

# Programa de Manejo y Seguimiento de Obesidad Infantil

Versión: 5  
Ministerio de Salud  
Subsecretaría de Salud Pública  
Año de inicio: 2021  
Año de término: Permanente

## 1. ANTECEDENTES

**Unidad responsable:** Departamento de Nutrición y Alimentos

**Nombre del encargado:** María José Arce

**Cargo:** Jefa Departamento de Nutrición y Alimentos

**Teléfono(s):** 225689888

**E-mail:** maria.arce@minsal.cl

**Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:**

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	09	01	24	03	000
16	09	01	29	07	002
16	09	01	22	11	001

**Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022":** Programa de Gobierno 2018-2022: Este plan se enmarca en los compromisos de salud del Gobierno del Presidente Sebastián Piñera, mejorando el bienestar y cultura de vida sana. En materia de bienestar y cultura de vida sana el compromiso principal corresponde a "Revitalizar el programa Elige Vivir Sano para promover una cultura de vida sana a través de más ejercicio y mejor alimentación." Política Nacional de Alimentación y Nutrición (MINSAL, 2017): la cual es una herramienta orientadora de las acciones para el logro de los objetivos de salud pública vinculados a la dieta, que se encuentran expresados en la Estrategia Nacional de Salud y a nivel internacional en los Objetivos para el Desarrollo Sostenible.

Estrategia Nacional de Salud 2011-2020:

Plan Nacional de Prevención y Manejo de la Obesidad Infantil 2020-2030: Elaborado por el Ministerio de Salud en respuesta a la alta prevalencia de obesidad en la población infantil, en el cual se proponen diferentes medidas estructurales, comunitarias, familiares e individuales, basadas en el modelo de intervención socioecológico y agrupadas en tres líneas estratégicas:

Políticas para la construcción de entornos saludables.

Estrategias de educación e información en alimentación saludable y actividad física.

Prevención y manejo de la obesidad en la infancia, etapa gestacional y mujer en edad fértil.

De esta manera, se ejerce la misión del Ministerio de Salud respecto a promover hábitos y estilos de vida saludables por medio de incorporar en las políticas, planes y programas, medidas que tengan por finalidad informar, educar y fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles, derivadas de hábitos y estilos de vida no saludables.

**¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?:**

Subsistema Chile Crece Contigo (CHCC)

**Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** La subsecretaría de salud pública tiene como misión liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, alineados con las prioridades del programa de gobierno para el sector y a los objetivos sanitarios de la década, contribuyendo a un progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, asegurando un acceso oportuno y el respeto a la dignidad de las personas, con enfoque de género e inclusión social de grupos vulnerables, especialmente de personas en situación de discapacidad pueblos indígenas y migrantes.

**Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):**

1. Profundizar el rol normativo y regulador de la Subsecretaría de Salud Pública a través del diseño y evaluación de estrategias de abordaje de problemas de salud considerando la promoción, detección precoz y hasta la recuperación, e incorporando la evaluación de las intervenciones con miras al mejoramiento del acceso, oportunidad, costo y calidad de los servicios, favoreciendo los derechos y garantías en salud.
2. Evaluar, formular y rediseñar las políticas públicas existentes, orientadas hacia una cultura de bienestar y calidad de vida, en áreas de promoción de estilos y hábitos de vida saludables; envejecimiento saludable; mayor acceso y disponibilidad de alimentos seguros y sanos; mayor cobertura de inmunizaciones; disminución del consumo de alcohol, tabaco y drogas; protección de la salud sexual y reproductiva; disminución de factores medio ambientales nocivos para la salud; acceso adecuado y uso racional de medicamentos.
3. Fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, reducción de la obesidad, y la salud mental, considerando acciones e intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera de evitar el deterioro del bienestar de las personas en cada fase de la enfermedad.

**Señale los productos estratégicos de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria: Monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020; Desarrollo de Estrategia Nacional de Salud 2021-2030; Vigilancia en salud Pública; Fiscalización con enfoque de riesgos; prestaciones de formalizaciones sanitarias; red nacional de laboratorios de salud pública; regulaciones en alimentos y medicamentos; Ley de Fármacos I implementada; desarrollo de Ley de Fármacos II; Reformas a la Ley de Tabaco; implementación de regulaciones medioambientales y

ocupacionales; desarrollo de la normativa y protocolos asociados a los programas de salud de las personas a lo largo del ciclo de vida; enfermedades transmisibles, no transmisibles y salud mental; otras regulaciones a medicinas complementarias y prestadores de salud; evaluación normativa alimentaria.

**Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados:** Código Sanitario, Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 725, promulgado con fecha 11 de diciembre de 1967 (fecha publicación: 31 de enero de 1968). Como señala su artículo 1°, "rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes". Posee un título específico para los productos alimenticios.

Decreto Supremo N° 977 del Ministerio de Salud que establece el Reglamento Sanitario de los Alimentos, promulgado con fecha 7 de agosto 19 de 1996 (fecha publicación: 13 de mayo de 1997). Tiene por objeto "establecer las condiciones sanitarias a que deberá ceñirse la producción, importación, elaboración, envase, almacenamiento, distribución y venta de alimentos para uso humano, con el objeto de proteger la salud y nutrición de la población y garantizar el suministro de alimentos sanos e inocuos".

Res ex N°1684 del Ministerio de Salud que Aprueba la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, con fecha 29 de Diciembre de 2017. Tiene por propósito "Entregar el marco de referencia para el desarrollo de regulaciones, estrategias, planes, programas y proyectos en materia de alimentación y nutrición."

## 2. DIAGNÓSTICO

**Mencione brevemente el problema o necesidad principal que afecta a la población, y que el programa intenta resolver:** Alta prevalencia de obesidad en la población infantil del país menor de 6 años, beneficiarios de FONASA y bajo control en la red de Atención Primaria de Salud.

**Presente datos cuantitativos que permitan dimensionar el problema señalado anteriormente, caracterizando a la población afectada por el problema (población potencial), señalando datos relevantes, utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):** La obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa perjudicial para la salud, que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas. La calificación nutricional se obtiene a través de la medición antropométrica de peso y talla cuyas variables se correlacionan con la edad y sexo del niño y al compararlos con patrones de crecimiento OMS, permiten determinar el estado nutricional. Cuando el indicador peso para la talla es  $\geq +2$  Desviación Estándar (en menores de 5 niños 29 días) o el indicador IMC para la edad es  $\geq +2$  Desviación Estándar (en mayores de 5 años 1 mes) el niño(a) es calificado con obesidad. Además, para otorgar mayor especificidad al valor de estos indicadores se calcula la desviación estándar a través del Z score, que permite disponer de una información nutricional individual más completa (MINSAL, 2018)

La prevalencia de obesidad en niño/as, va en aumento en el mundo (OMS, 2016). El año 2017 la obesidad se incrementó hasta el 7,3% en menores de 5 años de América Latina y el Caribe, superando el promedio mundial del 5,6% (FAO, 2018). Chile ocupa el 5° lugar mundial en obesidad infantil (GBD, 2015). En Chile entre el año 2005 y 2018, la prevalencia de obesidad de los menores de 6 años aumentó en un 40%, la tasa de crecimiento anual promedio es de 29,22% (DEIS, MINSAL, 2018) y al 2030, la prevalencia de obesidad infantil podría alcanzar un 15,35%.

