

Evaluación nutricional de la embarazada: Una propuesta en materia de políticas públicas para mejorar resultados perinatales

PROFESOR

Francisco Mardones

FACULTAD DE MEDICINA

AYUDANTE

Ximena Fernández MAGÍSTER DE

EPIDEMIOLOGÍA, ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

EQUIPO

Javiera Arriagada

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA

Francisco Millar

PROGRAMA COLLEGE CC.SS Y CC.NN.

Marcela Vega

FACULTAD DE AGRONOMÍA E INGENIERÍA FORESTAL

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de obesidad y las consecuencias que trae para la salud pública, hacen que el Estado tenga una tarea fundamental en la prevención de nuevos casos de esta epidemia, especialmente en el caso de embarazadas.

En el año 2005 se produce un cambio en el patrón de evaluación nutricional de la embarazada. La decisión del cambio de estándar, desde la curva Rosso-Mardones (RM) a la curva Atalah et al (AEA), no estuvo libre de polémicas ni de implicancias para la salud pública, ya que esta última subdiagnostica casos de sobrepeso y obesidad. No obstante, hoy se siguen haciendo esfuerzos colectivos para llegar a un consenso en torno a cuál curva conviene usar. Este capítulo presenta algunos antecedentes para conocer cuáles fueron los motivos y consecuencias de este cambio, se realizaron revisiones bibliográficas y entrevistas a actores que tuvieron un rol protagónico en estas políticas públicas.

Finalmente se hace un balance general de lo que han sido hasta el día de hoy las políticas públicas chilenas que regulan la nutrición. Se

concluye que el Ministerio de Salud tiene un importante papel en el comportamiento de los indicadores nutricionales y que aún existen aspectos que se deben mejorar respecto a los procesos en que se formulan las políticas públicas.

ANTECEDENTES

La obesidad y el sobrepeso se definen como un aumento de peso por acumulación excesiva de masa grasa que puede ser perjudicial para la salud. Uno de los indicadores más simples y usados para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos, es el índice de masa corporal (IMC) que corresponde a la razón entre el peso (kg) y la talla² (m²) (Mardones, Mardones-Restat, Mallea, y Silva, 2009; OMS, 2016). La clasificación del estado nutricional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que utiliza el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) se presenta en la tabla 1.

TABLA 1: Clasificación del estado nutricional de la organización mundial de la salud que utiliza el Ministerio de Salud de Chile.

CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	IMC
Bajo peso	<18.5
Normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obeso	30 - 30.9
Obesidad mórbida	≥ 40

FUENTE: OMS 2016, Mardones et al, 2009.

La obesidad se asocia a la hipertensión arterial, el síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares (como la insuficiencia cardíaca congestiva, la aterosclerosis, coagulopatías, accidente vascular encefálico e infarto agudo al miocardio), cáncer, diabetes, enfermedades al hígado, trastornos ginecológicos, trastornos ortopédicos, entre otros

(Margozzini, 2009).

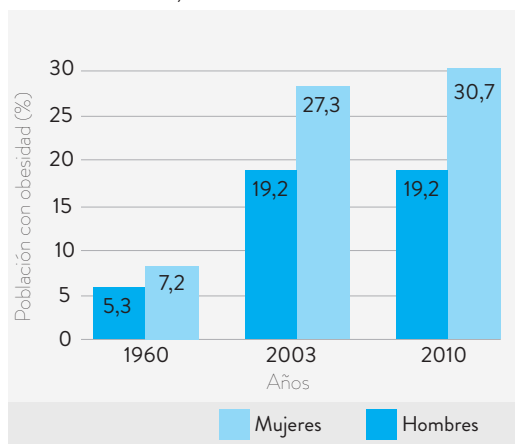
En el año 2014, más de 1.900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos (OMS, 2016); alrededor de 13% de la población adulta mundial eran obesos y 39% de los adultos de 18 o más años (38% de los hombres y 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. A principios y mediados del siglo XX, sin embargo, esta condición no significaba un problema, pues su frecuencia era baja y afectaba mayoritariamente a hombres de edad avanzada. Fue desde la segunda mitad del siglo XX que se observó un aumento sostenido de la población obesa, de tal manera que entre los años 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad ha aumentado más del doble (OMS, 2016).

Este paso, desde la desnutrición al exceso de peso, se ha llamado transición nutricional (Mardones et al., 2009). En Chile, la transición nutricional ha avanzado a una gran velocidad, la cual está relacionada con los cambios socioeconómicos que ha experimentado nuestro país (Albala, Vio, Kain, & Uauy, 2002). Este proceso se desarrolla de forma paralela al cambio demográfico y epidemiológico, lo que ha resultado en un envejecimiento de la población y “en un salto desde las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles” (Albala et al., 2002). En Chile la población obesa ha ido en aumento desde 1960, alcanzó una prevalencia de 19,2% en hombres y 30,7% en mujeres en el año 2010 (figura 1) (Mardones et al., 2009); en el mismo año, la prevalencia de sobrepeso alcanzaba 45,3% en hombres y 33,6% en mujeres.

Uno de los principales roles del Estado es velar por la salud y la nutrición de las personas, principalmente a través de la aplicación de políticas públicas. Además, los servicios de salud proveen diagnóstico y tratamiento de los casos individuales. Durante el siglo XX en Chile, diversas políticas estatales fueron aplicadas en materias de nutrición, se crearon

organismos como el MINSAL y varios organismos universitarios especializados en el campo de la pediatría y la nutrición (Mardones, 2014); además se creó en 1937 el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) que se encargaba de la distribución de leche en polvo y otros alimentos (Mardones-Santander, González, Mardones-Restat, Salinas, y Albala, 1986). De esta manera, se disminuyó notablemente la desnutrición y la mortalidad infantil; el modelo chileno de salud demostró un gran progreso en el ámbito nutricional (Valiente y Uauy, 2002).

