

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## ASPECTOS DE LA SITUACION DE SALUD DEL ADULTO Y SENESCENTE EN CHILE

Dr. GONZALO VALDIVIA CABRERA\*

El vínculo entre edad y estado de salud de las personas es plenamente conocido, lo que hace posible predecir el desarrollo de ciertas enfermedades si se conoce la proporción que representan los distintos grupos de edad en la población y el comportamiento epidemiológico de éstas. Este tipo de enfoque ha demostrado su utilidad, en particular para la población infantil, generando estrategias preventivas de diverso orden. Nuestro país posee una rica experiencia en el área de salud pública materno-infantil, respaldada por programas específicos de control y prevención que han surgido de la adecuada interpretación de la realidad epidemiológica nacional en distintos momentos históricos.

Actualmente, nuestro país experimenta un proceso de cambio demográfico que ha modificado el perfil de salud de la población chilena. La capacidad de respuesta de las instituciones sanitarias frente a esta situación dependerá del grado de conocimiento de este cambio. Un conjunto importante de enfermedades emergen en nuestro país, ubicándose en los primeros lugares como causa de muerte. Para el adecuado manejo colectivo de esta situación es necesaria una información local sobre la manera de cómo se expresan estas enfermedades, las características de su historia natural y sus principales condicionantes en nuestra sociedad. Nuestro país dispone de escasa información al respecto, por lo que debe recurrir a la experiencia de países que ya han vivido este proceso de cambio, adaptando estrategias de control y prevención a nuestra realidad. La situación ideal es generar localmente la información requerida para la toma de decisiones.

### ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA POBLACION CHILENA

De acuerdo con información del censo de abril de 1992, la constitución de la población chilena por edad y sexo es la que se muestra en la Tabla 1. Estas cifras son muy diferentes de las observadas hace algunas décadas. Los cambios de la estructura poblacional dependen del comportamiento de un

conjunto de variables demográficas que se conocen a través de las llamadas "estadísticas vitales", que corresponden a registros elaborados de todos los hechos relacionados con el comienzo y fin de la vida del individuo, así como con los cambios en su estado civil que puedan ocurrir durante su existencia.

### Natalidad y mortalidad

Ambos indicadores determinan la situación demográfica de un país. La transición demográfica es una sucesión de cambios en las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural que acompañan al proceso de modernización de un país.

Desde 1900 hasta 1991, Chile experimentó un descenso de 42% en la tasa de natalidad y de 82% en la de mortalidad. En la primera mitad del siglo el país creció a un ritmo moderado, que se aceleró en los años 50. Se estructuró así un país joven, con un 40% de su población menor de 15 años y algo más del 3% mayor o igual a 65 años. En 1992, sólo un 29% de la población era menor de 15 años y un 7% tenía 65 años o más, caracterizando a nuestro país como en franco envejecimiento.

A partir de 1960, la natalidad comenzó a descender en forma brusca y sostenida, estabilizándose en la década de los '80. Este comportamiento fue producto de un cambio en la conducta nupcial de los individuos y la voluntad de las parejas de restringir el tamaño de la familia, fenómeno que tuvo mayor rapidez que la observada en países desarrollados. El número de hijos por mujer descendió entre 1971 y 1992 de 3,80 a 2,39. Este comportamiento fue más acentuado en el sector rural, aun cuando se mantiene la tendencia histórica de mayor fecundidad en este sector.

La mortalidad general tuvo un descenso paulatino, especialmente entre 1940 y 1950, período en que disminuyó un 58%. La tendencia en la última década es estable, con descensos de menor cuantía, esperables a este nivel de tasa de mortalidad (5,6 por 1.000 habitantes en 1991). La población

\* Instructor, Departamento de Salud Pública.  
Trabajo parcialmente apoyado por Proyecto Fondecyt Nº 1930677.

