



DOCUMENTO DE TRABAJO
Perfil Epidemiológico
del Adulto Mayor en Chile
Departamento de Estudios y Desarrollo

Octubre 2006

El objetivo de este estudio es proveer una síntesis del perfil epidemiológico de la población mayor de 60 años en Chile, esperando que sea un aporte a la reflexión y discusión en la formulación de políticas públicas y programas de salud para los adultos mayores en el ámbito público y privado.

1. Introducción

En los últimos 30 años, la población de nuestro país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaba un 8% de la población de Chile, en el Censo de 2002 aumentaron a un 11,4% de la población y en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etáreo, por lo que se proyecta para el año 2025, una población de 3.825.000 adultos mayores, representando el 20% de la población del país.

Este fenómeno, y sobre todo la intensificación a mediano plazo que sugieren las proyecciones demográficas, han determinado una real preocupación por sus efectos sobre la sostenibilidad futura de los sistemas de seguridad social y de salud del país.

En la dimensión del individuo, el envejecimiento, es un proceso fisiológico normal e irreversible que representa los cambios bio-psico-funcionales universales que se producen con la edad. