



“ESTRATEGIA GLOBAL CONTRA LA OBESIDAD (EGO- CHILE): Una oportunidad para el desarrollo de transectorialidad a favor de la calidad de vida”

Autores:

Nancy Abello M.
Claudio Caro P.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile el año 2006 presenta el documento denominado “Estrategia Global contra la Obesidad (Ego – Chile)”, el cual surge como resultado del trabajo de la OMS al refrendar en mayo del 2004, en la 57 Asamblea Mundial de la Salud, la “Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS)”.

La OMS desarrolla este desafío luego de considerar la carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT) y evidencias científicas irrefutables relacionadas con la eficacia de las intervenciones preventivas, que pueden evitar la ocurrencia de hasta un 80% de los casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares y en un 30% algunos tipos de cáncer.

Como datos que evidencian que este es un problema, la OMS señala que la obesidad y el sobrepeso han alcanzado características de pandemia a nivel mundial, existiendo más de mil millones de personas adultas con exceso de peso y, de ellas, al menos 300 millones son obesos. En el caso de Chile, la obesidad afecta al 7,4% de los menores de 6 años, aumenta al 17% en escolares de 1er. año básico y es del orden de un 25% en adultos y adultos mayores. Se estima que en Chile existen 3,4 millones de personas obesas, las que superarán los 4 millones el año 2010.

Estas cifras indudablemente que perfilan el tema de la obesidad como un problema de salud grave, que requiere ser abordado por los estados con estrategias y políticas públicas eficaces, de largo plazo y donde los diversos sectores, tanto del ámbito público como privado, guiados por una estrategia integradora, se hagan cargo de las tareas que les corresponda ejecutar.

En el caso de Chile, la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO) es el instrumento que persigue el objetivo señalado anteriormente, y forma parte de la primera etapa de la propuesta de intervención de la OMS para América Latina.

Esta estrategia (EGO), considera el carácter multidimensional de los factores socioculturales involucrados en el problema de la obesidad, que debe ser abordado a través de políticas y acciones multisectoriales e intersectoriales. Este instrumento genera orientaciones que involucran el ámbito sanitario, el ámbito familiar y comunitario, el ámbito escolar, el ámbito empresarial y finalmente, el ámbito académico y sociedades científicas.

En el presente trabajo someteremos a un análisis cualitativo la proyección y los detractores que tiene esta estrategia, que se basa en dos supuestos, el primero implica la presencia de una conciencia social mayoritaria relativa a que la obesidad es un problema, y segundo, presupone que existen los recursos técnicos y humanos en el sector público para hacerla efectiva a través de un trabajo inter y multisectorial.

Creemos que partir de estos dos supuestos puede ser el principal problema de la estrategia, dado esencialmente porque desde nuestra experiencia, la población no considera aún la obesidad como un problema y porque el sector público no cuenta con las competencias para trabajar una estrategia global de modo inter y multisectorial.

Problema:

No hay conciencia social de que la obesidad sea un problema, y los recursos técnicos y humanos en el sector público no poseen aún las competencias suficientes, como para traducir la estrategia EGO en una política pública efectiva en término de sus acciones.

Dado lo anterior, y siendo la obesidad un grave problema desde la mirada de los especialistas en salud pública, y considerando que las estrategias a la fecha ejecutadas no han generado el impacto esperado, ¿qué nos asegura que las acciones que se implementen serán efectivas?, ¿estará en condiciones el sector público para asumir y ejecutar esta nueva estrategia de manera eficiente?

Postura:

1) Tememos que esta estrategia no tendrá un impacto relevante dado que el tema obesidad, que es planteado desde la salud pública como una enfermedad grave y en aumento, aún no es considerado como un problema de salud por la comunidad.

De hecho, dentro del mismo sector salud, no se concibe a la obesidad como un problema relevante, basta con mencionar que cuando se detecta una persona con características de exceso de peso se deriva a la o el nutricionista y se espera que este profesional resuelva el problema. Ahora bien, en el resto de los servicios públicos la obesidad es percibida como un problema de salud, dada esta visión, ¿estaremos preparados para trabajar intersectorialmente?

2) Consideramos que los servicios públicos a nivel regional (región, provincia y comuna) deberían contar con un porcentaje alto de recursos humanos capacitados para desarrollar un trabajo intersectorial eficiente, capaz de traducir la Estrategia Global contra la Obesidad, en un mecanismo que permita reducir el exceso de peso e instale estilos de vida saludables en la población.

Al revisar las prácticas cotidianas de los diversos servicios públicos, se puede observar que se está acostumbrado a intervenir en aspectos particulares de la persona, no contando con una estructura paradigmática que permita intervenir con una visión integral y transdisciplinaria en la vida de los ciudadanos. Desde esta perspectiva, y considerando la multiplicidad de factores que intervienen en la aparición de la obesidad, incluso sería significativo observar si la intersectorialidad será suficiente.

Objetivos:

- Analizar los motivos que hacen que las personas en general no perciban en forma mayoritaria la obesidad como un problema.
- Discutir respecto de las competencias que posee el sector público para trabajar intersectorialmente la estrategia global contra la obesidad.
- Generar aportes y/o recomendaciones que permitan que esta estrategia (EGO – Chile) tenga un impacto sobre la población.

DISCUSIÓN

Dada la postura señalada anteriormente, la primera gran interrogante a analizar es ¿por qué la obesidad no se constituye como problema para la población en general?, algunas líneas explicativas se señalan a continuación:

¿Cómo perciben los individuos, las familias, la comunidad y los colectivos en general el tema de la obesidad?

Frente a este tema nos podemos preguntar, ¿cómo se va a percibir que la obesidad es un problema trascendental, si los funcionarios de la salud en un 80% se encuentran con malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad)? Esta cifra es obtenida en un consultorio de la región de Los Ríos, por la Nutricionista y se fundamenta en una postura cualitativa.

Si los funcionarios de la salud, que conocen el daño que provoca la obesidad, no han logrado estrategias para prevenirla en los propios funcionarios del área, ¿cómo pretendemos que la comunidad lo vea como un problema? Además, esto nos da cuenta que las estrategias utilizadas no han sido eficaces ni eficientes. Entonces, la pregunta que se debe responder ahora, a la luz de la nueva estrategia denominada EGO - Chile, es ¿se generará un cambio profundo en el comportamiento de las personas, que genere una conciencia e intención de cambiar las conductas individuales y colectivas hacia estilos de vida saludables?

El mejor poder económico ha traído consecuencias negativas en la mejora de la calidad de vida.

Como se describe en el Ego-Chile y en otros documentos, el mejor poder económico de las familias sólo a servido para mejorar el entorno social y las comodidades de la familia como son los equipos electrónicos, automóviles y otros, o sea, productos que van aumentando el sedentarismo y la mala calidad de la alimentación de las familias; pero hay que tener en cuenta que las familias consideran que estos productos descritos les permiten mejorar la calidad de vida. La inversión en deporte, gimnasios, piscina, compra de alimentos de mejor calidad nutricional como paltas, quesillo, frutas, pescado entre otros, no esta dentro de sus prioridades como familias, probablemente estos productos no les generen placer, por lo tanto no mejoran su calidad de vida, y cambiar la mentalidad de la población en estos términos es difícil.

Existe prevalencia tanto en la comunidad como en el equipo médico del paradigma biomédico:

Esto indica que las personas interpretan que los problemas de salud existen una vez que existe una patología, por lo tanto, la obesidad debiera ser un problema para el sujeto cuando aparezca la enfermedad.

Desde esta perspectiva el diagnóstico debe estar provisto esencialmente de variables biológicas, cuando se logran observar alteraciones de este tipo en las personas obesas, ya la patología ha generado daños importantes en la persona, y la persona consultará a médico, recién considerándola como una enfermedad, entonces, consultará para que se le indique un tratamiento para resolver este problema.

En relación con lo anterior, el paradigma sostiene que existe una causa y un efecto, por lo tanto, en la medida que se cree que existe una causa para la obesidad que es la ingesta excesiva de alimento, la acción reparatoria estará centrada en acciones sobre esa causa, para lo cual existe la o el Nutricionista, que orienta sobre la forma en que el paciente debe alimentarse.

Este acto se asocia a algo más grave, que es la tendencia curativa y centrada en el tratamiento del modelo biomédico, por lo que los “pacientes” ponen la solución en manos de otra persona, lo cual les quita responsabilidad sobre el resultado de las orientaciones dadas, impidiendo el tránsito y modificación de las estructuras mentales que debieran evolucionar a hacer co-responsable a la persona de su proceso de recuperación.

La promoción, la prevención y el tratamiento no farmacológico es responsabilidad de la Nutricionista. Para que se hable de estrategias multidisciplinarias, no solo se debe considerar al recurso Nutricionista.

La obesidad no es un problema a nivel individual, comunitario y menos de los sectores públicos que no sea salud, o sea, el problema es visto y asignado exclusivamente a salud y en esta área específicamente a las (os) Nutricionistas, ¿qué pasa con las otras disciplinas?

Todos los profesionales desde sus áreas de intervención deben tener el mismo discurso frente la educación permanente en estilos de vida saludable, los Dentista en sus controles odontológicos, las Enfermeras en el control de niño sano, el Médico en su consulta de morbilidad, los Asistentes Sociales en lo que respecta el manejo y administración de los recursos, los Técnicos Paramédicos en sus controles, las Psicopedagogas en sus controles de recuperación del rezago en el desarrollo psicomotor, los Kinesiólogos en sus sesiones kinésicas. Somos una gama amplia de funcionarios y si cada uno realizara una consejería de calidad desde su área, pero basada en estilos de vida saludable, recién estaríamos hablando de estrategias multidisciplinarias en el área de salud.

Frente a este mismo tema, creemos que las sesiones Psicológicas garantizadas sería un gran aporte, este es el profesional clave para realizar Terapia del Comportamiento, terapia que ayuda a ver y a entender a las personas en qué situaciones tienden a comer más, por qué tiende a comer más y como podría combatir esa tendencia a comer de más. Otro aspecto que debe ser intervenido desde esta mirada de la psicología tiene que ver con el bienestar y placer que produce el comer.

También debemos analizar que vivimos en una sociedad consumista, acelerada, donde las población busca tener espacios de bienestar para no caer en stress o depresión, y muchas veces satisfacen esta necesidad con la alimentación, alimentación que por lo general no es saludable; además, las actividades que desconectan a las personas de su trabajo habitual son la televisión, computadores, y otra vez llegamos a las actividades sedentarias.

Este cambio de paradigma que deben realizar las personas requiere de una intervención a nivel psicológico profunda, considerando además que si la sociedad no ofrece alternativas diferentes para la recreación, que estén al alcance económico y de acuerdo a las variables climáticas de las localidades, las estrategias no generan cambios positivos, y

poder lograr cambios en los paradigmas de las personas sin buenas alternativas que ofrecer es muy difícil, por lo tanto, el trabajo intersectorial es trascendental.

Otras de las intervenciones fundamentales para lograr cambios conductuales son las consejerías individuales y familiares, pero, tenemos la percepción que no se están realizando como corresponde, la consejería individual o familiar es una actividad básica en el modelo de salud familiar, así como también las visitas domiciliarias integrales con planes de intervención en prevención o tratamiento.

