

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>

MAGNITUD DE LA ENFERMEDAD CRONICA EN CHILE

Drs. GONZALO VALDIVIA CABRERA* , GABRIEL BASTIAS SILVA**, Sr. PATRICIO MARQUEZ C.***

Un desafío importante que ha debido asumir la salud pública en el último medio siglo es la presencia en nuestra sociedad de un conjunto de trastornos llamado enfermedades crónicas (EC). Ellas afectan predominantemente a los adultos, aunque se debe entender el problema en un contexto progresivo durante toda la vida, ya que las EC pueden incubarse desde la infancia, apareciendo con alguna frecuencia en este grupo de edad, para, finalmente, afectar con mayor intensidad a la población de mayor. Se trata por tanto de un problema que abarca a todos los grupos de edad.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Las distintas definiciones de proceso mórbido crónico señalan, como elemento común, su prolongado período de incubación, de estado y de resolución. En cuanto a tiempo, parece conveniente, más que fijar un período superior a 6 semanas desde la incubación a la resolución (criterio de OMS), considerar cada una de las enfermedades en el contexto de su proyección en el tiempo, tomando en cuenta su historia natural.

La ausencia de causa infecciosa no es una condición imprescindible para atribuirle carácter crónico a una enfermedad. Como ejemplos, se tiene el caso de la tuberculosis, SIDA y algunas neoplasias hematológicas. En la práctica, tanto la enfermedad aguda como la crónica pueden ser objeto de un enfoque epidemiológico similar, compartiendo técnicas de análisis y estudio. Desde un punto de vista preventivo, es conveniente considerar a estas enfermedades como eventualmente transmisibles, mediante mecanismos ligados al comportamiento de los individuos en su conjunto social. Es así como algunos hábitos, costumbres y comportamientos personales se adquieren en el grupo familiar de origen, como patrones y modelos de comportamiento, algunos de los cuales guardan relación con el desarrollo de EC: estos son los llamados factores de riesgo.

CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD CRONICA

Para sistematizar estas enfermedades se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Esta herramienta operativa agrupa las diferentes condiciones mórbidas en 17 "grupos de causas", según a los siguientes criterios epidemiológicos:

- Enfermedades epidémicas.
- Enfermedades constitucionales o generales.
- Enfermedades ordenadas por localización.
- Enfermedades del desarrollo.
- Traumatismos.

A su vez, cada grupo de causas está compuesto por un conjunto de diagnósticos específicos. Periódicamente esta clasificación es sometida a "revisiones" que deben ser consideradas al estudiar el comportamiento de una enfermedad. Actualmente está vigente la novena Revisión (1975). Para el caso de Chile, se cuenta con información sobre defunciones por causas de acuerdo a la lista A de 150 grupos de causas para el período 1960-1980. La lista detallada de 1.000 causas se tabula sólo partir de 1981. Por tanto, la compatibilización de las VII, VIII y IX revisiones se hizo en función de la lista A de 150 grupos de causas.

FORMAS DE EVALUAR LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA ENFERMEDAD CRONICA EN CHILE

Existen dos formas generales para determinar la magnitud de las EC. La primera es utilizar información epidemiológica específica (estudios especiales) y la segunda, los registros derivados de atenciones por esta causa. Chile, al igual que gran parte de los países latinoamericanos, cuenta con poca información originada de exploraciones epidemiológicas poblacionales. La mayor parte de la información deriva del análisis de las prestaciones de salud efectuadas y de la información sobre la mortalidad.

* Instructor. Departamento Salud Pública.

** Becado Departamento Salud Pública.

*** Especialista en Salud Pública Banco Mundial

La importancia relativa de las muertes por EC, en relación con el resto de causas de muerte, se ha incrementado en los últimos 40 años. Sin embargo, coexistiendo aún con este perfil de daños, se encuentra un sinnúmero de condiciones agudas, la mayor parte de ellas evitables, situación propia de los países en proceso de transición epidemiológica, como el nuestro. Tal condición determina que la mortalidad por estas causas sea comparable a la observada en sociedades desarrolladas hace ya algunas décadas. De acuerdo a la experiencia vivida por estos países, el nuestro debiera adoptar estrategias de intervención para impedir que este grupo de enfermedades se expresen con su carga de mortalidad, incapacidad y deterioro de la calidad de vida.

