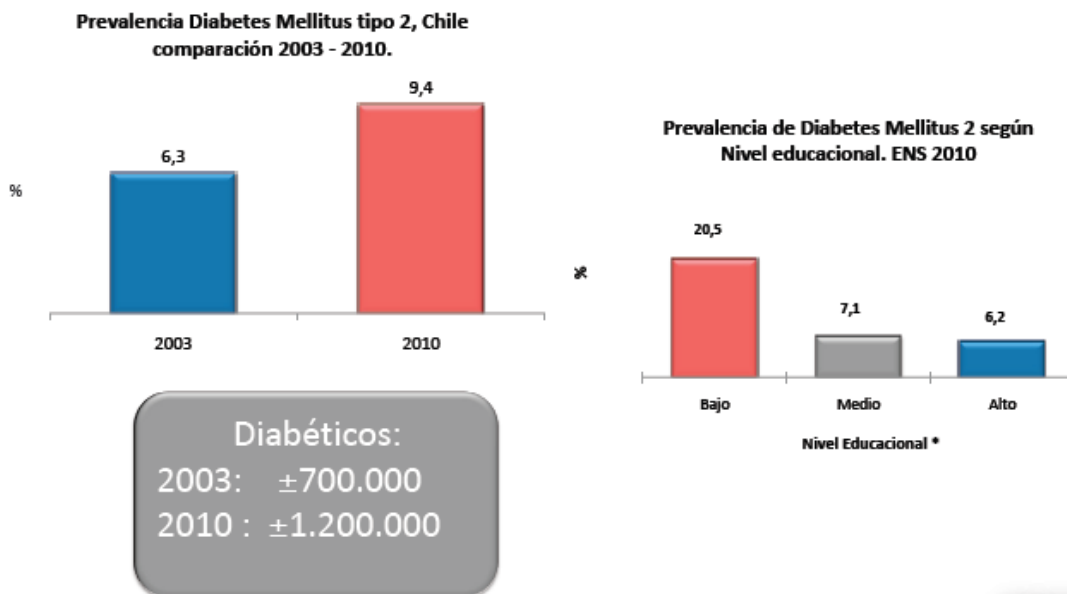
Hipertensión Arterial*



Fuente: MINSAL

CUADRO 6:

Diabetes





CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Fuente: MINSAL

La Encuesta Nacional de Salud 2010 también reveló que los chilenos tienen el colesterol alto, son sedentarios y presentan un riesgo cardiovascular alto a partir de los 40 años de edad, llegando éste el 48,1%. Otra vez la mayor prevalencia es en el segmento educacional Bajo (32,3%), seguido del Medio (13,6%) y Alto (10,1%).

El 88,6% de la población se declara el 2010 como sedentaria. Dentro de esta cifra, el 84% de los hombres reconoce no tener actividad física, cifra que sube al 92,9% en las mujeres. A ello se agrega un bajo consumo de frutas y verduras al día y un consumo diario de sal de 9,8 gramos, en circunstancia que lo recomendado son 5 gramos, siendo el sector educacional alto el que presenta una mayor consumo (18%), seguido del Medio (15%) y el Bajo (14,2%).

Las autoridades de salud han tomado nota de estos resultados y ven con preocupación los futuros costos que tendrá que enfrentar el sistema de salud para atender a estas personas que ya están enfermas y la urgencia de implementar programas de prevención y promoción de vida saludable a partir de la infancia para que la población sana no se convierta en enferma.

Pero, **¿qué significa llevar una vida sana y cómo ésta puede impactar positivamente al gasto sanitario en salud?**

La fórmula adoptada en los países desarrollados apunta a mantener hábitos y conductas saludables, en materia de alimentación, actividad física y de salud mental. Algo en donde Chile hoy no muestra experiencia sistemática positiva.

El estado de salud viene determinado principalmente por cuatro factores con diferentes impactos:

- El estilo de vida (alimentación, sexualidad, tabaquismo, sedentarismo).
- Factores bio-demográficos (genética, sexo, edad).
- Factores ambientales y ámbito social (contaminación, clima, clase social, profesión).
- Servicios de Salud (accesibilidad y evolución técnica).

Un estudio de práctica deportiva en España, realizado el 2006, logró demostrar el impacto de la práctica en el gasto sanitario. Teniendo un porcentaje de 75,3% de la población sedentaria, se decidieron a intervenir las conductas de las personas a través del aumento de las horas de actividad física semanales. La hipótesis de trabajo fue que a mayor inversión pública en la promoción del deporte (no competición ni alto rendimiento), disminuiría la tasa de sedentarismo. La inversión se orientó al desarrollo de instalaciones que realmente tenían impacto en la salud cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, obesidad, diabetes.

El ahorro real calculado a un plazo de 15 años, conforme a los tres modelos metodológicos utilizados, demostraron efectos significativos. Según el Modelo PIEC 2004, por 1 Euro per cápita invertido exclusivamente en promoción deportiva, se produce un ahorro de 50 Euros aproximados en salud, acumulados durante 15 años.