**Tabla 1. Constitución porcentual de la población chilena según sexo y grupos de edad, Censos 1952, 1970 y 1992**

Estrato	Censo 1952	Censo 1970	Censo 1992
Infantil (0-14)	37,4 (38,3 - 36,4)	39,2 (40,3 - 38,1)	29,4 (30,5 - 28,4)
Joven (15-29)	26,9 (26,5 - 27,4)	26,0 (25,8 - 26,2)	27,3 (27,7 - 27,0)
Adulto joven (30-44)	18,2 (18,2 - 18,3)	16,7 (16,6 - 16,9)	21,2 (21,1 - 21,3)
Adulta (45-64)	13,5 (13,4 - 13,6)	13,1 (12,8 - 13,4)	15,4 (15,0 - 15,9)
Adulto mayor (65 y más)	4,0 ( 3,6 - 4,3)	5,0 ( 4,0 - 5,5)	6,6 ( 5,7 - 7,4)

Los porcentajes mostrados entre paréntesis correspondientes al sexo masculino y femenino, respectivamente.

infantil, en particular los menores de un año, es la que presenta cambios más acentuados. La reducción en la tasa de mortalidad infantil chilena entre 1930 (234 por 1.000 nacidos vivos) y 1990 (16 por 1.000 nacidos vivos) fue de 93%. Otros grupos poblacionales han tenido un menor descenso en la tasa de mortalidad, como por ejemplo el de 15 a 60 años, que en el mismo período ha experimentado una caída de 66%.

La disminución de la tasa de mortalidad obedece a la mejoría en las condiciones de vida de la población, expresadas en mejor saneamiento básico, mayor disponibilidad de agua potable y alcantarillado, mejor dotación de servicios públicos, mayor disponibilidad de alimentos, mayor y mejor acceso a atención médica, etcétera. Los cambios experimentados por ambos indicadores demográficos (siendo más relevante el descenso de la natalidad), han continuado influyendo tanto en el crecimiento natural como en la estructura por edades de la población.

### Expectativa de vida

Es el número de años que se espera viva un individuo. Puede referirse al momento de nacer o a cualquier período de la vida, siendo menor cuanto mayor sea la edad del individuo al estimarla. En 1991 la expectativa de vida al nacer era de 68,6 años para el sexo masculino y de 75,1 años para el femenino. Desde 1940 a 1982, se ha producido una ganancia neta de 27 años en la expectativa de la vida para los hombres y 31 años para las mujeres. Esta diferencia por sexo se mantiene en todas las edades de la vida.

En aquellos países en que la expectativa de vida al nacer es de 70 años o más, el descenso de la mortalidad ha continuado a un ritmo más lento.

Otra expresión del cambio estructural de nuestra población es el análisis de los índices de dependencia y de vejez. El índice de dependencia expresa la relación de población en edades dependientes (menores de 15 y de 65 años y más) y aquellas en edades productivas (15-64 años). Su descenso en el período entre 1952 y 1992 fue de 22%, siendo los valores observados en 1992 de 56,8% para hombres y de 55,8% para mujeres. El índice de vejez corresponde al cociente entre población mayor de 65 años y población infantil. Este indicador experimentó un ascenso de 52% en los últimos 40 años (18,7% en hombres y 26,1% en mujeres, para 1992)

La edad media de la población aumentó de 25,8 años en 1952 a 29 años en 1992, reflejando el proceso de envejecimiento poblacional. En

1992, la población total del país era de 13.348.401 personas, de las cuales 49,1% correspondían al sexo masculino y 50,9% al femenino. El 16,5% de esta población habitaba en el sector rural, en donde el índice de masculinidad (relación entre hombres y mujeres) es mayor que en el urbano, donde predomina la población femenina.