Desde 1975, en nuestro país los tres principales grupos de causas de muerte corresponden a enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y traumatismos, accidentes y violencias, contribuyendo con un 59,4% del total de los fallecimientos del año 1991.

Para efectos descriptivos, agruparemos al conjunto de EC en un sólo grupo, por compartir características comunes. Para ello consideraremos las siguientes condiciones:

- Tumores malignos en todas sus localizaciones.
- Enfermedades del aparato cardiovascular: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria.
- Diabetes mellitus.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedades mentales.
- Traumatismos, envenenamientos.

Este conjunto de enfermedades muestra el comportamiento según los diferentes grupos de edad y sexo que se ilustran en las Figuras 1, 2 y 3. Revisaremos brevemente las características más relevante de los principales grupos de enfermedad constitutivos de EC.

Enfermedad cardiovascular

Este grupo de enfermedades (códigos 390 a 459 de la CIE), ocupa el primer lugar como causa de muerte en Chile desde hace 20 años. También lo hace en la región de las Américas, donde este grupo ocupa este lugar en 26 de 36 países. Mediante exploraciones poblacionales, se estima en 400.000 las personas portadoras de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas (sólo incluyendo algún tipo de cardiopatía e hipertensión arterial).

Al igual que el conjunto de las EC, la mortalidad aumenta con la edad, hecho que se manifiesta también en la hospitalización por esta causa, siendo la primera causa en los mayores de 65 años, la segunda entre los de 45 y 64 y la décimoprimer entre los de 15 y 34 años de edad. La mortalidad en este grupo de EC está determinada particularmente por las enfermedades cerebrovasculares (CIE 430-438) y la cardiopatía coronaria (CIE 410-414), con 32,9% y 35,1% del total de causas cardiovasculares en 1991 en Chile, respecti-

vamente. En comparación con el resto de los países de América, Chile muestra un riesgo de nivel intermedio, ocupando el noveno lugar en cuanto a mortalidad por cardiopatía coronaria, décimosexto en enfermedad cerebrovascular y vigésimo por hipertensión arterial. La composición de la mortalidad muestra diferente comportamiento según sexo (Figuras 4 y 5). El sexo masculino concentra la mortalidad por cardiopatía coronaria, mientras que el femenino la por enfermedad cerebrovascular, lo que se explica principalmente por su mayor expectativa de vida.

El promedio de días de hospitalización por esta causa es de 10 días, por sobre el promedio nacional de 5; se estima que alrededor del 6% de las consultas ambulatorias al Sistema Nacional de Servicios de Salud es por causas cardiovasculares, lo que corresponde aproximadamente a 2,5 millones de consultas al año.

Cáncer

Este tema se desarrolla con mayor profundidad en otro artículo de este Boletín. Por este grupo de causas fallecieron en 1991 un total de 14.628 personas. Las tasas estandarizadas según edad muestran, en términos generales, una tendencia estable en los últimos 35 años, con fluctuaciones en algunas localizaciones específicas.



Figura 1. El incremento en la tasa de mortalidad por enfermedad crónica se hace más evidente después de los 34 años de edad. Los hombres concentran un mayor riesgo de muerte por éstas, manteniéndose una brecha en todos los grupos de edad. Nótese que este conjunto de enfermedades también determinan mortalidad en el menor de 15 años de edad.