FIGURA 1: Prevalencia de obesidad según sexo en adultos chilenos, 1960-2010.



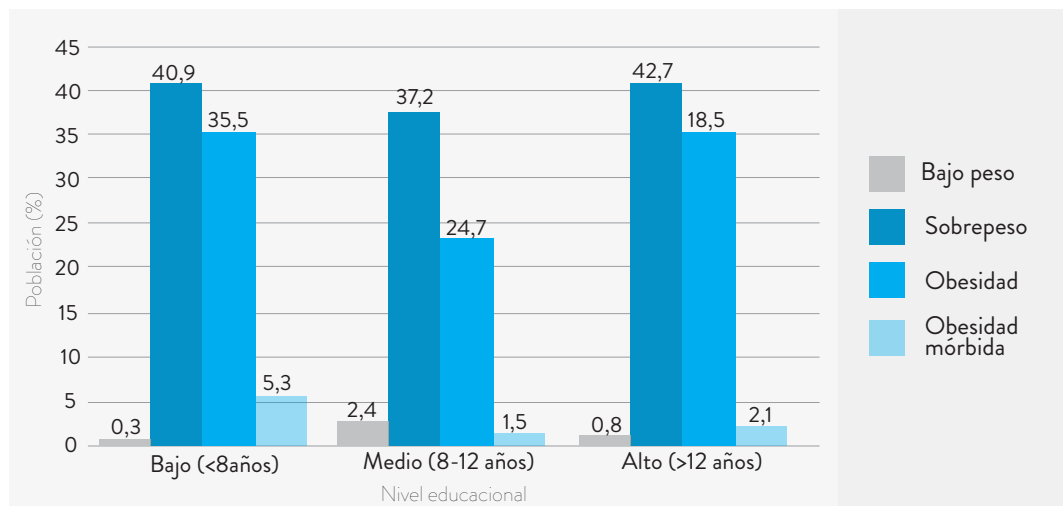
FUENTE: Adaptado de Mardones, Mardones, Mallea y Silva, 2009).

Según la OMS (2015), hoy en día el problema nutricional más importante es el aumento de la obesidad. Los niveles de obesidad dependen de los hábitos alimentarios y estos hábitos se correlacionan con múltiples variables culturales, sociales y económicas. Es por ello que los debates de los expertos en epidemiología y obesidad se están enfocando cada vez más en los diversos factores socioculturales, pues la obesidad se ha abordado tradicionalmente desde puntos de vista biomédicos que han resultado insuficientes (López, Ramírez y Sánchez, 2014). Un ejemplo de variable sociocultural correlacionada con la obesidad es el nivel educacional, que estima el nivel socioeconómico. En Chile el sobrepeso y la

obesidad alcanzan 40,9% y 35,5%, respectivamente, en el grupo con nivel de escolaridad bajo (< 8 años), mientras que la obesidad en la categoría nivel educacional alto (> 12 años), alcanza sólo 18,5% (figura 2). En el mismo año 2010, la frecuencia de obesidad en mujeres

en edad fértil alcanzaba 22,8% y en aquellas con un nivel educacional bajo 48% (MINSAL, 2010). Es decir, la población con menor nivel educacional tiene más riesgo de ser obesa y por tanto de sufrir enfermedades crónicas asociadas a la obesidad.

FIGURA 2: Clasificación nutricional según el nivel de escolaridad.



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud, 2010.

La interacción ecológica que se da entre la madre y su hijo durante el periodo de gestación, es clave desde el punto de vista de la nutrición. En las primeras fases de crecimiento y desarrollo, el niño es especialmente sensible a los factores ambientales que intervienen en la expresión génica (Hanson et al., 2015). En este contexto, interesa discutir la posible existencia de un origen temprano de la obesidad y de las enfermedades crónicas en Chile. En las últimas dos décadas se ha presentado evidencia epidemiológica y experimental que vincula la obesidad, el síndrome metabólico y algunas enfermedades crónicas con el desarrollo prenatal y postnatal temprano (Barker, Bagby, y Hanson, 2006). En esta etapa, un retardo del crecimiento se asocia a ciertas adaptaciones metabólicas y cambios en algunos órganos, con el objetivo de asegurar la supervivencia, llamadas “respuestas adaptativas predictivas”. Lo que postulan Hanson y Gluckman (2008) es que mediante estas respuestas, el feto e incluso el niño pequeño,

se adaptan metabólicamente al ambiente nutricional adverso.

MÉTODO

Este capítulo se concentró en dos objetivos generales:

1. Conocer la situación actual de la embarazada y de los indicadores perinatales en Chile, relacionados con riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas. Para ello se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:
 - Conocer cómo se realiza la evaluación nutricional de la embarazada en Chile.
 - Determinar el porqué del cambio en el patrón nutricional en el año 2005.
 - Determinar el impacto del cambio a nivel de salud de las madres y sus hijos a través del estado nutricional de la embarazada y los indicadores perinatales.

2. Evaluar el rol del estado en las políticas públicas que buscan combatir la obesidad, especialmente en el caso de mujeres embarazadas. Para ello se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

- Analizar cómo se planifican y se aplican estas políticas públicas por parte del MINSAL.
- Analizar cómo se relacionan las políticas públicas con el cambio de patrón nutricional en el año 2005.
- Evaluar el rol del desarrollo científico nacional y de las ciencias sociales en la implementación de estas políticas públicas.

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó un enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo.

Se utilizaron elementos cuantitativos como estadísticas e indicadores de validez de pruebas diagnósticas (como la sensibilidad y la especificidad). Estos datos fueron obtenidos a través de revisión bibliográfica de artículos atinentes a nuestra temática.

Los elementos cualitativos fueron obtenidos a partir de la realización de una entrevista semiestructurada a expertos en la materia o que tuvieron un rol importante en la formulación de políticas públicas, con respecto a la nutrición de las embarazadas. Los entrevistados fueron:

Dr. Eduardo Atalah: Ex- Académico del Departamento de Nutrición de la Universidad de Chile, miembro del Consejo Asesor en Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud (Consena), en el año 2003. Es el autor de la curva de Atalah et al (AEA) junto con otros colaboradores (Atalah, Castillo, Castro, y Aldea, 1997).

Dr. Fernando Muñoz: Subsecretario de Salud entre 1994 y 1998. Entre los años 2002 y 2008 desempeñó diversas funciones directivas en el MINSAL. Además, le correspondió asumir un rol de alta responsabilidad en la implementación del Régimen de Garantías de

Salud (GES o AUGE) y fue también responsable de la implementación del componente de salud del Sistema de Protección de la Infancia "Chile Crece Contigo". Actualmente se desempeña como Jefe del Departamento de Inmunizaciones del MINSAL.

Dr. Pedro Rosso: médico pediatra y ex rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre los años 2000 y 2010, y decano de la Facultad de Medicina de la misma entre los años 1991 y 1999. Desarrolló en compañía del Dr. Francisco Mardones, la curva de Rosso-Mardones (RM) (Mardones y Rosso, 2005).

RESULTADOS

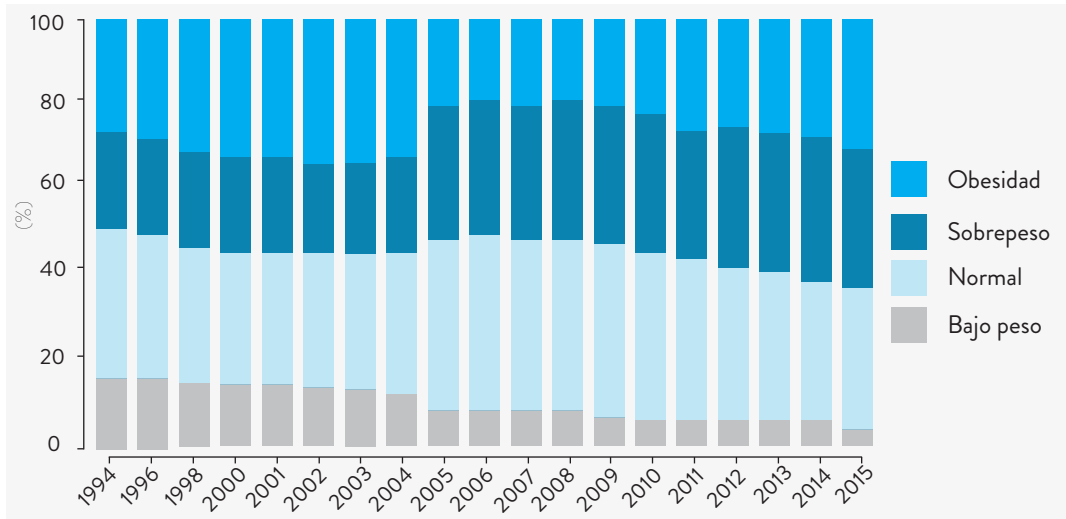
Vigilancia en el estado nutricional de las embarazadas

En la vigilancia del estado nutricional de las embarazadas atendidas por el sector público, alrededor del 80% del total, entre los años 1994 y 2015 revela que la obesidad y el bajo peso han llegado a 29,9% y 4,5% respectivamente, hasta este último año (MINSAL, 2015).

En la figura 3 se puede observar que en el año 2005, la situación nutricional cambia de forma brusca, pues aumenta el porcentaje de embarazadas con peso normal, mientras que disminuyen las que tienen bajo peso y las que tienen obesidad. Queda en evidencia que algún hecho debe haber desencadenado este cambio. Desde el año 1986 hasta el año 2004, se utilizó la curva de evaluación nutricional de RM (Mardones y Rosso, 2005) que fue reemplazada en el 2005 por la curva de AEA (Atalah et al., 1997). Esta última se usa hasta el día de hoy.

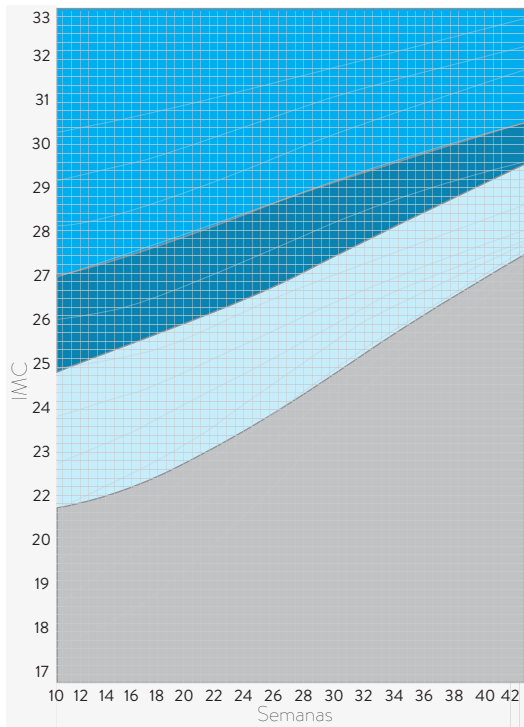
Curva de Rosso Mardones (RM): Al diseñar esta curva la masa corporal crítica fue definida como el área de peso por altura durante la gestación, en la que el promedio del peso al nacer resultante es similar al peso al nacer promedio de una población de mujeres embarazadas sanas. Una de las características de la curva de RM es que permite recomendar ganancias de peso gestacional proporcionales a la talla materna (figura 4).

FIGURA 3: Vigilancia nutricional de las embarazadas en Chile entre 1994-2015.



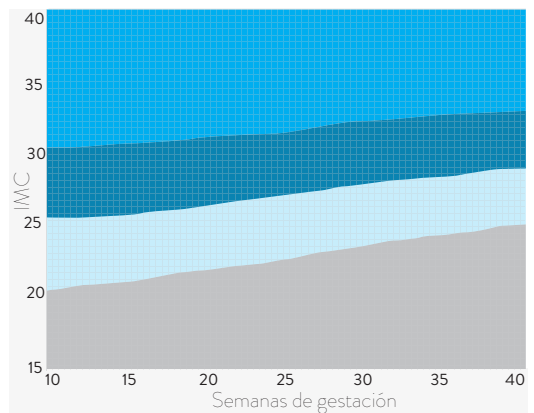
FUENTE: MINSAL, 2015.

FIGURA 4: Curva de Rosso-Mardones (RM): curva de peso para mujeres embarazadas diseñada en Chile.



FUENTE: Mardones y Rosso, 2005.

FIGURA 5: Curva de Atalah y colaboradores (AEA): Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas.



FUENTE: Atalah et al., 1997.

Curva de Atalah et al. (AEA): La curva de Atalah (1997), se definió en forma teórica desde la 10ª semana hasta la 42ª. En las primeras semanas, se utilizó el criterio de clasificación nutricional recomendado por la OMS antes del 2006 para mujeres no gestantes (figura 5):

- Enflaquecida: < 20.0
- Normal: 20.0 - 24.9
- Sobrepeso: 25.0 - 29.9
- Obesa: > 30.0

Según los autores, se tomó esta determinación porque el promedio estimado de peso acumulado durante las primeras 10 semanas de gestación es de 600 g. La pendiente de la curva a lo largo del embarazo, se estableció en función de los datos de la literatura que presentan una forma sigmoidea, con mayor incremento entre la 20° y la 30° semana (Haas 1991, citado en Atalah et al., 1997). Se consideró además que la curva para las mujeres enflaquecidas debía ser mayor y menor para mujeres con sobrepeso y obesidad (Atalah et al., 1997).

Esta gráfica propuesta pretende ser una buena alternativa para evaluar el estado nutricional de la embarazada, ya que se basa en el mismo indicador que el MINSAL estaba usando en adultos, lo que reducía la necesidad de capacitación del equipo de salud y que, al ser estos los mismos criterios pregestacionales, evita que una proporción importante de mujeres cambie su clasificación nutricional en el embarazo y nuevamente en el puerperio (Atalah et al., 1997). Los puntos de corte para las curvas de RM y de AEA, se muestran en la tabla 2.

TABLA 2: Clasificación nutricional de la embarazada según las curvas de RM y de AEA.

	TABLA RM	TABLA AEA
SEMANA 10		
Bajo peso	<21.15	<20.2
Normal	21.15 - 24.49	20.2 - 25.2
Sobrepeso	24.5 - 26.73	25.3 - 30.2
Obesidad	>26.73	>30.2
SEMANA 10		
Bajo peso	<26.55	<25.0
Normal	26.55 - 28.9	25.0 - 29
Sobrepeso	28.91 - 30.03	29.1 - 33.1
Obesidad	>30.03	>33.1

FUENTE: Mardones et al., 2016.

La curva AEA define puntos de corte del área de normalidad con mayor amplitud lo que, en comparación con la curva RM, implicaría diagnosticar como “normales” una proporción de casos de bajo peso y sobrepeso ma-

terno. Así, mientras en el 2004, 35% de las embarazadas fue clasificada como obesa, en el año 2005 sólo 20% tuvo ese diagnóstico. Con respecto a las madres enflaquecidas, 14% fue clasificada en ese grupo en 2004. En 2005, solamente 7% tuvo ese diagnóstico (Mardones y Rosso, 2016).

Teniendo en cuenta que tanto la obesidad como el bajo peso materno representan situaciones asociadas a un mayor riesgo de complicaciones perinatales para el niño (Mardones et al., 2016), hay razones para pensar que este cambio no estuvo libre de consecuencias.

Validez de curvas como pruebas diagnósticas

La validez de una prueba diagnóstica es la capacidad de la prueba de discriminar entre los casos positivos y negativos para una enfermedad o condición. En palabras más simples, es el grado en que el test mide lo que se supone que debe medir (Pita & Pértegas, 2003). Los indicadores para conocer la validez de una prueba son: sensibilidad y especificidad.

La sensibilidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo que padece una determinada condición, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo. Por lo tanto, corresponde a la capacidad del test para detectar la enfermedad. La especificidad, en cambio, es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. En otras palabras, se puede definir la especificidad como la capacidad para detectar a los sanos (Pita & Pértegas, 2003). Una prueba diagnóstica de alta sensibilidad es útil en contextos clínicos donde el hecho de no diagnosticar genera más problemas que el exceso de diagnósticos, como es el caso del tamizaje o “screening”. Una prueba diagnóstica de alta especificidad es útil para confirmar o descartar una enfermedad, como es el caso de las “pruebas de confirmación”, cuyo objetivo es afirmar o descartar una enfermedad (Burgos y Manterola, 2010).

Un estudio realizado por Mardones et al (2016), analizó la sensibilidad y especificidad de ambas curvas. Como se observa en la tabla 3, la curva RM es más sensible en detectar la talla <50 cm, peso < 3.000 g y peso > 4.250 g que la curva AEA. Sin embargo, la curva AEA es más específica que la curva RM, en los indicadores anteriormente mencionados. De acuerdo a esto y según lo expuesto por Burgos (2010), se puede deducir que la curva RM, al ser más sensible que la curva AEA, tiene más probabilidad de detectar el correcto estado nutricional de la embarazada, lo que la convertiría en una prueba de tamizaje adecuada para este propósito.

TABLA 3: Resultados del embarazo y el uso de dos normas de incremento de peso en embarazadas.

	CURVA DE INCREMENTO DE PESO	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
Talla <50 cm	RM	0.17	0.87
	AEA	0.10	0.93
Peso al nacer <3.000gr	RM	0.19	0.86
	AEA	0.12	0.92
Peso al nacer >4.250gr	RM	0.73	0.51
	AEA	0.65	0.59

FUENTE: Mardones et al., 2016.

Cambios de las variables perinatales en Chile

Durante la última década, la mejoría progresiva de los indicadores perinatales que se venía observando en las décadas anteriores se detuvo. La incidencia de bajo peso al nacer era de aproximadamente 10% en 1970, de 6,7% en la década de los '80 y 5-6% durante la década de los '90. Sin embargo, en la década del 2000 esta proporción se mantuvo invariable (Ministerio de Salud, 2011). Con respecto a la incidencia de niños con peso al nacer < 3.000g, ha fluctuado alrededor del 21% desde el año 2000 hasta el año 2011 (Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2011). La incidencia de talla al nacer < 50 cm, entre los años 1994 y 2004 fluctuó alrededor del 44%, sin embargo, entre los años 2005 y 2013 aumentó a 50,4% de todos los nacidos vivos (Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2011). La incidencia de peso

al nacer > 4.000 g en 1987, fue de 6,05% y alcanzó 8,65% en el año 2013 (Mardones y Rosso, 2016).

La prematurez, definida como el nacido vivo con menos de 37 semanas de gestación, fue de 5,5% en 1990; 6,4% en 2003 y 7,8% en 2013 (Francisco Mardones y Rosso, 2016). Se ha observado que el sobrepeso y la obesidad en la gestante tienen más probabilidad de tener partos de pretérmino (Lu et al., 2001; Robinovich, Rubio, Sáes, y Ramírez, 1995).

La mejora de todos estos factores perinatales, talla < 50 cm y peso < 3.000 g ó > 4.000 g al nacer, puede disminuir la probabilidad de presentar obesidad y síndrome metabólico más tarde en la vida (Mardones et al., 2014). Además, un estudio de cohorte de casi 250 mil escolares de cuarto año básico, demostró que el peso y la talla al nacer se asocian positivamente con los puntajes de matemáticas y lenguaje de la Prueba SIMCE (Villaruel, Karzulovic, Manzi, Eriksson, y Mardones, 2013).

Teniendo en cuenta los antecedentes previamente mencionados: la alta prevalencia de obesidad en la adultez, el cambio brusco de patrón de la evaluación nutricional de la embarazada en el año 2005, la relación que existe entre el estado nutricional de la embarazada y el riesgo de presentar enfermedades crónicas en la niñez y consecuentemente en la adultez, es que surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo se realiza la evaluación nutricional de la embarazada en Chile? ¿Por qué se produjo un cambio en la evaluación nutricional de la embarazada el año 2005? ¿Cómo se produjo este cambio? ¿Qué implicancias tuvo este cambio en la salud de las madres y sus hijos?

Proceso mediante el cual se cambió de la Curva RM a la AEA

En el año 2005 el MINSAL tomó una serie de decisiones en un contexto en el cual empezaría a regir el Plan Auge, el cual era el principal proyecto del Ministerio de Salud en ese entonces. Una de estas decisiones fue el cambio de la curva RM a la curva AEA, la cual

fue tomada luego de una serie de reuniones entre el personal del MINSAL y académicos. Para conocer más detalles acerca del cambio de curva, dos de los principales autores de las curvas RM y AEA nos dan su punto de vista al preguntarles qué opinan respecto cómo se desarrolló este proceso.

El Dr. Rosso (coautor de la curva RM), señala: “La curva Atalah no es independiente, sino que es una modificación de la curva RM. Pero es bueno que lleve el nombre Atalah, porque la modificación es significativa.

Creo que nunca se tuvieron muy claros los resultados del estudio del Dr. Atalah y su equipo, por ello creo que faltó rigor científico en la racionalidad en que se sustentó el cambio de curva. Creo sinceramente que se produjo en un contexto de presión política, se sobreestiman algunas realidades del Programa de Alimentación Complementaria que entregaba el Estado.

Es importante señalar que en ese mismo periodo se discutía políticamente si el Estado estaba gastando demasiados recursos en la alimentación complementaria. En este contexto creo que se pensó que la Curva Rosso-Mardones sobrediagnosticaba problemas de obesidad y de bajo peso. Creo que retrospectivamente, y esto lo digo con el aval de los actuales estudios del Dr. Mardones, que queda claro que el cambio de curva se ha traducido en un subdiagnóstico de obesidad y de bajo peso. Por ello, ha aumentado el riesgo de peso bajo de nacimiento.

Durante el mismo periodo en el que se discutían las curvas, se discutía si era necesario disminuir el aporte complementario de leche que entregaba el Estado. Respecto a este caso de la leche y las embarazadas, al desplazar los puntos de corte en la curva, las mujeres de bajo peso disminuían y se hacía menos necesario entregar la alimentación complementaria. Me parece que este cambio fue beneficioso desde un punto de vista político en la época, porque se reducía significativamente el gasto en alimentación complementaria” (Entrevista

al Dr. Pedro Rosso).