La meta de la ENS 2010-2020 es "disminuir o mantener la obesidad infantil en los niño/as menores de 6 años". En el año 2018, de los menores de 6 años que se atienden en la Red de Atención primaria de Salud, beneficiarios de FONASA, 11,8% tienen obesidad (DEIS MINSAL, 2018) y según proyección realizada por el DEIS MINSAL para el año 2020 este valor será de 12,5%, 2021 12,8% y para el año 2021 13,1%. Al analizar los datos de obesidad por región, las regiones de La Araucanía 14,74%, Maule 13,10%, Aysén 15,91%, Biobío 13,98%, O'Higgins 11,67%, Ñuble 13,74% y Metropolitana 10,13% tienen las prevalencias más altas del país (DEIS MINSAL 2018). A medida que los niño/as crecen va aumentando la prevalencia de obesidad, coincidiendo principalmente con 3 hitos de la alimentación: inicio de la alimentación complementaria (6 meses), incorporación de los niño/as a la alimentación familiar (12 meses) e ingreso al sistema educacional desde los 3 años.

Por otro lado, la CASEN arrojó que la prevalencia de obesidad (autoreportada) en menores de 6 años es mayor en los que se encuentran dentro de los 3 primeros quintiles de ingreso per cápita por hogar (2,5%, 2,2% y 1,8% respectivamente) (CASEN, 2017). Asimismo, el porcentaje de niños menores de 6 años con malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) pertenecientes a pueblos originarios, es un 23% mayor que la no indígena (CASEN, 2015). Si bien, este dato no da cuenta sólo de obesidad en este grupo, si permite acercarse al número de niños menores de 6 años que pertenecen a pueblos originarios y son obesos.

La Encuesta Nacional de Consumo Alimentario 2010-2011 constató que sólo un 5% de la población tiene una alimentación saludable según las Guías Alimentarias para la Población Chilena.

Un estudio de evaluación sobre aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento de malnutrición por exceso en menores de 6 años (MINSAL, INTA, UCHILE, 2007), en el 80% de los hogares de los participantes, existe al menos una persona adicional con sobrepeso u obesidad y los cuidadores o parientes son un obstáculo para adherir a las indicaciones, ya que entregan a los niños/os golosinas. Además, señalan que el plazo entre controles es de 3 a 6 meses, acotando la atención de nutricionista a 2 controles anuales y la solicitud de horas se dificulta, dado que deben acudir en fechas y horarios determinados, y el tiempo de atención no supera 20 minutos. También, las familias no pueden cumplir las indicaciones, por costo económico de los productos y acceso a la compra de estos (ej: almacenes de barrio ofrecen menos alimentos saludables).

Además, refieren dificultades para adherir a las indicaciones dentro del hogar, debido al escaso control de la alimentación de los menores que sacan alimentos a escondidas o por premiar con golosinas, haciendo que no puedan negar a sus hijos el acceso a alimentos no saludables (MINSAL, INTA-UCHILE 2007).

La evidencia señala la importancia de establecer prácticas alimentarias saludables desde edades tempranas, lo que tienen un rol preventivo de enfermedades como obesidad (Martin J, Chater A, Lorencato F. 2013). Las intervenciones en salud desde temprana edad hasta la edad preescolar tienen mayor costo efectividad en las personas a largo plazo (Lancet 2011). Por último, los mayores porcentajes de asistencia en los últimos 3 meses a control sano corresponde a los niño/as menores a 6 años: 0-1 año 73,9%, 2- 3 años 53,8%, 4-6 años 33,7%, a diferencia del grupo de 7-9 años con un 7,7%. Finalmente, importante indicar que el 79,2% de niños entre 0 a 9 años están afiliados a FONASA (CASEN, 2017)

**A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:** Una de las causas que se relaciona con la obesidad infantil, son los patrones alimentarios, los que han contribuido a provocar un desequilibrio energético en la población infantil. Los niños/as, hoy en día están más expuestos a alimentos ultraprocesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional que son económicos y fáciles de conseguir (OMS, 2016), factores que están determinando las preferencias alimentarias de las personas, sus decisiones al comprar y los comportamientos alimentarios. Asimismo, las normas culturales influyen en la percepción de lo que constituye un peso corporal saludable, especialmente en los lactantes, los niños pequeños y mujeres. En algunos entornos, la obesidad está pasando a ser norma social,

contribuyendo a perpetuar esta condición (OMS, 2016). Por lo tanto, los patrones alimentarios otorgado por las familias de los niños con obesidad, son cruciales a la hora de intervenir este problema. Esto último, considerando que los patrones alimentarios de los adultos se traducen en ejemplo hacia los niños, determinando la alimentación diaria a través del aprendizaje, la cual, para nuestra realidad chilena, se puede ver influencia por el nivel de ingreso socio económico, disponibilidad de alimentos saludables, carga laboral y de los cuidadores de las personas a cargo de la programación de la alimentación familiar, entre otras. Por otro lado, la obesidad puede transmitirse de una generación a otra, consecuencia de diferentes factores causales, siendo uno de ellos los factores conductuales. Las conductas pueden perdurar entre generaciones, ya que es probable que los niños hereden entre otras cosas, los hábitos alimentarios familiares y normas culturales.

Desde otra perspectiva, un factor que afecta en la permanencia de la obesidad infantil en niños, es la adherencia a las indicaciones por parte de los profesionales de salud, relacionadas principalmente con el tratamiento no farmacológico (alimentación saludable y actividad física) (MINSAL, INTA, UCHILE 2007). En un estudio realizado en Chile en niños y jóvenes con sobrepeso y obesidad, el 53% de ellos hizo abandono del tratamiento dentro de los 6 primeros meses. Quienes se mantuvieron dentro del tratamiento durante un año (18,3%), mostraron una mejoría en su estado nutricional significativa (Barja Y, Núñez N, Velandia A, Urrejola N, & Hodgson B, 2005). Además, en los tratamientos que apuntan a modificar hábitos de vida, como la dieta o ejercicio físico, presentan una menor adherencia en comparación con otros tratamientos (Martos M, Pozo M, & Alonso M, 2008). Asimismo, el incumplimiento aumenta en los grupos de edades extremas, niños y ancianos. En el caso de la adherencia a los tratamientos para menores donde entra en juego, no solo las características del paciente, sino que también la impresión que tienen las madres o cuidadores/as sobre la severidad de la enfermedad (Basterra Gabarró, 1999) (Achor, Benítez C, Brac, & Barslund, 2007).

Finalmente, un Estudio sobre el diagnóstico de causas de no adherencia y deserción al programa vida sana (MINSAL, 2018) se señala tener experiencias negativas en relación con la percepción de que los profesionales, principalmente el profesional nutricionista los retaba. Estos "retos" se relacionaban con el no seguir indicaciones o no asistir a los talleres, sumado a que pacientes perciben atención rápida, sin mayores explicaciones, ocasionando no sentirse satisfechos con la atención brindada. Es por ello que se fortalecerá las competencias y habilidades para el manejo de la obesidad infantil de los profesionales Nutricionistas de los centros de APS del Programa de Manejo y Seguimiento de la Obesidad Infantil a través del tercer componente del programa.

**Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional:** Según la OMS, la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con obesidad tienen mayores posibilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como diabetes o enfermedades cardiovasculares. El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de ésta última. (OMS, 2016)

Asimismo, la obesidad a mediano y largo plazo tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la salud durante la infancia, la adolescencia y posteriormente en la edad adulta, (OMS, 2016) que redundan en una muerte temprana y en la aparición precoz de discapacidad en etapas posteriores de la vida.

Dentro de las consecuencias de la obesidad infantil se encuentran el alto riesgo de presentar asma, diabetes mellitus tipo 2, trastornos ortopédicos y consecuencias educacionales como un rendimiento académico reducido (CEPAL, 2017). En 32 países analizados por la OCDE (2019), los niños con sobrepeso, comparados con los niños de peso saludable, tienen un rendimiento escolar más bajo, mayor probabilidad de faltar a clases y ausencias más prolongada cuando faltan a la escuela. (CEPAL, 2017) Sumado a esto, se incrementa la posibilidad de sufrir discriminación de pares y estigmatización, pudiendo causar importantes trastornos psicológicos relacionados con la baja autoestima (UNICEF, 2019), debilitando su salud mental y su calidad de vida.