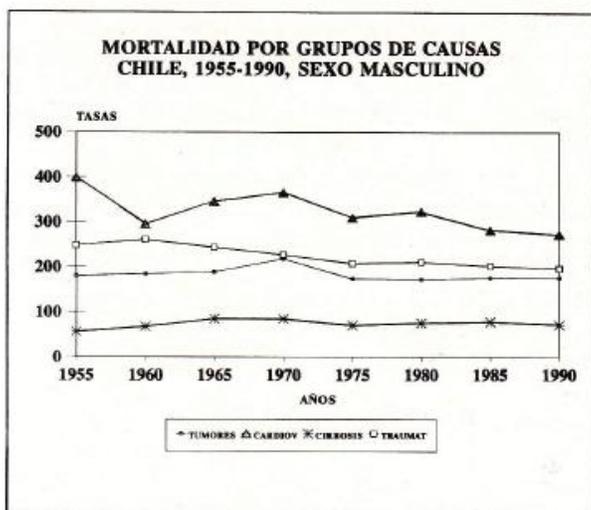


Figura 2. Se aprecia una tendencia estable en este período en las tasas de mortalidad por estas enfermedades. El grupo de causas de muerte derivado de traumatismos, accidentes y envenenamientos ocupa el segundo lugar después de las cardiovasculares. Las tasas se encuentran ajustadas según edad, controlado así el cambio demográfico verificado en el período.

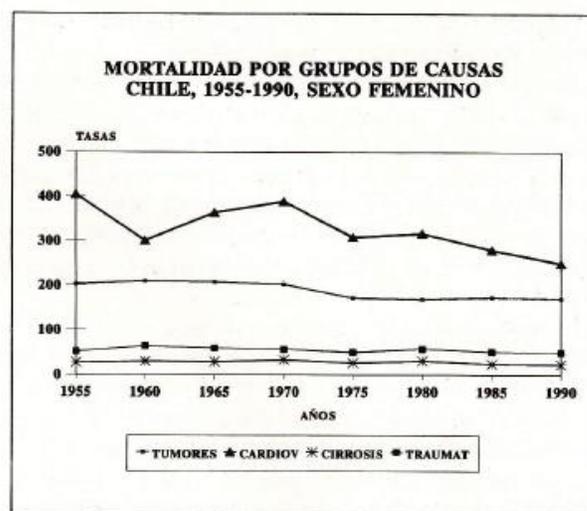


Figura 3. La estructura de la mortalidad femenina en el período señala una tendencia estable, existiendo menor presencia, en relación a los hombres, derivada de traumatismos accidentes y envenenamientos en este perfil de mortalidad. Al igual que la figura anterior, el cambio demográfico se encuentra controlado.

La mortalidad por tumores malignos ocupa el segundo lugar como causa de muerte en la población general, proyectándose al año 2.000 alrededor de un 25% de la mortalidad por esta causa.

Diabetes mellitus

Esta enfermedad (código CIE 250) comparte el doble carácter de daño y factor de riesgo para EC, incluyendo el em-

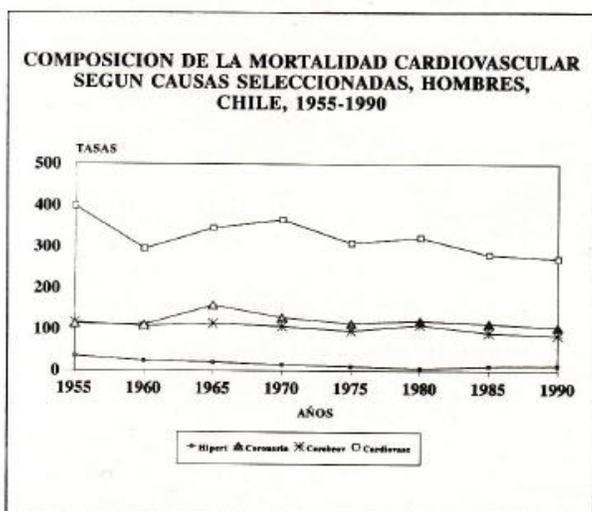


Figura 4. La composición de la mortalidad cardiovascular masculina muestra una tendencia estable, con tasas de mortalidad específicas algo superiores para la cardiopatía coronaria (códigos 410-414 CIE, Novena Revisión) que para la enfermedad cerebrovascular (códigos 430-438). Se estima que la mortalidad por causas hipertensivas tiene un importante subregistro.

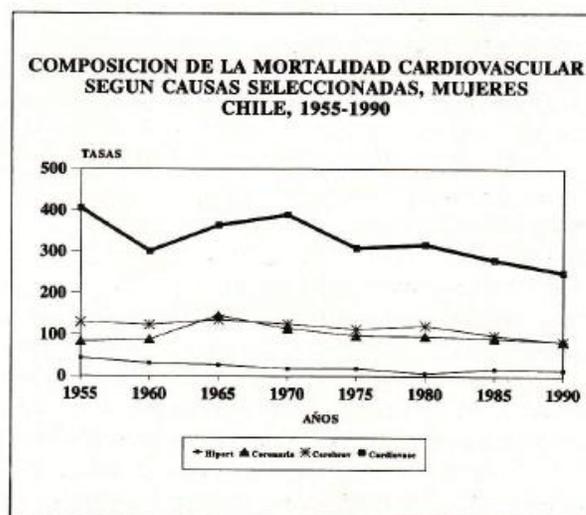


Figura 5. El sexo femenino también presenta tasas de mortalidad específicas relativamente estables en el período. A diferencia del sexo masculino, la mortalidad por enfermedad cerebrovascular es de mayor magnitud que la por cardiopatía coronaria.

barazo. Como consecuencia de ella se produce un alto número de días perdidos por incapacidad física, deterioro en la calidad de vida de los pacientes, incapacidad global, alta demanda de servicios de salud y un importante gasto en salud derivado del manejo de sus complicaciones.

Diferentes estudios poblacionales señalan prevalencias que fluctúan de 2,3% a 5,3% de la población adulta en el gran Santiago, tendiendo a afectar con mayor frecuencia a estratos socioeconómicos bajos. Se sabe que tanto la prevalencia como la mortalidad aumentan con la edad.

En cuanto a hospitalización por causas directas o indirectas de la diabetes, el grupo de edad que se ve más afectado es el mayor de 45 años. Se estima que es la primera causa de ceguera y de amputaciones de extremidades en sujetos mayores de 40 años (70% de las amputaciones entre 1964 y 1979 en un hospital de Santiago). La hospitalización por causas quirúrgicas vinculadas con la diabetes mellitus, se asocia con una estadía intrahospitalaria más prolongada y mayor letalidad y morbilidad.

Se sospecha que esta enfermedad es objeto de subregistro clínico sistemático, como causa de muerte y de hospitalización, lo que en parte explica las fluctuaciones que ella ha tenido a lo largo del tiempo.

Desde el punto de vista geográfico, las mayores tasas de mortalidad se ubican en las regiones norte y centro del país, y las menores, en el extremo sur. Esta distribución puede explicarse por la mayor población rural en la zona sur, condición que parece asociarse con una menor prevalencia de diabetes mellitus.

Entre los factores de riesgo, el más importante es la obesidad, característica que es, a su vez, la expresión de un conjunto de hábitos de vida, costumbres y comportamientos particulares de los grupos humanos. Estos pueden expresarse a través de malos hábitos alimentarios, falta de actividad física de utilidad biológica y estilos de vida deteriorados. Existe una clara asociación entre obesidad y diabetes mellitus, la que incluso guarda relación dosis-efecto, siendo tanto más frecuente la diabetes cuanto mayor es el grado de obesidad del individuo.

Cirrosis hepática

Una de las manifestaciones del abuso en el consumo de alcohol de nuestra población es la alta frecuencia de cirrosis hepática, expresada tanto por muertes como por hospitalizaciones y consultas a los servicios de salud. Se supone que la causa de esta dolencia en nuestra población está dada fundamentalmente por el excesivo consumo de alcohol, siendo menos relevante la participación de otras causas (infecciosas, drogas, enfermedades vasculares, tumorales, etcétera).