También respecto al cambio de curva en 2005, el Dr. Atalah (coautor de la curva AEA) señala:

“La curva que creamos fue en base a un estudio regional, tomando una población no muy grande, en el que se evaluaron los límites de peso que se asocian con mayores riesgos para la madre y el sujeto en gestación. Se usó como referente el IMC, el cual es utilizado hace más de 20 años, mientras que en la antigua curva RM se usaba la relación peso-talla.

Los puntos de corte de la normalidad en la curva RM eran muy altos y sobreestimados, en comparación a estándares internacionales. Se decía que la curva RM sobrediagnosticaba el bajo peso, y a mujeres normales se les estaba haciendo engordar más de la cuenta, sin necesitarlo. Finalmente pareció ser una mejor alternativa y varios países la usan actualmente.

Por otro lado, cabe recalcar que la curva presenta algunos problemas. No es una referencia que se haya hecho a nivel nacional, sino que se hizo solo en Santiago, las muestras de estudios no han sido tan grandes, no se tienen parámetros especiales para las madres adolescentes (esto último debe regularse porque los pesos son diferentes) y finalmente los puntos de normalidad en la curva AEA actualmente están sobreestimando el bajo peso y el alto peso, al igual que la curva RM lo hacía.

Actualmente en el MINSAL se están discutiendo los problemas de la curva que deben resolverse, se han hablado durante estos últimos años para dar una mejor solución, y se pretende adecuar el tipo de gráfica dependiendo de la edad” (Entrevista al Dr. Eduardo Atalah).

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) recomienda que los profesionales de la salud tomen acción para recomendar y monitorizar el adecuado aumento de peso gestacional en relación al IMC previo al embarazo (Hanson et al., 2015). Además, la FIGO recomienda usar la curva RM en los países en desarrollo.

Una significativa proporción de mujeres en países de altos ingresos, supera las recomendaciones de ganancia de peso gestacional. Un aumento excesivo de peso se asocia con mayores pesos y adiposidad fetal en el tercer trimestre, mayor peso al nacer y mayor resistencia a la insulina en la gestante obesa que las mujeres con un aumento de peso normal. La ganancia de peso gestacional es un tema particularmente importante en mujeres que son obesas al comienzo del embarazo. Mientras que el IMC es el mayor determinante de resultados adversos del embarazo, las embarazadas obesas tienen un riesgo aún mayor y tienden a retener más peso, llevando a un IMC mucho más elevado en embarazos posteriores.

Se ha demostrado que las consejerías, como intervención, son algo efectivas para reducir la ganancia de peso gestacional en mujeres obesas, pero la evidencia de que intervenciones en el estilo de vida por sí solas pueden prevenir eventos adversos, es actualmente carente. Las lecciones aprendidas de los programas de control de peso fuera del embarazo también pueden ayudar a promover un mejor control del peso durante el embarazo. Es igualmente importante considerar el aumento de peso en las mujeres desnutridas con bajo IMC pregestacional, así, las mujeres con peso bajo pregestacional que no obtienen un peso suficiente durante el embarazo corren el riesgo de tener resultados obstétricos deficientes y más probabilidades de tener bebés afectados por la restricción del crecimiento fetal, poniéndolos en riesgo de desórdenes metabólicos más tarde en la vida (Hanson & Gluckman, 2015).

Procesos mediante los cuales el Ministerio de Salud toma las decisiones

El MINSAL toma decisiones luego de que estas son discutidas por comisiones de expertos y políticos. No obstante, las conclusiones a las que se llegan muchas veces no son de carácter público. Es por ello que se les preguntó a los tres entrevistados su postura en torno a cómo ellos creen que se llevan a cabo estos procesos y estas comisiones.

Cabe recalcar que los entrevistados tuvieron participación en las comisiones formadas para discutir el cambio de curva del año 2005, pero a continuación nos detallan su visión global respecto a cómo ellos creen que se conforman las comisiones, si es que se analizan de manera integral los problemas, y cómo se llega a las conclusiones que ponen en marcha las políticas.

El Dr. Rosso opina:

“En el MINSAL, las decisiones se suelen tomar en base a estudios que se hacen en el extranjero, los cuales tienen algún grado de comprobación en Chile, pero otros no lo tienen. Esto es muy importante: hay que tener cuidado cuando se aplican cambios, como el de la curva o de protocolos de vacunación, basándose sólo en modelos internacionales. Es importante que se siga reforzando el desarrollo científico nacional, lo cual es un problema general al que nos enfrentamos. No tenemos la cantidad de científicos que el país necesita. Aunque nuestra comunidad chilena de salud es buena en comparación a otros países vecinos. Creo que las elites políticas no valoran lo suficiente el rol que tiene la ciencia en el desarrollo de un país, y particularmente en la salud.

Creo que las ciencias sociales cumplen un rol significativo en cualquier política que se implemente en materia de salud. La obesidad es un problema que debe ser analizada integralmente. Si se quiere saber por qué la clase más vulnerable es más obesa, se debe analizar cuáles son los determinantes sociales, económicos y culturales que inciden en ello”

El Dr. Muñoz se refiere principalmente a la participación de los comités de asesores:

“En cuanto al Ministerio de Salud que yo he conocido, creo que hay dos principales áreas que cuentan con comités de asesores y que han sido muy beneficiosos en la toma de decisiones.

La primera área consiste en los programas nutricionales, los que han tenido comisiones históricas, desde la época en que la desnutri-

ción era un problema. El otro es el programa de vacunas. Los expertos ayudan a utilizar recursos de manera adecuada, señalan qué curvas deben usarse, y en general ayudan a la toma de decisiones. El Estado recoge las asesorías de estos comités e implementan las medidas que creen más prioritarias. Reconozco que no siempre los comités son consultados, a veces ocurre que el estado ocupa a sus propios profesionales para tomar decisiones, lo cual es legítimo.