### Población senescente

Consideramos como tal a la población de individuos de edad igual o superior a los 60 años. Este criterio operacional, menos exigente que el clásico (65 años o más), permite que las intervenciones tengan resultados más eficaces que si se aplicaran después de los 60 años. En Chile, el total de senescentes corresponde al 9% de la población, con alrededor de 1.200.000 personas, estimándose que para el año 2.025 habrá subido a un 16%. Para este grupo de edad, la tasa de mortalidad en 1991 fue de 41,8 por 1.000 hab, muy superior a la del grupo de 15 a 59 años (2,3 por 1.000 hab) y a la de menores de 14 años (1,46 por 1.000 hab).

Es conveniente distinguir al menos dos subgrupos en la población de edad avanzada (60 a 69 años y mayores de 70), puesto que las personas de mayor edad enfrentan mayor riesgo de enfermedades debilitantes, mayor aislamiento social y mayor riesgo de internación.

La magnitud de la población discapacitada en 1992 fue de 2,1%, con tasas que aumentan y se concentran progresivamente en la población mayor de 65 años, detectándose casi un 10% de los senescentes con algún grado de discapacidad.

## LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

Junto con los cambios demográficos se producen modificaciones en los indicadores de salud de acuerdo a fases predecibles, de acuerdo a la experiencia de países que ya han vivido este proceso. A modo de ejemplo, en Tabla 2 se presenta la mediana de la edad de muerte en la población de Inglaterra y Gales y la de América Latina y el Caribe en dos períodos.

Los efectos del cambio demográfico determinan un comportamiento epidemiológico específico, en el que se reconocen algunas fases (Figura 1). En una primera etapa la población es relativamente joven, con alta natalidad, baja esperanza de vida y una carga relativamente pesada de mortalidad infantil; la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es baja y aumenta paulatinamente. En la segunda fase, la proporción de muertes por ECNT es de nivel intermedio y se incrementa con rapidez; aumenta el promedio de edad de la población, se eleva la esperanza de vida y se controlan las causas de mortalidad infantil derivadas de enfermedades transmisibles. Durante la tercera fase, la tasa de mortalidad por ECNT es alta, ascendiendo con menor rapidez. En consecuencia, nuestro país se encuentra en una fase de transición epidemiológica clásica, en la que la emergencia de ECNT es compartida por la presencia aún importante de enfermedades transmisibles.

### ABORDAJE DEL PROBLEMA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA Y SENESCENTE

La salud del adulto ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud del adulto.

A medida que progresa el conocimiento de la historia natural de estas enfermedades, se ha podido identificar estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria que contribuirán a su control. Se estima que 2/3 de las muertes del adulto son atribuibles al conjunto de ECNT. Puesto que la mortalidad por traumatismos y envenenamientos también puede prevenirse, se las suele incluir en este grupo de enfermedades.

Los factores que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollo de ECNT, conocidos genéricamente como factores de riesgo, han sido caracterizados como "toda característica o circunstancia determinable de una persona que, según los conocimientos que se poseen, asocia a los expuestos a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso" (Organización Mundial de la Salud (OMS) 1972). La OMS propone un enfoque integrado para manejar las ECNT, dado que muchas tienen factores de riesgo comunes. Este enfoque puede implementarse mediante opciones poblacionales o individua-