Las tasas de mortalidad por esta causa se ha mantenido estables en niveles altos, siendo superior a la de países como Estados Unidos de Norteamérica (9,1 por 100.000 hab) y México (24,2 por 100.000 hab). Anualmente se producen alrededor de 3.000 fallecimientos, concentrándose la mortalidad

en el sexo masculino y particularmente en el grupo de 45 a 64 años, en el que ocupa el tercer lugar como causa general de muerte. La disparidad observada en la distribución por sexo guarda relación con patrones diferenciales de consumo de alcohol.

Variabes fuertemente asociadas a esta enfermedad son la producción y disponibilidad de alcohol del país, observándose una correlación directa y simultánea entre estos factores y la cirrosis del hígado. La mortalidad por cirrosis hepática es mayor entre la Quinta y Octava Región, situación que coincide con una mayor producción de vino.

Enfermedad pulmonar crónica

Diferentes cambios en la CIE hacen difícil establecer una tendencia confiable en relación a la mortalidad por esta causa. Tradicionalmente se agrupan bajo esta clasificación los códigos 491 y 492 de la CIE (bronquitis crónica y enfisema). La tendencia de los últimos 35 años muestra un incremento en las tasas de mortalidad, las que en los últimos 5 años se estabilizan (Figuras 6 y 7). Existe una mayor mortalidad en el sexo masculino del orden de 1,6 veces, situación que se vincula con un comportamiento diferencial en relación al hábito tabáquico. La hospitalización por este grupo de enfermedades ha disminuido progresivamente, producto de la tendencia al manejo ambulatorio de pacientes con esta condición, gracias a significativos avances en la terapia.

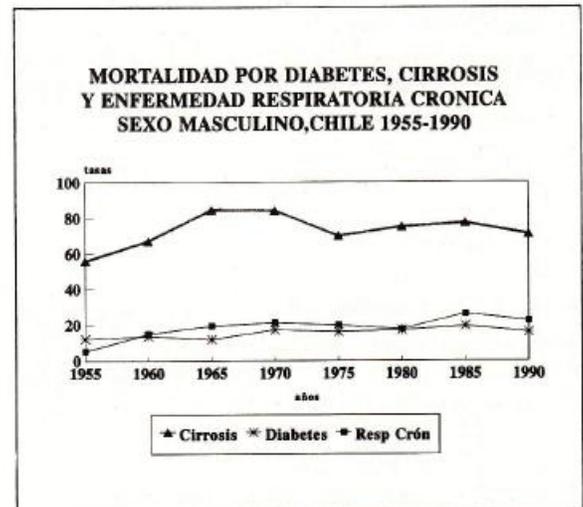


Figura 6. Los niveles de mortalidad por cirrosis hepática identifican a los varones de Chile con uno de los mayores riesgos del mundo. La tendencia en este periodo es estable, mostrando la dificultad de interferir en este grave problema de salud pública. Considerando la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar como representantes del grupo de enfermedades respiratorias crónicas, la tendencia es a un leve incremento en los 35 años evaluados.

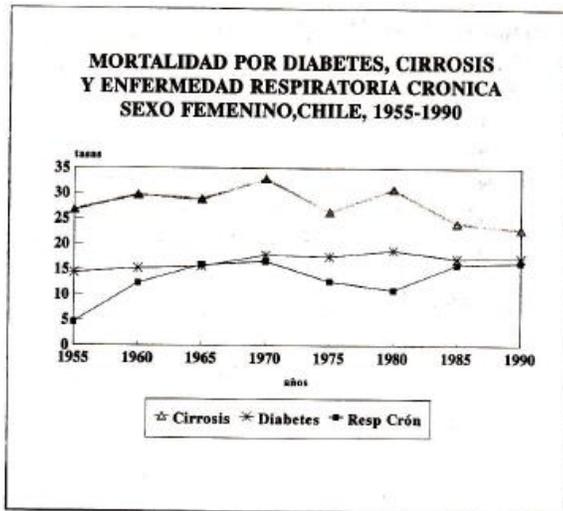


Figura 7. El sexo femenino presenta tasas de menor magnitud que los varones para este conjunto de enfermedades, llamando la atención, sin embargo, la tendencia estable de ellas, particularmente la mortalidad por cirrosis hepática y enfermedad pulmonar crónica, ambas vinculadas a hábitos de consumo de alcohol y tabaco en la población.

Hacia 1984, cerca del 90% de las pensiones de invalidez por enfermedades respiratorias eran por bronquitis crónica y enfisema. La distribución geográfica de la mortalidad por esta causas señala un mayor riesgo en la XII Región.

El principal factor de riesgo para estas enfermedades es el tabaquismo, además de la contaminación ambiental (que actúa exacerbando los síntomas), la estacionalidad y algunas exposiciones ocupacionales. Estas enfermedades siguen un modelo de daño caracterizado por un prolongado periodo de incubación y de latencia entre la aparición de síntomas antes de llegar a la insuficiencia respiratoria.

Enfermedad mental

Este conjunto de enfermedades es objeto de subregistro como causa de consulta y de muerte. Por características propias de la clasificación de enfermedades mentales, estas condiciones no son reconocidas como tales, a no ser que se expresen en relación con consumo de alcohol y otras sustancias. La prevalencia en los diferentes estudios es variable, existiendo consenso en señalar que la neurosis, el alcoholismo, los síndromes cerebrales orgánicos y las psicosis constituyen las enfermedades más relevantes en este grupo. Por las limitaciones diagnósticas que ofrece la CIE, se tiende a sistematizar los diagnósticos de acuerdo con una nomenclatura específica (DCM). Este tipo de problemas incide ya sea por la expresión de enfermedad mental clásica o alterando los cauces normales de lo que se entiende por una "adecuada calidad de vida". Finalmente, ellos impactan en aspectos tan

sensibles como la productividad y economía de la comunidad y del país, el grado de utilización de servicios de salud, etcétera. Tan sólo por concepto de menor productividad y muertes prematuras asociadas al consumo de alcohol, el país sufre una pérdida económica cercana a los 2.000 millones de dólares anualmente.

En el área de otros problemas de salud mental, no se dispone de estimaciones de magnitud poblacional. Los estudios y exploraciones se circunscriben a grupos específicos, sirviendo de base para efectuar algunas proyecciones poblacionales.

Al considerar los principales grupos de causas de muerte en Chile, los trastornos mentales tienen baja representación, tanto en términos absolutos (1.108 muertes en 1990), en tasas (8,4 por 100.000 hab) como en frecuencia relativa (1,41% del total de muertes de 1990).

Con las limitaciones conocidas de la tasa de mortalidad en relación a la enfermedad mental, el riesgo de muerte por esta causa ha experimentado un incremento en la población chilena, según se desprende de la Tabla 1. Las características de los datos que originan esta información (registros incompletos, falta de homogeneidad en el diagnóstico, subregistro de información), relativizan su valor. Es posible, además, que en el incremento observado puedan estar influyendo factores como mejor capacidad médica de diagnóstico y modificaciones en el registro de la información, entre otras. Se estima que de 1965 a 1985 la mortalidad por este tipo de causas se incrementó en un 29%, siendo importante la contribución de la tasa de suicidios en este rubro. La tasa de mortalidad por suicidio se ha mantenido relativamente estable desde 1982 (5,5 por 100.000 hab) hasta 1989 afectando especialmente al sexo masculino.

Al controlar el factor de cambio demográfico de la población para comparar las tasas de mortalidad en mayores de 15 años, se observa un incremento del 44 % entre las tasas de

Tabla 1. Mortalidad por trastornos mentales, mayores de 15 años. Chile 1960 - 1990

Año	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1960	1,1	0,3	0,8
1970	0,8	0,3	0,6
1980	0,8	0,3	0,5
1989	1,2	1,2	1,2
1990	1,6	1,5	1,5

Tasas por 100.000 hab.