Es importante abordar desde distintos puntos de vista la obesidad. Por ejemplo, en la dimensión de las representaciones sociales, las personas y las mujeres embarazadas tienen una imagen estándar de la obesidad, estereotipos de cómo se alimentan y se ven las personas, entre otras cosas. A mi juicio, las ciencias sociales en Chile no han trabajado muchos aspectos como estos, sobre todo en lo ligado a las políticas públicas”.

Respecto de la toma de decisiones por parte del MINSAL, el Dr Atalah opina:

“Los procesos se siguen con normas habituales, antes de tomar las decisiones se consultan a diversos especialistas para que analicen problemáticas y propuestas. Así mismo fue el proceso por el cual se cambiaron las curvas, y como en casi todo cambio político, siempre habrá gente a favor y otra en contra.

El MINSAL tiene la facultad de tomar las decisiones y escoger las normas que regirán en todo Chile. Las normas si bien se aplican de manera inmediata, estas llevan consigo una cantidad de capacitaciones y entrega de información sobre los cambios acontecidos”.

Balance de políticas públicas

Se les pidió a los tres entrevistados que hicieran un balance general de qué se ha hecho y qué falta por hacer en Chile en políticas públicas de nutrición, especialmente en la nutrición de las embarazadas.

Al respecto, el Dr. Rosso señala:

“Yo diría que en la realidad de los países latinoamericanos Chile destaca por una buena salud materno-infantil. Esto se traduce en tasas de mortalidad más baja por ejemplo.

En la parte de nutrición, se debería reforzar la educación en la nutrición. Pienso que sucede mucho que la comida solo se reparte, pero no se educa lo suficiente en su consumo. Las matronas deberían estar preparadas para saber sobre nutrición, pues no siempre está la nutricionista en un consultorio.

Finalmente, puedo decir que espero que la controversia actual de las curvas se discuta objetivamente y sin sesgos, para que se puedan tomar las decisiones que correspondan. Yo personalmente creo este es un error que se debe corregir”.

El Dr. Muñoz señala que la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país, nos comenta que:

“El principal problema que se debe combatir es la obesidad. Hemos avanzado en cosas como mejorar los recursos, disminuir enfermedades relacionadas al tubo neural y la anemia, mejorar las recomendaciones lácteas en embarazadas, entre otras cosas.

Hemos avanzado en mortalidad materna y creo que se debe seguir avanzando. Otro problema es la mortalidad infantil, en este último aspecto creo que el país se ha conformado porque tiene una de las tasas más bajas en Latinoamérica, alrededor de 7 u 8 por cada mil. Pero creo que debemos compararnos con aquellos países que están bajo los 3 por cada mil. Por ello me parece que Chile debe hacer el esfuerzo por bajar 3 o 4 puntos en la mortalidad infantil.

El país debiera hacer análisis más exhaustivos sobre la muerte de los niños y que estos estudios abarquen distintos aspectos. Condición de salud, nivel educacional de la madre, los recursos que recibió la madre y su hijo, etc. Estos son aspectos que no han sido muy discutidos.

En síntesis, Chile ha avanzado muchísimo en nutrición, combatimos la desnutrición, pero la obesidad nos pasó la cuenta y debemos hacerle frente. Sobre todo en embarazadas y en lo postnatal”.

El Dr. Atalah señala que Chile ha sido pionero en la región en la creación de políticas relacionadas a la nutrición:

“El Estado ha tenido el rol de crear políticas adecuadas de monitoreo y programas de alimentación. Chile en ese sentido ha sido pionero, estableció normas de alimentación en gestantes mucho antes que otros países.

La primera norma chilena fue creada el año 1979, y fue implementada por el ministerio de salud el año 1981. Fuimos el primer país de Latinoamérica, y probablemente de los primeros en el mundo, en tener un sistema de evaluación nutricional en gestantes.

Es importante controlar esto, crear normas, incentivar y desincentivar lo que corresponda, hacer seguimientos, entre otras cosas. Han sido muy útiles los programas alimentarios, sobre todo en sectores de menos recursos, pues así se han cubierto grandes problemas nutricionales.

Hoy en día la obesidad es una epidemia que no se ha logrado frenar. Todos los esfuerzos que se han hecho no han sido suficientes, y esta insuficiencia sucede en la mayoría de los países. Nuestras conductas alimentarias siguen siendo muy inadecuadas, hay un exceso en el consumo de sal, azúcar, grasas y alimentos hipercalóricos. Es fundamental fomentar buenos hábitos alimenticios. Este tipo de esfuerzos se están haciendo, y deben hacerse sobre todo en los niños y jóvenes, se debe tomar en cuenta la educación nutricional en el infante, ya sea en los colegios a través de los quioscos saludables, o también para los jóvenes controlando los alimentos que se pueden adquirir con la beca JUNAEB. Es importante que desde pequeños tengan una buena alimentación, que prefieran ali-

mentos con mayor contenido de nutrientes y sin tantas calorías.

Otro esfuerzo que ha llevado frutos, ha sido la implementación del etiquetado en ciertos alimentos, lo que ha conllevado a que grandes empresas cambien la forma de producir sus alimentos para obtener menos etiquetas, lo cual se logra al disminuir sales, azúcares, grasas y calorías. Aunque no se ha podido hacer aún un diagnóstico del proceso por el poco tiempo que lleva rigiendo la norma”.

DISCUSIÓN

En base a la bibliografía y a la opinión de los expertos entrevistados ligados a la salud pública chilena, concluimos que, en general, el MINSAL toma decisiones trabajando conjuntamente con los expertos y las políticas públicas aplicadas se basan en argumentos científicos. En comparación a otros ministerios, el MINSAL es uno de los que destaca por su rigurosidad académica. No obstante, aún hay muchos desafíos que debe asumir el Estado en cuanto a la formulación de políticas públicas nutricionales.