Las implicaciones para la salud de la obesidad en la edad adulta incluyen enfermedades arterial coronaria prematura, hipertensión, diabetes tipo 2, accidente cerebrovascular y ciertos tipos de cáncer, lo que contribuye a las principales causas de mortalidad en adultos (Deal et al, 2020).

**De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados:** Cada vez hay más evidencia respecto al costo de la obesidad infantil a lo largo de la vida, aún son escasos al compararse con datos de la obesidad en etapa adulta. Sin embargo, la obesidad infantil es un factor predictivo de la obesidad adulta, por consiguiente conlleva consecuencias económicas y sanitarias, para la personas y para la sociedad en general. (OMS, 2016)

Estudios señalan que el costo económico de la obesidad en Chile asciende a 1,4 billones de pesos en promedio anual para el período 2010-2030, con una clara tendencia alza. Por tanto, se proyecta que al año 2030 los costos totales atribuibles al sobrepeso y obesidad asciendan a más de 3 billones de pesos al año. (Cuadrado, 2016)

El costo total anual de la obesidad y el sobrepeso en Chile para el período 2015 a 2078 será de 1.069 millones de dólares al año (CEPAL, 2017).

De éstos, cerca de 450 millones de dólares anuales son costos directos y recaen sobre el sistema público de salud. Más de 500 millones de dólares por pérdidas de productividad asociadas principalmente a mortalidad prematura y, en menor medida, al ausentismo laboral. Esta estimación podría considerarse un mínimo pues no contempla la totalidad de costos indirectos (por ejemplo: pérdidas en productividad asociados al menor rendimiento escolar y a la mayor deserción de los alumnos, costos asociados al uso menos eficiente de recursos y al daño medioambiental, entre otros).

En Chile se estima que 14.780 muertes anuales son producto del sobrepeso y obesidad, destacando las enfermedades cardiovasculares. Esto representa a un 14,3% de los años de vida potencialmente perdidos. (Cuadrado, 2016)

**Proporcione evidencia de experiencias nacionales o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar el diseño de este nuevo programa y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** De acuerdo con lo señalado por la OMS en el año 2016 en una publicación liderada por una comisión de expertos llamada "Acabar con la Obesidad Infantil", concluyeron que aún ninguna experiencia por sí sola ha presentado resultados exitosos e invita a los países a implementar recomendaciones. Una de estas se relaciona con "ofrecer a niños con obesidad servicios para el control del peso, que reúnan diversos componentes, centrados en la familia y en la modificación de estilos de vida". Es decir, las transiciones sociales exigen intervenciones que incluyan actividades de apoyo a los cuidadores a fin de que estos contribuyan a lograr cambios conductuales en sus hijos, junto al rol de acompañamiento que la atención primaria de salud (APS) debería brindar (OMS 2016).

El tratamiento farmacológico no está indicado para el manejo de la obesidad infantil, pues más bien, influyen factores biopsicosociales. Dentro de estos, se encuentran, las interacciones de los integrantes de la familia, funcionamiento familiar, entorno del hogar, la crianza, las rutinas de salud familiar, entre otros. Además, se suman valores culturales familiares, etnia de origen, barreras de idioma y preferencias dietéticas (Ash et al., 2017), lo cuales también influyen en el éxito de las intervenciones (Ling et al. 2016). Estas intervenciones deben ser realizadas en menores de 6 años, para lograr mayor efectividad en sus resultados (St. George et al., 2020). Dentro de las estrategias recomendadas para intervenir en familias, se

encuentran aquellas relacionadas con terapias cognitivas conductuales (Barlow S. And Expert Committe, 2007), el uso de la teoría de aprendizaje social, entre otras, que han demostrado efectividad (L H Epstein, Roemmich, & Raynor, 2001). Como ha sido señalado, la APS se considera un entorno ideal para intervenciones de control de peso (Davis et al. 2007), quien debe velar por que el número de controles, la duración del tratamiento y el número de visitas con profesionales (Mitchell et al. 2016, Janicke et al. 2014, Whitlock et al. 2010), respondan a las necesidades particulares de la familia y el niño, para contar con mejores resultados. Hoy no existe evidencia suficiente para definir un tiempo esperado para que un niño deje de ser obeso, pero sí existen estudios que contar al menos con 5 de 6 intervenciones en atención ambulatoria durante un año, tienen impacto en la reducción de la obesidad (Ling et al. 2016), escenario en el cual deben ser incluidos los padres en reuniones grupales, sesiones de actividad física y/o terapia conductual, entre otras estrategias como visitas domiciliarias y telemedicina (mensajes de texto, videollamadas y recursos comunitarios en línea) (Bala Natasha, 2019). Por otra parte, es importante considerar, las implicancias sociales y emocionales que significan para los padres abordar la obesidad de sus hijos, a través de espacios de desarrollo de habilidades y de discusión que puede ayudar a negociar estas implicaciones (Campbell, S, 2016), elementos claves para evitar el abandono a estos tratamientos.

Un programa que ha presentado resultado en EEUU y que puede ser sugerente a la hora de indicar programas similares al propuesto, se relaciona con una intervención que contó con la participación de 400.000 niños de 2 a 5 años de edad con obesidad y de familias de bajos ingresos del Condado de Los Ángeles, disminuyeron su diagnóstico de obesidad de 23% en 2009 a 18% en 2015 (CDC 2013; Los Angeles County WIC Data Website, 2017) a través de asesoramiento nutricional, talleres educativos, visitas al hogar, programas de detección, manejo y derivación de la obesidad, entre otros. Todas estas acciones son consideradas en los componentes 1 y 2.

Complementando lo anterior y según la OMS, la investigación en torno a los efectos de los factores relacionados con el equipo de atención sanitaria es relativamente escasa. Sin embargo, entre los factores que se enumeran se encuentra "la falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas" (OMS, 2004).

Por otra parte, el estudio titulado: "Diagnóstico de causas y no adherencia y deserción del Programa Vida Sana" (MINSAL, 2019), recomienda como acción central, que los equipos cuenten con los conocimientos y habilidades para poder propiciar una intervención específica, haciéndose necesaria la capacitación constante del equipo de profesionales en el manejo motivacional de los usuarios. La capacitación es fundamental en el desarrollo de habilidades y en la incorporación de prácticas. Así es necesaria la conformación de equipos de trabajo basados en prácticas y contextos reales que puedan desarrollar las intervenciones. En suma, "la educación permanente se convierte en una herramienta dinamizadora de la transformación institucional, facilitando la comprensión, valoración y apropiación de modelos de atención que promueven los nuevos programas" (Davini, 2002).

### 3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

#### 3.1) Objetivo

**Fin del programa:** Contribuir a mejorar la salud de la población infantil del país.

**Propósito del programa:** Disminuir la prevalencia de obesidad infantil en niños/as menores de 6 años, beneficiarios de FONASA y bajo control en la red de Atención Primaria de Salud.

#### 3.2) Población potencial

**Descripción:** Niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico de obesidad, bajo control en la Red de Atención Primaria de Salud y beneficiarios de FONASA.

Una de las actividades que por Normativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia está definida dentro del Control Salud Integral, es la evaluación del estado nutricional que permite determinar esta condición en los /niños/as a lo largo de su crecimiento. Este control es realizado en la atención primaria de salud a la población de niños/as beneficiarios de FONASA. En el grupo de la población de niños/as menores a 6 años, acceden a este beneficio en promedio, un 80% de la cobertura del país.

La calificación nutricional se obtiene a través de la medición antropométrica de peso y talla, cuyas variables se correlacionan con la edad y sexo del niño. Estos valores al compararlos con patrones de crecimiento OMS, permiten determinar el estado nutricional. Cuando el indicador peso para la talla en menores de 5 años 29 días es  $\geq a + 2DE$  (Desviación Estándar) o el indicador IMC para la edad en mayores de 5 años 1 mes es  $\geq a + 2DE$ , el niño(a) es calificado con obesidad. Además, para otorgar mayor especificidad a estos indicadores, los valores arrojados son precisados a través del puntaje de Z score, el cual permite disponer de una información nutricional individual más completa (MINSAL, 2018).

**Unidad de medida:** Personas

**Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente:** 113118

**Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada:** Registros Estadísticos Mensuales. DEIS MINSAL. Año 2018

#### 3.3) Población objetivo

**Descripción:** Niños y niñas cuyos padres o tutores aceptan ingresar al programa, lo cual quedará respaldado mediante un consentimiento informado firmado ellos y administrado por el programa. Se atenderá a todos los niños y niñas cuyos padres o tutores firmen el consentimiento.

En el caso de niños y niñas que cumplan los criterios de priorización y pertenezcan a pueblos indígenas, la intervención se adecuará a las particularidades de la población indígena.

Criterio de prelación:

- Orden de llegada

**¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?:** No

Cuantifique la meta de población objetivo que se espera alcanzar en los siguientes años:

	2021	2022	2023	2024
Población objetivo	113.118	114.538	115.958	117.378

## 4.1) Estrategia

El programa presenta 3 componentes.

Nombre	Descripción
<p><b>Diagnóstico y manejo nutricional parental y familiar</b> Prestaciones de Salud (Prestación de salud o sociosanitaria)</p>	<p><b>OBJETIVO:</b> Brindar manejo nutricional a beneficiarios del programa, para mejorar los patrones alimentarios inadecuados del niño y familia.</p> <p><b>SERVICIO:</b> Atención nutricional centrada en el usuario, que consistirá en educación nutricional parental y familiar, considerando al niño en su sistema familiar, basándose en recomendaciones de alimentación saludable. Esta prestación se realizará mediante una visita domiciliaria (VD) de ingreso, realizada por el profesional Nutricionista a cargo, quien identificará prácticas alimentarias familiares que conducirán al diagnóstico alimentario nutricional del niño y su núcleo familiar. El diagnóstico tendrá información respecto al consumo de diferentes tipos de alimentos a fin de detectar consumos inadecuados; hábitos alimentarios en términos de tiempos de comidas, horarios, frecuencias; disponibilidad y acceso alimentario para identificar la existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, prácticas culinarias (formas en las que realiza la preparación de alimentos), preferencias y costumbres alimentarias para comprender y respetar creencias, conocimientos y prácticas heredadas asociadas a la alimentación del núcleo familiar. En base a este diagnóstico se elabora un Plan de Intervención consensuado con la familia, al cual se le dará seguimiento en los controles siguientes, donde se indicarán y reforzarán las modificaciones graduales alimentarias a llevar a cabo, respondiendo a la información del diagnóstico. Esto se realizará a través de técnicas educativas prácticas/ teóricas alimentarias nutricionales y mediante entrevistas motivacionales.</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> Niños/as menores de 6 años con obesidad bajo control de la red de atención primaria, beneficiarios de FONASA, considerando a sus familias y/o cuidadores.</p> <p><b>FORMA EN QUE SE PRODUCE Y ENTREGA EL BIEN:</b> Primero se realizará consulta de ingreso mediante VD, en la cual se realizará diagnóstico alimentario nutricional y se acordará plan de intervención consensuado, al cual se dará seguimiento en visitas domiciliarias siguientes, las que tendrán una frecuencia diferenciada según edad del niño: 2 VD al año en niños &lt; de 2 años y 3 en niños entre 2 y 6 años. En paralelo, ambos grupos tendrán 4 talleres grupales por videollamada, para reforzar el plan y fortalecer habilidades parentales. Al grupo entre 2 y 6 años se suman 2 visitas de control al centro de salud. Todas estas actividades son realizadas por el profesional Nutricionista a cargo del programa en el centro de salud.</p> <p><b>DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN:</b> El ciclo de intervención por niño será de 12 meses y en caso de que se logren los objetivos antes se dará el alta y derivará a sus controles de salud infantil en APS. En caso contrario, si no se logra esta meta, podrá ser reintegrado al Programa, acción que debe ser aprobada por la familia a través de un consentimiento informado.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 113.118 Niños/as que reciben plan de diagnóstico e intervención para el manejo alimentario nutricional parental y familiar</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 3.694.552</p>

Nombre	Descripción
<p><b>Actividades de acompañamiento para la adherencia al programa</b>  Prestaciones de Salud  (Prestaciones de Salud)</p>	<p><b>OBJETIVO:</b> Fortalecer la adherencia a través de actividades de acompañamiento que permitan dar continuidad al tratamiento alimentario nutricional y evaluar su cumplimiento.</p> <p><b>BIEN O SERVICIO PROVISTO:</b> Paralelamente a la intervención del manejo de la obesidad indicadas en el componente N°1, se incorporan actividades de acompañamiento (videoconferencias individuales o grupales y llamadas telefónicas) para fortalecer la adherencia al programa, las que están dirigidas a todos los beneficiarios de éste y que permiten fortalecer la adherencia del tratamiento y remediar oportunamente dificultades que pongan en riesgo su éxito. Además, se incorporan visitas domiciliarias de rescate, aplicadas en los casos de niños y niñas en riesgo de deserción al programa (caracterizados por presentar un cumplimiento menor al 50% de las actividades del componente N° 1) .</p> <p>Todas estas actividades son desarrolladas por el profesional Nutricionista a cargo del programa.</p> <p>Para efectos de este Programa, se entenderá por adherencia al grado de asistencia o participación de los/as beneficiarios/as a las actividades programadas. Se considerará una adherencia exitosa cuando el(la) beneficiario/a junto a su familia asisten al menos al 80% de las actividades programadas en el componente 1. Para evaluar el grado de adherencia, se utilizará la plataforma de registro del Programa, la cual será desarrollada para contar con una base de datos que reporte este indicador, como también, la ficha y evolución de salud del niño/a y su familia.</p> <p><b>POBLACIÓN A LA QUE SE ENTREGA EL BIEN O SERVICIO:</b> Niños menores de 6 años con diagnóstico de obesidad bajo control de la red de APS, beneficiario de FONASA, considerando a sus familias y/o cuidadores a cargo, beneficiarios del Programa y que acuden al primer y último control programado.</p> <p><b>MODALIDAD DE PRODUCCIÓN O FORMA EN QUE SE PRODUCE Y ENTREGA EL BIEN O SERVICIO:</b> Mediante llamadas telefónicas, videoconferencias individuales o grupales, cada 15 días y/o mensuales, entre los periodos que no cuente con actividades programadas del componente 1. En los casos que existan dificultades en la adherencia (cumplimiento menor al 50% de las actividades del componente 1), se realizarán rescates mediante Visitas Domiciliarias Integrales.</p> <p><b>DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE:</b> La ejecución de este componente está programado para 12 meses, en los casos que el niño/a logré los cambios esperados se dará su alta anticipadamente.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 113.118 Niños/as con actividades de acompañamiento de adherencia al programa realizadas (presencial o virtual).</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 1.333.125</p>

Nombre	Descripción
<p><b>Formación técnica en manejo de obesidad infantil</b> Capacitaciones / Cursos / Charlas (Cursos, charlas y talleres)</p>	<p><b>OBJETIVO:</b> Fortalecer las competencias y habilidades para el manejo de la obesidad infantil de los profesionales Nutricionistas a cargo del Programa de Manejo y Seguimiento de la Obesidad Infantil, en los centros de APS del país.</p> <p><b>BIEN O SERVICIO PROVISTO:</b> Se realizará un ciclo de formación técnica a distancia para el desarrollo de competencias y habilidades a profesionales del programa a nivel comunal, a través de cápsulas educativas virtuales, a fin de entregar herramientas metodológicas efectivas que otorguen una adecuada atención a las familias y/o cuidadores para que logren obtener las habilidades que apoyaran la modificación de los patrones alimentarios. Los temas a tratar serán los siguientes: Cápsula 1: -Actualización en alimentación y nutrición (normas, guías alimentarias y patrones de evaluación nutricional) -Lineamientos del programa a nivel local. Cápsula 2: -Crecimiento y desarrollo de los niños. -Manejo nutricional de la obesidad e intervención nutricional familiar. Cápsula 3: -Estrategias de modificación alimentaria (entrevista motivacional, tratamiento cognitivos conductuales, comunicación efectiva, psiconutrición y coaching nutricional). Cápsula 4: -Modulo integrado con casos clínicos.</p> <p><b>POBLACIÓN A LA QUE SE ENTREGA EL BIEN :</b> Nutricionistas a cargo de implementar el programa a nivel local, pertenecientes a centros de APS. Por año se formaran a 345 profesionales, estimando un profesional por comuna del país.</p> <p><b>MODALIDAD DE PRODUCCIÓN O FORMA EN QUE SE PRODUCE Y ENTREGA EL BIEN O SERVICIO:</b> Se realizará formación mediante 4 capsulas educativas virtuales, para lo cual se realizará licitación centralizada. Las cápsulas constituyen un ciclo de formación anual, comprenden 80 horas cronológicas (20 horas por capsula educativa), las que serán evaluadas de manera virtual al finalizar el ciclo de formación mediante un test que será aprobado con nota mayor a 6 (de una escala entre 1 a 7). Además para aprobar, los profesionales que sean parte del programa deben contar con el ciclo de formación completo, el cual será desarrollado durante el primer mes de implementación del Programa. Pasado este mes, se inicia el proceso de ingreso de niños/as al programa. Esta acción será supervisada por los Servicios de Salud y Seremis de Salud.</p> <p><b>TIEMPO O DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE:</b> Cada ciclo de formación se realizará en un periodo de 1 mes por año. Aquellos profesionales que hayan realizado el primer curso, en los próximos años, podrán realizar las capsulas de formación en un tiempo de 2 meses.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 345 Profesionales Nutricionistas formados/as de los centros de APS del Programa de Manejo y Seguimiento de la Obesidad Infantil.</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 10.000</p>

**Estrategia de intervención:** Para la implementación exitosa de este programa los servicios de salud tendrán el rol de articular entre el nivel central y los centros de APS comunales a fin de velar por el buen cumplimiento de los lineamientos estipulados. Por otro lado, los Centros de APS serán quienes ejecutarán el programa de manejo y seguimiento de obesidad infantil, en el marco de los lineamientos técnicos y administrativos emanados desde el nivel central.

Los niños/as que son controlados de acuerdo con las directrices del Programa Nacional de Salud de la Infancia, reciben entre otras prestaciones el Control de Salud Integral, en donde uno de sus objetivos es la evaluación del estado nutricional. Si este es calificado como "obesidad", el niño/a será derivado/a a una consulta dentro del mismo centro de salud. Esta última tiene como objetivo, confirmar el diagnóstico de obesidad e iniciar el manejo nutricional. En estos casos confirmados, el nutricionista sensibilizará a la familia en la importancia del tratamiento temprano de la obesidad en los niños/as y su impacto en la salud, acción que será realizada a través del ingreso al Programa de Manejo y Seguimiento de la Obesidad Infantil. Aquí se aclararán los alcances de participar en el programa, definirá los derechos y deberes de los/as usuarios/as, y en caso de que el/la cuidador/a acepte, se realizará iniciará la firma del consentimiento informado, momento en el cual se da inicio al ingreso del niño/a al Programa. En el caso de que la familia no acepte, el niño/a deberá continuar con las prestaciones del Programa Nacional de Salud de la Infancia. Luego el referente del Programa del centro de salud canalizará los consentimientos informados y contactará a la familia para programar la 1º Visita Domiciliaria Integral (VDI) de ingreso. Dentro de esta prestación y con los antecedentes ya mencionados, se realizará junto a la familia un Plan de Intervención Consensuado (PIC) en el cual se definirán metas individuales y familiares reales que tributarán a que el niño/a y su familia, modifiquen conductas alimentarias y en consecuencia el estado nutricional del niño/a. El registro tanto de la 1º VDI como las distintas acciones restantes, deberán ser ingresadas a la plataforma del sistema. Al finalizar esta actividad el nutricionista planificará en los/as niños/as menores de 2 años al menos 2 VDI anuales y 4 Talleres Grupales (TG) por videollamada y en aquellos niños/as 2 a 6 años, al menos 3 VDI junto con 2 controles anuales en el centro de salud y 4 TG. Mediante las VDI se espera evaluar resultados en las conductas alimentarias familiares y diagnóstico nutricional de los/as niños/as, y de ser necesario, adaptar los PIC. Los talleres reforzarán los PIC (a través de técnicas culinarias, planificación alimentaria, pautas de crianza, etc.). Estos talleres deben adecuarse a la realidad familiar (contexto socio económico, pertenencia a pueblos originarios y migrantes,

disponibilidad de alimentos locales, etc.). Considerando que el Programa se desarrolla en el contexto del modelo de salud familiar y comunitario, el profesional puede activar la red local, mediante la incorporación de otros programas intra e intersectoriales, si fuese necesario, como el Subsistema Chile Crece Contigo, Programa Vida Sana, Programa en Alimentación Saludable y Actividad Física para Familias EVS, Programa de vigilancia y fiscalización de ambientes alimentarios, PESPI, Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje (JUNAEB), establecimientos educacionales de JUNJI y Fundación Integra. Todo lo mencionado hasta ahora, tributa al componente 1.

Paralelamente y como parte del componente 2, el profesional a cargo deberá dar seguimiento a la adherencia tanto del niño/a como a su familia, para lo cual, deberá estar en contacto mensualmente o cada 15 días, en los periodos intermedios de las actividades del componente uno. Esta comunicación se realizará mediante videollamada y llamadas telefónicas; acción que será reportada en la plataforma del programa. En los casos que existan dificultades en la adherencia (cumplimiento menor al 50% de las actividades del componente 1), se realizarán rescates a través de VDI. El componente 3, busca fortalecer las habilidades y competencias de los profesionales previo a la implementación del programa y luego de refuerzo en la ejecución del mismo, las cuales, de acuerdo con la evidencia, pretenden responder satisfactoriamente al manejo de la obesidad infantil en el contexto familiar. Esta formación será otorgada a través de cápsulas educativas de formación exclusiva para quienes son parte del programa, a través de ciclos anuales conformados por 80 horas (20 horas por sesión), las que serán evaluadas de manera virtual. Los profesionales que sean parte del programa deben contar con el ciclo completo, el cual se iniciara un mes antes de la implementación del programa a nivel local.

Por último, cada 5 años se desarrollará estudio cualitativo mediante entrevistas y grupos focales a padres o tutores de niños con diagnóstico de obesidad que aceptaron ingresar al programa con el propósito de determinar factores que facilitan o dificultan la adherencia a la intervención a fin de incorporar estos elementos y favorecer una implementación exitosa.

**Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa:** 1 año

**Criterios de egreso:** Dado que la condición de obesidad puede perpetuarse en el tiempo a lo largo de la vida de los niños/as, se considera necesario mantener la intervención en tanto se mantenga su condición de obeso, una vez mejore su condición nutricional se egresará al niño/a, lo que coincidirá con el cumplimiento del plan de intervención consensuado con la familia.

No obstante, se ha considerado el reingreso de los niños que no cumplan con los objetivos propuestos y también el reingreso en niños que vuelvan a ser diagnosticados con obesidad posteriormente.

**¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?:** Si, Este programa busca realizar un manejo en la red de atención primaria de salud oportunamente a los niños y niñas (menores de 6 años) con estado nutricional de obesidad, en conjunto a su grupo familiar y cuidadores, situación que hoy en día afecta a una gran magnitud de la población, lo cual tiene un gran impacto social, económico y sanitario para el país. Dado que la condición de obesidad puede perpetuarse en el tiempo a lo largo de la vida de los niños y niñas, se considera necesario mantener la intervención en tanto se mantenga su condición de obeso, una vez mejore su condición nutricional se egresará al niño o niña.

**Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar):** Este Programa espera brindar atención nutricional a los niños menores de 6 años con diagnóstico de obesidad, a fin de actuar desde una mirada de intervención individual y familiar para modificar los actuales patrones alimentarios tanto del niño como de su familia, por lo tanto es un programa que atiende al problema ya existente (obesidad infantil)

**Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa:** Debido a que la población objetivo de este programa son los niños y niñas menores de 6 años, grupo en formación que no toma decisiones autónomas respecto a su alimentación y que además se ve influenciado por los patrones alimentarios de su entorno más cercano, familias y/o cuidadores, es clave realizar las intervenciones considerando el sistema familiar en el cual se desarrollan los niños y niñas bajo control. Por lo tanto, los padres y/o cuidadores cumplen un rol activo colaborando con los cambios de conducta, participando en el reforzamiento, facilitando los cambios del ambiente.

Los padres y cuidadores a cargo se convierten en fuente de autoridad y papel modelo para sus hijos, ofreciendo ambientes menos obesogénicos y mayor control de autorregulación y conductas saludables. (SungChan, Sung, Zhao, & Brownson, 2013).

#### 4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

**Ejecución:** El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Centros de Atención Primaria de Salud (APS)	Municipio o Corporación Municipal	Componente	El programa será ejecutado en los Centros de Salud de APS de las comunas del país, que en ese contexto proveerán de su infraestructura para la implementación del programa a nivel comunal.	Todos los Centros de Salud de APS del país

**Articulaciones:** El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
--------	---------------------	---------------------------------	--------------------------------

Servicios de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Servicios de Salud	Participarán en la supervisión de la gestión e implementación del Programa a nivel de los establecimientos municipales de atención primaria de salud del territorio que lo conforma.
--------------------	--	--------------------	--

**Complementariedades Internas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Nombre	Nivel	Descripción
Participación Social y Empoderamiento en Salud - Elige Vivir Sano	A nivel de política pública y gestión	Se debe considerar que "Alimentación Saludable y Actividad Física para familias Elige Vivir Sano Salud" está dirigido a entregar información a adultos a cargo de niños y niñas sin otorgar tratamiento ni seguimiento al niño/a, por lo tanto, no hace distinción en término de la condición nutricional de su población la cual son los adultos a cargo de niños, en cambio este programa es un conjunto de intervenciones dirigidas al manejo y seguimiento, dentro de una estrategia de tratamiento, de casos de obesidad infantil, de forma individual y familiar. En consecuencia, ambos programas son complementarios. Las familias que participen del programa de "Alimentación Saludable y Actividad Física para familias Elige Vivir Sano Salud", serán informadas acerca del "Programa de Manejo y Seguimiento de la Obesidad Infantil, para que puedan acercarse a su Centro de Atención Primaria de Salud correspondiente, ser evaluados e ingresados al programa si corresponde.
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	A nivel de política pública	Una de las estrategias del "Plan Nacional de Prevención y Manejo de la Obesidad Infantil 2020-2030", se relaciona con PNAC, el cual, en virtud de la alta prevalencia de obesidad infantil en los niños menores de 6 años, apuntan al mismo fin de este programa, a través de la modificación de la composición nutricional de los productos disponibles para los niños menores de 6 años. Por lo tanto, contribuirá a mejorar el acceso de alimentos adecuados a los requerimientos nutricionales que acuden a nuestro Programa.

Nombre	Nivel	Descripción
Programa de vigilancia y fiscalización de ambientes alimentarios	A nivel de política pública y gestión	El "Programa de Vigilancia y Fiscalización de entornos Alimentarios" contribuye a mejorar el entorno alimentario, reduciendo la publicidad dirigida a niños de alimentos altos en y eliminando su comercialización al interior de los establecimientos educacionales. En el caso, de que en el marco de la intervención del Programa de Manejo y Seguimiento de la Obesidad Infantil se establezca que un niño/a tienen como dificultad para la adherencia al tratamiento la venta o entrega a título gratuito de alimentos "Alto En?", mediante un mecanismo confidencial se procederá a dar aviso a la SEREMI de Salud correspondiente para proceder a su fiscalización.

**Complementariedades Externas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	A nivel de política pública y gestión	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - CHCC	El componente de salud de CHCC, cuenta con el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial que tiene 5 componentes, 2 de ellos se complementarán con el Programa de manejo y seguimiento de la obesidad infantil: Fortalecimiento del desarrollo integral del niño/a y Atención de niños/as en situación de vulnerabilidad. Se espera que los niños de este programa sean derivados a las prestaciones mencionadas cuando corresponda, en el marco del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	A nivel de política pública y gestión	Elige Vida Sana (Ex Vida Sana) (Reformulado 2018)	Se desarrollará una estrategia de articulación entre ambos programas, a fin de optimizar el manejo integral de los niños/as junto a sus familias evitando sobre intervención. Para lo cual, el encargado/a del Programa de Manejo de Obesidad Infantil comunal deberá coordinarse con encargado/a de Programa Vida Sana, quien reforzará indicaciones de este programa. Además se desarrollará una plataforma que integre los datos de salud de ambos programas, propiciando una mejor adherencia de los usuarios/as a ambos programas.
Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	A nivel de política pública y gestión	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)	Los niños y niñas diagnosticados con obesidad en el control del niño sano, contarán con manejo y seguimiento familiar, visitas domiciliarias del Programa de Manejo y Seguimiento de obesidad infantil. En el caso de la población indígena, la intervención será coordinadamente con encargada del PESPI.
Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	A nivel de gestión	Escuelas Saludables para el Aprendizaje	A través de las mesas de trabajo intersectoriales tanto regionales como comunales, se coordinará la oferta intersectorial, que apunte hacia el manejo de la obesidad infantil para optimizar recursos y evitar sobreintervención.

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Educación	Junta Nacional de Jardines Infantiles	A nivel de gestión	Jardín Clásico Administrado por Junji y Vía Transferencia de Fondos	A través de las mesas de trabajo intersectoriales tanto regionales como comunales, se coordinará la oferta intersectorial, que apunte hacia el manejo de la obesidad infantil para optimizar recursos y evitar sobreintervención.
Fundaciones	Fundación Integra	A nivel de gestión	Jardines Infantiles y Salas Cuna de Administración Directa	A través de las mesas de trabajo intersectoriales tanto regionales como comunales, se coordinará la oferta intersectorial, que apunte hacia el manejo de la obesidad infantil para optimizar recursos y evitar sobreintervención.