1960 y 1990. Históricamente, la mortalidad por estas causas ha comprometido particularmente al sexo masculino, con una sobremortalidad de 2,7 veces en el período aludido. Llama la atención que esta relación disminuye progresivamente en el tiempo.

Los egresos hospitalarios por causas psiquiátricas se concentran de preferencia en el grupo de 25 a 64 años de edad, con alrededor del 60% del total de hospitalizaciones por esta causa.

Una expresión de los problemas de salud mental en la fuerza laboral activa está representada por el total de licencias por esta causal, con alrededor del 5,6% del total, según datos de 1985. El mismo indicador, esta vez referido al subsistema privado de salud, señala para 1990 un porcentaje de 7,3% de licencias médicas por concepto de enfermedad psiquiátrica.

El perfil de problemas en salud mental se presentan con cierta particularidades en las diferentes regiones del país. Así, en la zona norte, los problemas derivados del consumo de sustancias derivadas de la cocaína (pasta base), alcanza niveles preocupantes en la población. Información sobre el consumo de cocaína entre consumidores habituales en la Primera, Quinta y Región Metropolitana muestra una mayor prevalencia en la Primera Región, con una mayor diferencia en los grupos de menor edad.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDAD CRONICA

Estudios recientes confirman una alta prevalencia de factores de riesgo en la población del gran Santiago. Entre los más significativos, por su alta frecuencia se puede nombrar tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus, malnutrición, consumo de alcohol, uso de sustancias ilícitas, contaminación del ambiente y riesgos ocupacionales.

Algunos de estos factores son de particular importancia desde el punto de vista epidemiológico, por su alta prevalencia y por provocar múltiples daños en forma simultánea, como ocurre por ejemplo con el tabaquismo. La mortalidad derivada del consumo del tabaco determina una pérdida apreciable de vidas humanas por concepto de muertes evitables. En 1983,

Tabla 2. Mortalidad por causas seleccionadas, Chile 1983. Muertes atribuibles al consumo de tabaco

Patología	Número muertes	% atribuible al tabaco	Muertes atribuibles
Cáncer	11.969	14	1.670
Pulmón	1.198	85	1.018
Cavidad oral, faringe	261	60	157
Esófago	516	50	258
Vejiga, riñón	343	35	120
Páncreas	417	30	125
Enf. coronaria, cerebrovascular, vasc. periférica y aterosclerótica	8.141	30	2.442
Bronquitis crónica, enfisema	1.594	75	1.196
Total	74.428	7	5.316

sobre un total de 11.969 fallecimientos por causas seleccionadas, 5.316 fallecimientos se atribuyen al consumo de tabaco, como se aprecia en la Tabla 2:

El registro de información asociada a EC y sus factores de riesgo ha tenido en nuestro país un carácter limitado. Un camino alternativo y complementario al anterior, para apoyar el proceso de toma de decisiones, es el desarrollo de mecanismos de vigilancia epidemiológica tanto de EC como de factores de riesgo.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- Berrios X., Jadue L, Alvarado C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial, Bol Esc Med P Univ Catol Chil 21(2):89-93,1992.
- Barret-Connor E. Infectious and chronic diseases epidemiology: Separate and unequal?. Am J Epidemiol 109(3):245-249, 1979.
- Chronic diseases and injuries: a current and future health challenges. Documento en Preparación LA4, RH, World Bank, Octubre 1993
- Berrios X. Las enfermedades crónicas no transmisibles. Un enfoque preventivo. Rev Med Chil 119:338-343, 1991.
- Medina E. Indicadores de Salud, Capítulo I, "Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile". Editora: Dra. M^a I. Romero, Corporación de Promoción Universitaria, 1990.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Anuarios de Demografía.