La Conserjería como se describe en el párrafo anterior, si es bien desarrollada es una herramienta efectiva para lograr cambios en el sujeto o las familias, pero lo que ha ocurrido es que frente a los factores predisponente en los sujetos nos hemos quedado solo en la información, la población cuenta con información frente a este fenómeno de la obesidad como prevenirla y tratarla. Existe un gran número de información difundida a la comunidad a través de reportajes televisivos, la prensa escrita e Internet, pero no ha provocado impacto en las personas, y en lo que respecta a la predisposición de los sujetos al cambio, nuestras actitudes no han demostrado grandes avances, las familias seguimos premiando a nuestros familiares con mejor tecnología, que finalmente nos lleva a más sedentarismo; y con respecto a la actividad física, el modelo que presentamos los adultos es deficiente, lo que propiciamos es trabajar más de 12 horas al día y nuestro pasatiempo está centrado en una buena película, o en una actividad social rodeada de alimentos altos en grasas y carbohidratos. Ambas acciones nos provocan placer, bienestar y nos relaja del estrés que genera el trabajo cotidiano pero no cuidan nuestro cuerpo.

Además, si analizamos la percepción del riesgo que conlleva esta enfermedad, es un riesgo a largo plazo, que la comunidad no alcanza a entender ni a dimensionar, no asimila el mal pronóstico, el cual está basado en patologías crónicas y muchas de ellas invalidantes. Esta baja percepción del riesgo es peor en las madres en relación a un hijo obeso, como el estar obeso no duele, no se observan síntomas, por ende no es enfermedad, o sea, no es un problema para las personas ni sus familias, fluye el paradigma biomédico, las madres no asimilan que las enfermedades crónicas son a largo plazo, es un daño día a día.

Al analizar la eficacia para realizar las actividades descritas en todas las literaturas analizadas que ayudan a prevenir y tratar la obesidad, estas están fuera del alcance del poder económico de las familias, es decir, a las personas que poseen un nivel socioeconómico bajo y medio, ¿les alcanzará presupuesto para pagar gimnasios que les permitan realizar actividad física?. Pensemos además en la zona sur donde las condiciones climáticas no favorecen para nada el que estas actividades se realicen al aire libre, por lo tanto, la única posibilidad es contar con un recinto techado, ¿existen abiertos al público!

En lo que respecta a la alimentación, ¿el presupuesto alcanzará para mantener productos saludables como pescado 1 vez a la semana, paltas, quesillo, pan integral, kiwis, entre otros?. Probablemente los presupuestos bien distribuidos alcancen, pero, los jefes(as) de hogar tendrán las capacidades de elegir el tipo y la cantidad de alimentos apropiados, si no existe una buena consejería en esta área. Ahora, que pasará con las familias con jefes(as) de hogar con bajo nivel escolar, probablemente nos desgastaremos en educaciones y otras intervenciones y no lograremos buenos resultados.

Otro tema con el que nos enfrentamos con respecto a la alimentación, esta en relación al aprendizaje del paladar para recibir diferentes texturas y sabores, si la familia no se preocupa que a partir de los 6 meses de vida los menores prueben diferentes texturas y sabores, en las etapas posteriores va ser difícil ingresar estas percepciones al paladar, y por iniciativa propia, será difícil. Frente a este mismo tema de la educación del paladar los padres cometemos el error de ingresar alimentos azucarados a temprana edad, alimentos que no son necesarios y solo con lleva a malos hábitos alimenticios posteriores.

Otro punto importante en la predisposición de los sujetos son los aspectos valóricos y las creencias, los que lo motivarán a un cambio de paradigma. Frente al tema que estamos discutiendo hay varios aspectos a considerar; en relación a los niños están las frases: “los gorditos son sanos y lindos”, “los gorditos tienen mejores defensas para la salud”, “es muy chico para enseñarle horarios tan rígidos”, “eso de regular la dieta es para más adelante, cuando sean grandes”.

Estas son frases que comúnmente escuchamos en el box, que hay que ir motivando al cambio en estas creencias y valores, también ocurre que cuando las personas adultas que optan por una dieta más vegetariana siempre son motivo de comentarios burlescos, como por ejemplo: ¡está cuidando su figura!, ¡eres pretenciosa (o)! ;y frente a un niño que sus colaciones se basan en frutas y no bebidas, golosinas y papas fritas son mal mirados y también reciben comentarios burlescos, que van generando dudas en ellos de si es “bacán” o no consumir alimentos saludables en relación a la comida denominada “chatarra”.