#### 4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	En la implementación, como parte de los contenidos de formación de los profesionales que deben realizar el seguimiento familiar, se incluirá la implementación con perspectiva de género a fin de promover la distribución equitativa de las responsabilidades de la alimentación (compra, planificación, cocina, lavado, etc); contenidos relacionados con la percepción de la imagen corporal y la salud, autocuidado y consideraciones relativas a la equidad en el uso del tiempo en los integrantes del grupo familiar para promover el autocuidado.	
Pueblos indígenas	Si	Esta condición se considera en los criterios de priorización de la población objetivo, en la ejecución y seguimiento de las intervenciones nutricionales a realizar, las que deben adecuarse a las particularidades de la población indígena. Es decir, en aquellos casos en que niños y niñas correspondan a población indígena se deberá capacitar a los equipos locales en materia de incorporación de enfoque intercultural, así también trabajar con el programa PESPI para incorporar su cosmovisión al tratamiento, pautas alimentarias que incorporen recomendaciones de alimentación tradicional adecuada en términos culturales y territoriales (por ejemplo incluyendo el fruto de prácticas de cultivo y recolección en el entorno), aspectos relacionados con la aculturación en materia de alimentación (alta valoración de bebidas azucaradas entre otros). Por último, se reforzará en el tratamiento el trabajo con la percepción corporal de la obesidad.	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pertinencia territorial	Si	Las orientaciones y educación nutricional realizadas serán adecuadas a la disponibilidad de alimentos de la zona territorial de cada familia. Los requerimientos de seguimiento y visitas contemplarán recursos adecuados para lugares con alta concentración de personas y gran dispersión geográfica.	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	Si	El programa tiene como foco principal la atención de niños, niñas con diagnóstico de obesidad. En particular aquellos beneficiarios de FONASA, Bajo control de la red de atención primaria de salud. Por lo tanto, este grupo es incorporado en la etapa de diseño, ejecución y seguimiento de las intervenciones a realizar.	
Discapacidad	Si	Durante el diseño e implementación, en tanto se debe desarrollar las curvas de NANEAS específicas para la categorización de esta población, producto elaborado desde el nivel central en conjunto con un comité de expertos, que posteriormente será aplicado por el profesional nutricionista del programa, según criterio profesional e indicación del tratante.	
Migrantes	Si	El plan de intervención consensuado con las familias será adecuado al lenguaje y uso de sistema de medición que la persona comprenda según su país de procedencia en la etapa de ejecución del programa.	
Otra condición	No		

#### 4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

**Mecanismos de participación ciudadana:** Si

- Entrevistas a beneficiarios
- Focus group

**Descripción:** Durante la evaluación, se desarrollará periódicamente entrevistas y grupos focales a beneficiarios para determinar aquellos factores que facilitan o dificultan su adherencia a la intervención a fin de incorporar estos elementos en la intervención y favorecer implementación exitosa. Además, el Ministerio de Salud sus SEREMIS y Centros de Salud cuentan con mecanismos de participación como consejos de usuarios, cuentas públicas, diagnósticos participativos establecidos por normativa de salud (norma de participación Ciudadana, Ley de Participación Ciudadana y Ley de Autoridad Sanitaria y Participación Social), en los que se tematiza la gestión de las políticas y programas del sector a nivel institucional.

**Mecanismos de participación y transparencia pública:** Si

- Cuenta pública

**Descripción:** Los datos de producción serán presentados en las cuentas públicas de los establecimientos de salud tanto a nivel regional como comunal y también desde el nivel central. Además, se presentará el seguimiento del programa al comité de usuarios de cada establecimiento, SEREMI y del MINSAL.

## 5. INDICADORES

### 5.1) Indicadores

**Indicadores a nivel de Propósito:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)

<p>Prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años que se atienden en FONASA bajo control en APS</p>	<p>(N° niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico nutricional de obesidad que se atienden en FONASA bajo control en el sistema público de salud en el año t/N° total de niños y niñas menores de 6 años que se atienden en FONASA bajo control en el sistema público de salud en el año t)*100</p> <p><b>Fuente de información:</b> DEIS/MINSAL</p>	<p>Los datos son obtenidos en las estadísticas del REM DEIS MINSAL, calculados en base a la población bajo control menor de 6 años con diagnóstico de obesidad de la red de atención pública del año t beneficiarios de FONASA. La calificación nutricional se obtiene por medición antropométrica peso y talla cuyas variables se relacionan con la edad y sexo del niño y al compararlos con patrones de crecimiento OMS, se determina el estado nutricional. Cuando el indicador peso para la talla es <math>\geq +2</math> DE (en &lt; de 5a 29 días) o IMC para la edad es <math>\geq + 2</math> DE (en &gt; de 5a 1 mes) el niño es calificado con obesidad.</p> <p>Por prevalencia se entiende que corresponde al número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud, que en este caso corresponde al N° de niños/as con diagnóstico de obesidad de la red de atención pública, beneficiarios de FONASA, dividido por el N° total de niños menores de 6 años bajo control de la red de atención pública, beneficiarios de FONASA en un período específico.</p>	13,00%	13,00%	13,00%
<p>Porcentaje de niños y niñas beneficiarios del programa que mantienen o mejoran su Z-score en el último control de salud</p>	<p>(N° de niños y niñas beneficiarios del programa que mantienen o mejoran su Z-score en el último control de salud del año t/N° total de niños y niñas beneficiarios del programa en el año t)*100</p> <p><b>Fuente de información:</b> Plataforma propia del Programa DEIS MINSAL</p>	<p>Para este indicador los datos son obtenidos registro propio del Programa, los cuales son calculados en base a la población beneficiaria menor de 6 años que asiste al último control programado y cuyo valor del z-score se mantuvo o disminuyó en comparación al primer control. El Z-score permite disponer de un valor individual más preciso del estado nutricional del niño/a, permitiendo estimar de forma objetiva los avances nutricionales del niño/a. Además es una herramienta de importancia para medir el avance de los resultados del programa, ya que permite determinar con precisión la desviación estándar en la cual se encuentra el niño al momento de su evaluación (MINSAL, 2018)</p>	0,00%	50,00%	50,00%

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Para ambos indicadores se encontrarán canalizados a nivel central. La información será levantada a través del DEIS y sistema de registro propio del programa.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** Indicador 1, Proyección por modelo estadístico con mediciones de últimos 10 años. Prevalencia 2019 corresponde a valor observado. Población bajo control (denominador) posee tendencia a la baja por transición demográfica y baja en la tasa de fecundidad. N° de obesos (numerador) presenta tendencia contraria. Finalmente, cualquier desaceleración de la tendencia que avanza 0.2% anual en Chile corresponde a mejora del indicador concordante con directriz OMS. Mediciones corresponden Registros Estadísticos Mensuales (REM) P2 A y A1 categorías Bajo control, Obeso y Obeso Severo Departamento de Estadística e Información (DEIS) MINSAL.

Indicador 2, corresponde a proyección de niños que mantienen o mejoran su Z score en relación al total de niños bajo control menores de 6 años proyectados por DEIS MINSAL. Numerador no cuenta con dato observado actual ya que los datos Z score no se registra por DEIS MINSAL. Registro deberá ser elaborado durante la implementación.