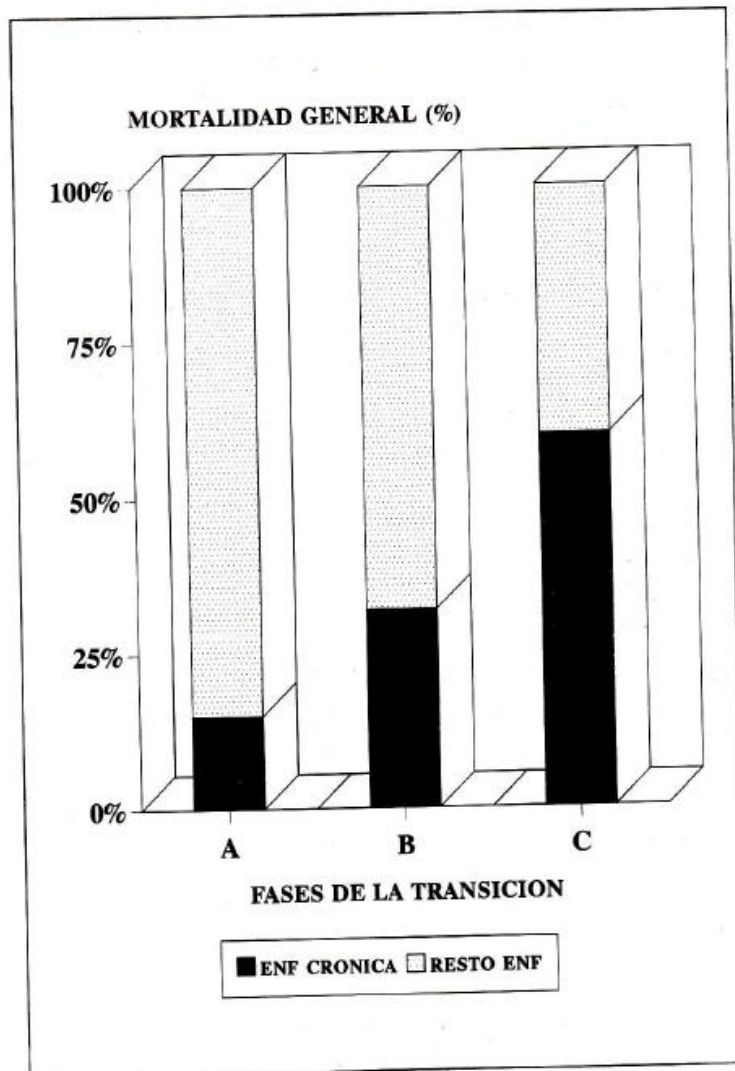


Figura 1. Las diferentes fases de la transición epidemiológica se caracterizan por un progresivo incremento en la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles sobre el total de las defunciones. La situación A muestra el escenario en países que no entran en este proceso, mientras que la situación C es la de un país desarrollado.

les y debe tomar en cuenta el grado de conocimiento local de las ECNT. En aquellas en que se conozcan los factores de riesgo vinculados con su desarrollo, se privilegiará la prevención primaria. En las que estos factores sean parcialmente conocidos o desconocidos, lo conveniente será dar énfasis a la prevención secundaria. Los elementos de prevención primaria, así como las modalidades de su aplicación, son comentados en otro artículo de este Boletín.

### CONDICIONES SUSCEPTIBLES DE DETECCION PRECOZ MEDIANTE LA UTILIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE TAMIZAJE

La utilización de métodos masivos de detección de ECNT depende, además de la disponibilidad de pruebas con ade-

**Tabla 2. Indicadores de riesgo vital según grado de desarrollo, distintos períodos**

País	Inglaterra y Gales	A. Latina y Caribe
Edad mediana al morir	30 - 34 años en 1891	5 - 9 años en 1955
Edad mediana al morir	70 - 74 años en 1966	70 - 74 años para 2030

Fuente: referencia 7.

cuada sensibilidad y especificidad, de algunos criterios básicos, entre los cuales destacan el conocimiento de su historia natural, una etapa presintomática relativamente prolongada, una frecuencia significativa de la enfermedad en la comunidad, una estructura organizativa y recursos suficientes para el manejo de los casos diagnosticados, evidencias epidemiológicas de ventajas de la detección y tratamiento precoz frente a la consulta espontánea, la trascendencia, gravedad y costos de la enfermedad.

La aplicación de estas técnicas de detección masiva tiene su máximo rendimiento cuando seleccionan la población con mayor riesgo epidemiológico para la condición en estudio. De ahí deriva la necesidad de una adecuada caracterización de la enfermedad.

Existe un conjunto importante de ECNT cuyo diagnóstico masivo requiere la utilización de tecnología costosa. Tal es el caso de condiciones como la osteoporosis y otros trastornos metabólicos, glaucoma, algunas enfermedades mentales del adulto mayor, trastornos endocrinos, etcétera. Tan sólo la osteoporosis, por concepto de fracturas asociadas a caídas, constituye un importante problema para la población adulta mayor. En estos casos es útil la intervención individual precoz con carácter de prevención primaria, para retardar la aparición del daño.

### ESTRATEGIAS PROGRAMATICAS EN RELACION CON LA SALUD DEL ADULTO Y DEL SENESCENTE EN CHILE

Nuestro Sistema Nacional de Servicios de Salud cuenta con un Programa de Salud del Adulto (PSA) destinado al control del adulto y del senescente. Dicho programa está inserto en todos los niveles de atención de nuestro sistema de salud y otorga un número importante de prestaciones médicas anuales a la población mayor de 15 años, pese a lo cual la tasa de consultas de este grupo es sensiblemente menor que el mismo indicador para la población infantil (2,4 consulta hab/año en 1991 en menores de 15 años). El PSA se organiza para absorber la demanda de morbilidad espontánea, disponiendo además de un subprograma orientado al control de algunas ECNT de interés epidemiológico. Este subprograma

incluye las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, enfermedad reumática (aguda y crónica), tuberculosis en todas sus localizaciones, diabetes mellitus, epilepsia y alcoholismo. Cada una de ellas cuenta con normas específicas para su control que consideran tanto aspectos técnicos como programáticos.

Evaluaciones aisladas de algunos de estos subprogramas, algunas de carácter nacional, han demostrado que tanto la cobertura como el impacto no son los deseables. La mayoría de las enfermedades comprendidas en este subprograma tienen coberturas inferiores a las estimadas por estudios de prevalencia nacionales. Informes disponibles señalan que entre los usuarios de estos programas se produce un frecuente abandono de control y tratamiento, con aumento de la población con daño irreversible establecido y frecuentemente con secuelas permanentes.

Las prestaciones efectuadas a la población adulta corresponden prioritariamente a consultas por morbilidad general, siendo de menor frecuencia las actividades de control. Este programa no cuenta con una orientación específicamente destinada a la población adulta mayor, siendo la vacunación anual antiinfluenza quizás la única actividad en tal sentido.

La situación antes descrita configura un panorama poco propicio para el control y prevención de los principales problemas de salud del adulto y senescente. Necesariamente debe producirse una adecuación de los servicios de salud para asumir la atención de salud de este grupo de edad, con características que tengan un alcance mayor que la mera satisfacción de la demanda espontánea de morbilidad.

La experiencia acumulada, aun cuando no ha sido del todo exitosa, permite abordar el problema con cierta base y conocimientos. La puesta en marcha de estudios especiales sobre los problemas de salud del adulto y senescente debe conducir a mejorar nuestros actuales modelos de intervención, a fin de dar una respuesta más integral a tan importante núcleo de la población.

### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas, Resultados Oficiales, Censo de Población 1992, Chile, septiembre 1993.
2. Instituto Nacional de Estadísticas, Informe Demográfico de Chile, Censo 1992, Chile.
3. Litvak J., Ruiz L., Restrepo H., Mc Alister A. El problema creciente de las enfermedades no transmisibles; un desafío para los países de América. Bol Oficina Sanit Panam 103(5):433-449, 1987
4. Medina Ernesto. Bases para programas de prevención en problemas de salud del adulto en Chile; Ruiz Luis. Promoción y prevención en el campo de la salud: aspectos metodológicos. Ambos en Promoción y prevención en salud. Editora: Dra. M<sup>a</sup> Inés Romero, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, Chile, 1991.
5. Ruiz Luis. Promoción y protección de la salud del adulto en América Latina y el Caribe. Educ Med Salud 23(1):87-100, 1989.
6. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Banco Mundial, Washington DC, 1993.
7. OPS, Publicación Científica N°492, 1985.