Mirando la consejería como instrumento potente de generación de cambio, nos hemos quedado en la etapa de entrega de la información, estamos en la etapa de la predisposición de las personas, hay que trabajar con los factores facilitadores, que son las habilidades para disminuir las amenazas y poder llegar al cambio; y frente a la existencia y accesibilidad de recursos y servicios adecuados hay que trabajar con las realidades local que faciliten su mejor aplicación, y el gran apoyo es el intersector.

Debemos seguir buscando estrategias para ir avanzando en las etapas de la consejería y lograr así un cambio en las conductas hacia una mejor calidad de vida.

Las estrategias son buenas dependiendo de como se implementen.

De las estrategias del EGO- Chile, algunas ya están en práctica a nivel del sector Salud desde hace ya bastante tiempo, que es todo lo que tiene que ver con la intervención a través del ciclo vital. Sin embargo, en el trabajo intersectorial no hay acciones concretas realizadas, hay acciones aisladas como ocurre en educación y hay otros sectores que las estrategias se observa deficientes como es en el caso del comercio y la publicidad. Entonces, frente a un área que si tiene intervenciones aisladas y otras que no tienen intervenciones de ningún tipo, el trabajo del gobierno con el intersector es fundamental, las políticas deben ser lo suficientemente claras y debe existir una fiscalización óptima.

El diseño de estrategias para lograr cambios en los patrones culturales, malos hábitos personales es estrictamente necesario; ¿cómo cambiamos el paradigma de ver o vivir la vida de las personas, sin el trabajo intersectorial?, son estrategias que no lograrán impacto en las personas, por ende no existirán cambios conductuales. Hay que pensar en la calidad de las viviendas en términos de la calidad del material de la construcción y el tamaño de estas,

colegios con gimnasios, más horas asignadas a educación física, además, de mejorar la calidad de esta actividad física, exigir actividades extraprogramáticas a las instituciones educacionales.

Hoy, con todo lo descrito anteriormente hay que realizar un análisis muy profundo frente a cuales deben ser las estrategias efectivas para ir cambiando estas situaciones, teniendo siempre presente que hay conductas, paradigmas que no pueden ser cambiados, la brecha económica en nuestras comunidades es amplia, no modificable, la mejor calidad de vida no es sustentable con el modelo económico actual.

Las estrategias deben partir con los funcionarios de salud dando el primer paso al cambio, de ver y enfrentar el problema de la mal nutrición por exceso; y una vez que se observen conductas a este nivel iniciar un trabajo Promocional, preventivo con estrategias acordes a la realidad local.

Si la intersectorialidad es fundamental para conseguir cambios en los patrones culturales, ¿qué pasa con ella hoy en Chile?, algunas reflexiones son las siguientes:

2) Discutir respecto de las competencias que posee el sector público para trabajar intersectorialmente la EGO.

Para iniciar esta discusión tomaremos la definición de algunos conceptos básicos, tales como “sector” e “intersectorial”,

SECTOR: Conjunto de instituciones, organismos y trabajadores que se identifican con un área de desarrollo de una sociedad y que comparten conocimientos de destrezas, directamente relacionados con el ámbito de acción que le compete.

INTERSECTORIALIDAD: La coordinación o interacción entre sectores en torno a problemas ámbitos de acción, en donde cada sector juega un papel definido en la relación de acuerdo con su saber específico.

Sumado a las definiciones anteriores, es importante considerar el comentario que realiza Pezoa y Téllez (1995) respecto del contexto político en Chile, el dice:” el actual modelo de desarrollo del país se basa en una división sectorial de la sociedad. Desde esta perspectiva, la realidad es reducida a problemas de salud, vivienda, infraestructura u otros. Cada sector tiende a delimitar u ámbito d acción, el que va apadrinado y sintiendo como la propiedad exclusiva”.

Quizás es esta última apreciación la que nos permite comprender la condición actual de trabajo que ha desarrollado el sector público y específicamente cada servicio del estado a la fecha en el país. Existe una especialización absoluta de cada “sector” por conseguir los objetivos propuestos, lo que ha contribuido necesariamente a centrarse en una parte de la realidad de las personas, sin tener la capacidad para entender ni comprender al ser humano en su integridad.

Asociado a lo anterior, es revelante destacar la interpretación errónea que se hace de los compromisos de gestión institucionales, esto en el sentido que los funcionarios ejecutan acciones e su gran mayoría para cumplir con su programa de trabajo. Un ejemplo digno de

sacar a relucir es la creación de redes temáticas para abordar problemas de salud, personalmente me corresponde participar en dos redes regionales, la de Prevención de la violencia intrafamiliar y la de prevención de alcoholismo y otras redes comunales, la de prevención de drogas, violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Son las mismas personas que participan, pero cambia quien convoca, y es importante quien convoca, esto dado que sólo así se cumple el compromiso gestión institucional.

Es cuando surge la pregunta ¿qué implicaciones tiene “centrarse en el usuario?”, que es una definición valórica y estratégica que al gran mayoría de los servicios públicos ha adoptado.

Esta es una de las primeras dificultades que impide trabajar intersectorialmente, se está trabajando para cumplir compromisos de gestión, en resumidas cuentas se está trabajando para los jefes, pero no se está trabajando como sector público para mejorar la **calidad de vida** de los habitantes del país. Falta internalizar un concepto como el de **calidad de vida**, que nos permita a los diferentes funcionarios públicos e la práctica, tener claridad de nuestra tarea, y poder usar como indicador para la toma de decisiones respecto de las acciones en las que debemos colaborar como servicios públicos o no, pudiendo así superar el concepto de trabajar para cumplir con una tarea específica.

Ahora bien, la fuerza que se percibe en el discurso del nivel central respecto de la importancia de las metas no es menor, dado que habla del estilo de exigencias y tipo de liderazgo que se utiliza.

Frente a todo lo descrito como lograremos intersectorialidad en los diferentes ámbitos:

- a) En el ámbito sanitario lo sugerido en términos de actualizar, vigilar y estrategias, reforzar programas de promoción entre otros, se llevará a cabo, tendrá impacto si aún esta presente el modelo biomédico en algunas localidades. Las horas asignadas al encargado de promoción es escasa, el presupuesto económica es bajo, y nuevamente tenemos que el paradigma que es la encargada de promoción la quede diseñar y ejecutar el programa.
- b) En ámbito familiar y comunitario la sensibilización a la población a través de campañas informativas, publicaciones, lograrán impacto en estas organizaciones sociales. La difusión masiva de las distintas iniciativas algunas ya en práctica es fundamental, el difundir lo que están haciendo otros sectores, no se esta llevando a cabo, ¿Qué hace Chile deporte?, ¿Cuales son actividades deportivas en las localidades, horarios de las actividades?, ¿Existirán horarios diferidos, pensado en las mujeres y hombres trabajadores?, si ya existen las guías para una vida sana ¿por que no ha sido bien difundida?, donde están las zonas deportivas para la zona sur teniendo en cuenta nuestro clima.
- c) En el ámbito escolar, como se fiscalizará que las instituciones educacionales aumenten su actividad física en cantidad y calidad, exijan gimnasio en las diferentes escuelas y sobre todo en las escuelas subvencionadas rurales donde no cuentan con gimnasios, por ende ¿donde esta la actividad física?
- d) En el ámbito empresarial se hace más difícil creer que las empresas estén dispuestas a perder, en el sentido de no promocionar aquellos productos chatarras que lograr aumentar el capital de las empresas, por ende debe existir un marco regulatorio estricto frente a este ámbito.

CONCLUSIONES

Después de realizar un análisis cualitativo de la Propuesta de trabajo EGO-CHILE podemos concluir que las estrategias son buenas, pero el llevar estas actividades a la práctica se tornan estrategias difíciles, puesto que el trabajo que hay que realizar al cambio en los diferentes paradigmas en el ámbito individual, familiar, comunitario sanitario escolar, empresarial es complicado por que habla de cambios profundos como:

Aprender a comer según la edad, trabajar en educación según el ciclo de vida o sea lactante menor, lactante mayor preescolar, escolar, adolescente, adulto joven adulto mayor.