**Indicadores a nivel de Componentes:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
----------------------	--------------------	---	----------------------------	------------------------	------------------------

<p>Porcentaje de niños/as menores de 6 años con diagnóstico de obesidad beneficiarios del Programa con diagnóstico alimentario nutricional realizado en el hogar de y que cumpla con estándares de calidad definidos</p>	<p>(N° de niños/as menores de 6 años con diagnóstico de obesidad beneficiarios del Programa con diagnósticos alimentario - nutricional que cumpla con estándares de calidad definidos durante año t/ N° de niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico de obesidad beneficiarios del Programa de Manejo y Seguimiento de la obesidad infantil durante año t)*100</p> <p><b>Fuente de información:</b> DEIS MINSAL Registro propio del programa (Plataforma)</p>	<p>Este indicador se relacionará con el diagnóstico alimentario nutricional realizado en consulta de ingreso al programa y el cual levanta información alimentaria nutricional del niño, su familia y/o cuidadores a cargo (cuando corresponda). Este diagnóstico, para cumplir con los estándares de calidad deberá cumplir con todas las dimensiones siguientes: consumo y hábitos alimentarios, disponibilidad y acceso alimentario, prácticas culinarias, preferencias y costumbres alimentarias y deberá ser realizado en visita domiciliaria de ingreso. Dicho diagnóstico se realizará en base a instrumento diseñado y validado por el nivel central. Los datos de este indicador serán extraídos de sistema de registro propio y se relaciona con el N° de niños/as menores de 6 años con diagnóstico de obesidad beneficiarios del Programa y que acuden al sistema de salud de APS, beneficiarios de FONASA (información extraída desde plataforma propia del programa).</p>	<p>0,00%</p>	<p>65,00%</p>	<p>70,00%</p>
<p>Porcentaje de niños/as beneficiarios que reciben el 100% de las actividades de acompañamiento en cada uno de los ámbitos de intervención que les correspondan</p>	<p>(N° de niños/as beneficiarios que reciben el 100% de las actividades de acompañamiento en cada uno de los ámbitos de intervención que les correspondan durante año t / N° de niños/as beneficiarios del programa que reciben actividades de acompañamiento durante año t)*100</p> <p><b>Fuente de información:</b> DEIS/ MINSAL Registro propio del programa (Plataforma)</p>	<p>El indicador se relaciona con el n° de niños/as beneficiarios del Programa que reciben el 100% de las actividades (presenciales y/o virtuales) del componente 2 del programa durante el año t. Las actividades de acompañamiento por ámbito de intervención son: 1) 4 llamadas telefónicas 2) 4 video llamadas y 3) 1 visitas domiciliares de rescate, en relación al número total de niños/as ingresadas al programa durante el año t. Todos los niños/as beneficiarios/as del programa recibirán el 100% de las actividades de los puntos 1) y 2), mientras que los beneficiarios en riesgo de deserción recibirán, además de las actividades de los puntos 1) y 2), la actividad del punto 3). El objetivo de este indicador de componente N°2 es visibilizar la responsabilidad del individuo ante sus cuidados y mantenimiento de su salud. Los datos serán extraídos de sistema de registro del programa y se relaciona con el número de niños &lt; de 6a con obesidad y que acuden al sistema de salud de de APS (DEIS).</p>	<p>0,00%</p>	<p>80,00%</p>	<p>80,00%</p>

Porcentaje de profesionales de nutrición que aprueban formación técnica	(N° de profesionales que aprueban formación técnica en el año t/ N° de profesionales formados en el año t)*100  <b>Fuente de información:</b> Registro propio del programa	Se relaciona con el número de Nutricionistas del nivel local a cargo del programa que aprueba formación remota para la implementación de este programa. El Porcentaje de profesionales de nutrición que aprueban formación técnica en el año t, releva el número de profesionales que aprobaron la formación con nota mayor a 6 (de una escala entre 1 a 7) a realizarse en el marco de este programa a fin de fortalecer las habilidades del manejo de la obesidad infantil de profesionales de Nutrición a cargo del programa.	0,00%	84,00%	84,00%
---	---	--	-------	--------	--------

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Se espera que este programa cuente con un sistema de registro propio en línea en el cual se ingresaran los usuarios/as bajo control.

Además, el indicador de los componentes 1 y 2 se relaciona con el número de niños y niñas menores de 6 años que presentan diagnóstico de obesidad, bajo control de la red de APS. Beneficiarios de FONASA información extraída desde la base de datos proporcionada por DEIS.

Para contar con plataforma de registros propios del programa se licitará su adquisición desde el nivel central.

Respecto al indicador del componente 3, esta información de igual forma será centralizada mediante cápsulas educativas online, que contará con los datos del indicador propuesto para este programa. Para la elaboración y diseño de éstas cápsulas educativas se realizará una licitación desde el nivel central.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** Para indicadores 1 y 2 la información de situación actual no es posible estimar numerador ya que corresponde a la realización de las actividades del programa que aún no está implementado, no obstante, el denominador se calculó en base a la población de niños < de 6 años con obesidad bajo control de la red APS, beneficiarios de FONASA. La situación proyectada es calculada en base a proyección de N° de niños con obesidad realizada por DEIS y que se estima que cumplan con las actividades de ambos indicadores. Respecto al componente 3, la situación proyectada se estimó en base a un profesional Nutricionista por comuna del país, considerando que a nivel nacional se cuenta con un total de 345 comunas, proyectándose además repetir dicha formación en los años posteriores, estimando cubrir la totalidad de profesionales a cargo del programa. Para los indicadores de componente 1, 2 y 3 se indica que no se cuenta con datos del numerador año 2020, ya que es una actividad que hoy no existe.

## 5.2) Sistemas de información del programa

**¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos:** Se elaborará un sistema de información centrado en los niños menores de 6 años ingresados al programa. El registro será alimentado a nivel de cada centro de salud y los datos serán centralizados en plataforma digital nacional.

Se identificarán los beneficiarios con su RUT, datos de contacto y dirección.

Se tomarán los resguardos necesarios de los datos de los pacientes y la información tendrá acceso restringido solo a los profesionales tratantes y equipo nivel central.

**¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?:** No

## 6. PRESUPUESTO

### 6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Diagnóstico y manejo nutricional parental y familiar	3.694.552	Horas Nutricionistas (en calidad de honorarios) para la implementación de las actividades involucradas en el componente 1 del programa, tales como: realización de las visitas domiciliarias y posteriores controles de seguimiento, dependiendo el grupo etario de la población objetivo y talleres por videollamadas, etc. Movilización para profesionales Nutricionistas para realización de visitas domiciliarias. Materiales de escritorio calculados por usuarios beneficiarios del programa.

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Actividades de acompañamiento para la adherencia al programa	1.333.125	Gasto adicional: Hora de nutricionista (en calidad de honorarios) para las actividades del seguimiento de niños menores de 2 años y entre 2 y 6 años, beneficiarios del programa. Pago de equipos celulares y plan telefónico para realización de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias de rescate cuando corresponda.
Formación técnica en manejo de obesidad infantil	10.000	No se consideran gastos existentes, dado que será una actividad que hoy no se realiza de forma permanente. Gasto adicional: Diseño y producción de cápsula educativa

**Gastos Administrativos:** 46600

**Detalle gastos administrativos:** Elaboración y mantención de Plataforma en línea de registros.

RRHH para manejo y revisión de calidad de registro.

Estudio de diseño y validación de diagnóstico alimentario nutricional

Estudio cualitativo para determinar factores que facilitan o dificultan la adherencia a la intervención del programa (incluye grupos focales y entrevistas).

No se consideran gastos para realización de mecanismos de participación como por ejemplo cuentas públicas ya que estas son actividades que se realizan de forma permanente por ley y que cuentan con otras fuentes de financiamiento ministerial. Independientemente de esta situación, se han considerado recursos para la transcripción de la información obtenida y aplicación de metodologías para el análisis de la información.

**Total Gastos:** 5084277

## 6.2) Gastos de Inversión

**Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$):** 5.084.277

## 6.3) Gastos por Subtítulo

**Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:**

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	09	01	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (1)	0	5.027.677
16	09	01	29 Adq. de activos no financieros	7.002	18.600
16	09	01	22 Bienes y servicios de consumo	1	38.000

**Gasto Total por Subtítulo (M\$):** 5.084.277