

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>

Como consecuencia de las variaciones que han experimentado las determinantes demográficas en Chile, en los últimos decenios, la estructura etaria de la población se ha modificado significativamente.

En efecto, el descenso de la tasa de natalidad de 37 x 1.000 en el quinquenio 1960-64 a 21.8 x 1.000 en 1980, sumado al descenso de la tasa bruta de mortalidad de 11.7 x 1.000 en 1960 a 6.1 x 1.000 en 1980, han determinado un aumento de la esperanza de vida al nacer de 57.06 años en 1960 a 65.65 años en 1980 y edades proyectadas para 1990 de 69.45 años y para el año 2.000 de 70.56.

En consecuencia, las personas mayores de 45 años, que en 1960 representaban un 17.80/o (con un 4.30/o de mayores de 65 años) del total, en 1980 representaban un 19.70/o (5.50/o mayores de 65 años) y para el año 2.000 alcanzarán a un 24.50/o (6.7 0/o los mayores de 65). Es decir, prácticamente una cuarta parte de una población total estimada en 14.900.000 habitantes, o sea, unas 3.700.000 personas, cifra similar a la población total de Chile en 1920.

Las patologías propias del grupo aludido emergerán como uno de los principales problemas de salud que las autoridades deberán enfrentar; y para hacerlo con éxito, parece necesario que desde ya comiencen a preocuparse de ellas, no sólo con un criterio epidemiológico-administrativo que permita adecuar las prestaciones de salud necesarias, sino con uno clínico-epidemiológico que logre conocer, desde ya, los grupos expuestos al riesgo y ensayar en ellos las medidas preventivas y profilácticas que demuestren algún grado de utilidad.

De las patologías aludidas, algunas, ya

* Unidad Docente Asociada de Salud Pública. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

sea porque están en el presente constituyéndose en problemas globales o específicos, por su impacto psicológico-social, por la posibilidad de prevenirlos y controlarlos, o por la razón que sea, ya han logrado concitar el interés necesario en los niveles correspondientes. Tal es el caso de las patologías circulatorias, tumorales, accidentes y otras que, incluso, han sido consideradas en programas ministeriales de reciente elaboración. Otras, sin embargo, por razones seguramente inversas a las anotadas, se mantienen en semi-anonimato.

Entre éstas, cabe destacar el problema que plantean las patologías reumatológicas, en general, representadas más específicamente por osteoartrosis, lumbalgias, artritis reumatoidea, enfermedad reumática y otras, como gota, etc. (Código 701 a 739, 348 y 274).

La situación actual y en el pasado de estas patologías se sintetiza a continuación:

A. MORTALIDAD

MORTALIDAD					
Casos y Tasa. 1960-1980					
1960		1970		1980	
No	tasa	No	tasa	No	tasa
240	3.1	252	2.7	203	1.8

En cifras absolutas se ve un descenso no significativo y en término de tasa una franca disminución.

B. MORBILIDAD EN ATENCION CERRADA

1. Las enfermedades osteomusculares ocupan el lugar 13 en orden decreciente, medidas en términos de egresos hospitalarios con un 1.60/o del total (1981).
2. Así y todo, si se compara la situación actual con la de 1961, se observa que

- el egreso por afecciones osteomusculares incrementó su número en un 127%.
3. En cifras absolutas esta situación refleja un incremento de 7.638 egresos en 1961 a 17.318 en 1981.
 4. En términos de días-camas ocupadas si bien el promedio de estada disminuye de 13.2 en 1961 a 12.1 en 1981, el total de días-camas se eleva de 100.822 en 1961 a 209.788 en 1981 (2.3% del total). Para formarse una idea, ello equivale a la ocupación total a permanencia, durante un año de un hospital de 575 camas, o sea, el Hospital Sótero del Río con sus Servicios de Medicina-Cirugía-Obstetricia-Especialidades y Pensionado.
 5. La tasa de egresos por 100.000 habitantes se eleva de 96.2 en 1961 a 153.3 en 1981, es decir, un 56% más.

C. MORBILIDAD EN ATENCION AMBULATORIA

1. Agrupadas como grupos de causas, las afecciones reumatológicas ocupan el segundo lugar entre las enfermedades crónicas ambulatorias, con un 11.8% del total de consultas y una prevalencia estimada de 1.2% en un total de 9.8%, que representa la prevalencia total de enfermedades ambulatorias crónicas en la población.
2. Como diagnóstico principal (reumatismo no especificado), es el tercero, después de hipertensión y diabetes, con un 6.9% del total de consultas y una prevalencia de 0.7% en un total de 9.8%.
3. Encuestas realizadas en 1982 en la IV y VIII Región demuestran que el porcentaje de consultas debidas a afecciones osteomusculares ascienden a 4.1% y 6.1%, respectivamente,

del total.

4. Proyectadas estas cifras a población total, se logra una población padeciente (prevalencia) de enfermedades reumatológicas de 140.000 personas que deben demandar entre 400 y 500 mil consultas anuales por su afección, igual a la demanda de atenciones total (excluidas las urgencias) de una población adulta de 400 mil personas (superior a la del Área Sur-Oriente de Santiago).

Datos, que deben ser actualizados, establecían que a principios de la década del 70, el Servicio de Seguro Social concedía 1.200 pensiones anuales (20% del total) a enfermos portadores de afecciones reumatológicas, con un promedio de duración de 7 1/2 años cada una. La enfermedad determinaba una importante disminución en la capacidad de trabajo, ya que la edad de concesión de la pensión era de 55 años en promedio (la edad para pensionarse es de 65 años para hombres y 60 años para mujeres) y una de las afecciones del grupo, la artritis reumatoidea ocasionaba un ausentismo laboral estimado en 63 días por paciente-año.

Si bien, las cifras de mortalidad aparecen como poco impactantes, las cifras de demanda de atención cerrada, hospitalaria, ya comienzan a ser significativas y las de demanda de atención ambulatoria son impresionantes.

Ellas están aún bastante crudas y requieren de mayor elaboración y proyección a futuro; sin embargo, son lo bastante indicativas, como para alentar a las autoridades responsables y como para estimular a la planificación de estudios que permitan identificar con cierta precisión a los grupos expuestos al riesgo de enfermar, conocer sus rasgos epidemiológicos y comenzar a ensayar medidas profilácticas y preventivas que hayan demostrado utilidad o que tengan ese potencial.