Mejorar los hábitos alimenticios

Erradicar mitos, creencias, como premiar o castigar con la comida, compensar la ausencia de los padres con lo que más le gusta a los niños, entre otras creencias de las personas.

Esta tarea es complicada, y requiere de estrategias que apunten a ciclo de la vida de las personas de acuerdo a su realidad local e individual. Son estrategias inter y multidisciplinarias.

Chile estará preparado para llevar a cabo esta propuesta.

El programa Chile crece contigo es un buen programa a implementar cambios radicales en las futuras generaciones, es un programa que apunte hacia un trabajo desde el embarazo, pensando en preparar al entorno social en que va a nacer el bebe, con buenos hábitos en general, que lleven al individuo a optar siempre por una mejor calidad de vida. El punto está si los funcionarios estaremos capacitados para llevar a cabo este nuevo programa, que apunta hacia un trabajo integral con las personas, además de un fuerte trabajo comunitario.

RECOMENDACIONES

La discusión frente a la Propuesta EGO-CHILE fue enriquecedora puesto que nos dio una luz, al ver que en nuestras realidades locales hay muchas actividades en marcha pero que están siendo realizadas muy aisladamente, no se observa un trabajo inter y multidisciplinario. Volvemos a reiterar que la propuesta es buena pero difícil de implementar sin un cambio de paradigma en los diferentes sectores públicos.

El futuro análisis del tema será discutir la segunda etapa de la propuesta que tiene que ver con la etapa normativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Olivares C, Sonia, Bustos Z, Nelly, Moreno H, Ximena *et al.* Actitudes y Prácticas sobre Alimentación y Actividad Física en Niños Obesos y sus Madres en Santiago, Chile. *Rev. Chil. Nutr.* [Online]. Ago. 2006, Vol.33, No.2 [Citado 12 Mayo 2007], P.170-179. Disponible En La World Wide Web: <[Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0717-75182006000200006&Lng=Es&Nrm=Iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7518.
2. Araya L, Héctor, Atalah S, Eduardo, Benavides M, Xenia *et al.* Prioridades de Intervención en Alimentación y Nutrición en Chile. *Rev. Chil. Nutr.* [Online]. Dic. 2006, Vol.33, No.3 [Citado 12 Mayo 2007], P.458-463. Disponible En A World Wideweb: <[Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0717-75182006000500001&Lng=Es&Nrm=Iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7518.
3. Burrows A, Raquel, Gattas Z, Vivien, Leiva B, Laura *et al.* Características Biológicas, Familiares y Metabólicas de la Obesidad Infantil y Juvenil. *Rev. Méd. Chile.* [Online]. Oct. 2001, Vol.129, No.10 [Citado 12 Mayo 2007], P.1155-1162. Disponible En La World Wide Web: <[Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-98872001001000007&Lng=Es&Nrm=Iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001000007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887.
4. Judith Salinasⁱ; Fernando Vioⁱⁱ Promoción de Salud y Actividad Física en Chile: Política Prioritaria. *Rev. Panam Salud Pública* Vol.14 No.4 Washington Oct. 2003
5. Barreda P. Poca Actividad Y Problemas De Peso En Niños, [http://www.Pediatraldia.Cl/Poca_Activ_Sobrepeso.Htm](http://www.pediatraldia.cl/poca_activ_sobrepeso.htm)
6. Organización Mundial De La Salud, Obesidad Y Sobrepeso, Nota descriptiva N°311 Septiembre de 2006 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/print.html>
7. La Organización Mundial de la Salud considera la obesidad como la 'epidemia del siglo XXI' y en Estados Unidos los seguros la incluyen ya como una ... www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2004/10/05/109880.php
8. La Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la **obesidad** (NAOS) está elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la ... obesidadinfantil.consumer.es/web/es/saberlo_todo/prevenir_naos/1.php