¿Cuánto más puede ahorrar un país y las propias personas si a esa actividad física suman una alimentación saludable?

Este es uno de las principales preocupaciones del Siglo XXI. El sobrepeso y la obesidad son las manifestaciones más visibles de la mala alimentación, aunque la calidad de la alimentación también es importante. Las sociedades occidentales consumen muy poca fruta, verduras y ácidos grasos omega-3, y demasiados ácidos grasos saturados, grasas trans, sal y azúcar.

Se sabe que la obesidad tiene un efecto negativo en la calidad de vida, aumentando la susceptibilidad a enfermedades crónicas (como los trastornos cardíacos y la diabetes tipo 2) y que puede aumentar el riesgo de muerte prematura. Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es responsable del 10-13% de las muertes en distintas partes de Europa y del 2-8% de los costos sanitarios. Además, el consumo excesivo de sal, azúcar y grasas saturadas, y el consumo insuficiente de fruta y verdura causan casi 70.000 muertes prematuras al año, sólo en el Reino Unido. La mala alimentación incrementa la carga económica debido al ausentismo laboral, los mayores costos de los seguros y a una mayor dependencia de los servicios sanitarios.

En respuesta a ello, varios países miembros de la Unión Europea han iniciado una serie de intervenciones políticas nacionales para estimular la actividad física y la alimentación saludable como promover el consumo de fruta y verdura, el etiquetado nutricional, la regulación de las comidas escolares y casinos del sector público para garantizar una oferta alimentaria sana. Sin embargo, pocas veces se han evaluado dichas intervenciones de forma sistemática.

El proyecto EATWELL

El proyecto EATWELL, cuyo nombre completo es **“Intervenciones para promover hábitos alimenticios saludables: evaluaciones y recomendaciones”**, es un estudio multicéntrico de 3,5 años de duración (desde abril de 2009 a octubre de 2012) financiado por la Comisión Europea. Su objetivo es proporcionar a los Estados Miembros de la UE pautas sobre las mejores prácticas para desarrollar intervenciones políticas apropiadas que promuevan una alimentación saludable.



El proyecto cuenta con nueve socios que incluyen destacadas universidades, institutos, organizaciones sin fines de lucro, representantes de la industria de la alimentación y agencias de comunicación europeas. Todos ellos trabajarán juntos y compartirán sus conocimientos sobre la conducta de los consumidores, nutrición, economía, comunicación y política sanitaria.

Lecciones aprendidas en el pasado

EATWELL identificará las intervenciones políticas centrándose en la nutrición y los hábitos alimenticios saludables, además de evaluar las campañas relevantes. También existen numerosos datos secundarios en la EU y otras zonas que contienen mucha información sobre aspectos relacionados con la idoneidad de las dietas que no han sido utilizados suficientemente en la evaluación de políticas sobre nutrición y que serán incluidos en este estudio. Esto dará al equipo de EATWELL una perspectiva de las acciones adoptadas y contribuirá a identificar vacíos y factores del éxito y fracaso de las campañas.

Es posible que algunas intervenciones reciban una mejor acogida que otras y los distintos grupos de población tengan actitudes diferentes en relación con la alimentación saludable y el papel de la intervención política para influir en la elección de los alimentos. En una segunda fase, EATWELL comparará la aceptación pública de intervenciones alternativas en distintos países e individuos, centrándose en distintos subgrupos de población (p. ej. padres o no, distintos niveles educativos, etc.). EATWELL también evaluará la aceptación de las políticas por parte de otras partes implicadas como los fabricantes, comerciantes y asociaciones no gubernamentales.

El sector privado tiene una experiencia considerable con las herramientas que pueden influir en la elección de alimentos por parte de los consumidores. Por ello, se prestará especial atención a las lecciones que puedan aprenderse del sector privado y aplicarse a los esfuerzos públicos para promover una alimentación más saludable.

El impacto de las intervenciones

Una vez que se identifiquen campañas y se determine la metodología para su evaluación, se analizará su impacto en la salud y calidad de vida de los consumidores, además de los costos y ahorro para la sociedad, con el fin de evaluar el rendimiento de dichas campañas. También se evaluará la aceptación de las mismas por parte del público en general.

Mejorar el futuro de las políticas sobre alimentación saludable

Sobre la base de este análisis, los países involucrados en el proyecto EATWELL desarrollarán una serie de modelos de conducta de los consumidores, métodos armónicos de intervención y evaluación, y plantearán recomendaciones para la evaluación de las intervenciones políticas en el futuro. Se creará una guía de mejores prácticas para indicar las acciones apropiadas y aceptables a nivel europeo y de los estados miembros y la posibilidad de que se transfieran a otras culturas.



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

BIBLIOGRAFÍA

- Minsal 2010
- Atlas Sport Consulting, Estudio del Impacto Económico de la práctica deportiva en el Gasto Sanitario. España, 2006
- Eatwell Project
- OMS

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.