Cuando se formulan políticas públicas existe una tensión inseparable entre los intereses políticos y la evidencia científica; la ciencia sirve de sustento para la formulación y aplicación de políticas públicas. Si bien las decisiones tomadas son previamente discutidas entre políticos y expertos, se debe tener claro que las decisiones son tomadas por el gobierno de turno. Esto implica que el gobierno debe realizar un balance entre la evidencia y lo que le sea útil políticamente, pues las instituciones del gobierno tienen la facultad de tomar las decisiones que les parezcan convenientes.

En este sentido, en un análisis retrospectivo de las decisiones tomadas el año 2005, se puede deducir que la decisión de cambiar el estándar de evaluación nutricional de la embarazada, no fue tomada del todo en base a la evidencia científica existente y hasta hoy, no ha sido rectificadas tomando en consideración la evidencia actual. La introducción de

la curva AEA disminuyó considerablemente la proporción de gestantes enflaquecidas, aproximadamente a la mitad, lo que derivó indirectamente en una disminución en la entrega de leche Purita y una ventaja económica para el gobierno al gastar menos dinero en ese recurso. También la introducción de la curva AEA disminuyó considerablemente la proporción de gestantes obesas, disminuyendo la necesidad de atención especializada (figura 2).

Durante el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, existía una preocupación por ahorrar parte del dinero que se estaba gastando en salud, pues se necesitaban fondos para implementar el Plan AUGE en el año 2005. En este contexto, por parte del gobierno surge la moción de disminuir la cantidad de leche que se entregaba como parte de la alimentación complementaria, y si bien se debatían argumentos científicos en torno al tema, esta moción estaba en gran parte influenciada por el argumento político de ahorrar dinero.

Según el MINSAL (2013), para apoyar la toma de decisiones sería beneficioso contar con una institucionalidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA): “El concepto de Tecnologías Sanitaria corresponde a cualquier intervención que pueda ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias es un proceso sistemático de valoración de las propiedades, efectos, beneficios, riesgos y costos de una tecnología aplicada a la atención de salud. Puede abordar tanto consecuencias directas y deseadas de las tecnologías, como indirectas y no deseadas. Su objetivo es proporcionar evidencia de calidad para apoyar la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas en salud seguras, eficientes, costo-efectividad y equitativas.

El sistema de salud chileno es de naturaleza mixta, fragmentada y con diferentes lógicas de funcionamiento de sus partes; está conformado por los subsistemas público, privado y de las FFAA, además de la salud laboral. Estos elementos fundacionales generan la existencia de ineficiencias en la asignación de recursos e inequidades en el acceso a los cuidados de salud y en la salud propiamente tal. En este contexto, esta propuesta espera ser un aporte significativo al mejoramiento de los procesos de toma de decisiones sobre asignación de recursos en salud en Chile”.

CONCLUSIONES

Chile es un país que históricamente y en comparación a otros países, se ha destacado por ser eficiente a la hora de implementar políticas públicas que regulan problemas nutricionales. Hoy en día el principal desafío nutricional que enfrentamos como país, y a nivel mundial, es el aumento sostenido de la obesidad. En este ámbito el MINSAL tiene un rol protagónico, pues desde él surgen las principales medidas y análisis.

El MINSAL ha creado varias iniciativas importantes en políticas públicas de prevención de la obesidad que están recién iniciadas y merecen un análisis detallado. Dentro de ellas se encuentra la nueva ley 20.606, cuyo reglamento comenzó a regir en junio del 2016, la cual busca regular la publicidad y el comercio en alimentos que tienen un alto contenido de calorías, grasas saturadas, azúcares y sodio (Biblioteca del Congreso Nacional, 2015). Esta nueva ley, también llamada Ley de Alimentos, está en constante análisis para determinar sus efectos y posibles mejoras.

Otra de las iniciativas que debe estar a cargo del MINSAL para regular los niveles de obesidad, es fijar los patrones de normalidad que se usarán para establecer los parámetros de normalidad, sobrepeso o bajo peso en la embarazada. Por este motivo, MINSAL debe seguir analizando todas las implicancias en salud que ha tenido el cambio de la curva RM a la AEA, tanto para la madre como para el recién nacido.

Para realizar estos análisis, se debe tener claro que las decisiones que se toman por parte del MINSAL están influenciadas tanto por evidencia científica como por puntos de vistas políticos. En este sentido, es necesario seguir investigando cómo fue el proceso político que derivó en el cambio de estas curvas, y cuáles fueron los argumentos de costo-beneficio utilizados al tomar la decisión. Entender cómo ocurrió este proceso puede ayudar en las políticas públicas futuras que se formulen en torno a este tema.

Es necesario que las políticas públicas se basen en evidencia científica adecuada a la realidad de nuestro país. En este contexto, el Estado debería invertir recursos en instituciones y comisiones especializadas para generar más conocimiento científico propio. Cabe recalcar también que es conveniente que las comisiones de expertos estén conformadas de manera interdisciplinaria, sería bueno que se promueva una mayor participación de expertos en ciencias sociales en torno a las problemáticas de salud, especialmente aquellas relativas a la nutrición pues la obesidad, por ejemplo, es un problema que debe ser abordado de forma integral.

Finalmente, es necesario que una vez que se presente toda la evidencia a favor de alguna política pública, el estado haga esfuerzos por implementarlas de manera oportuna y sin extender demasiado el proceso burocrático. A modo de ejemplo y tal como señaló el Dr. Atalah en su entrevista, existen políticas con amplio respaldo académico que no se tramitan oportunamente, como fue el caso de la mencionada ley de alimentos que fue aprobada luego de muchos años de discusión aun cuando existía respaldo suficiente para ser implementada antes.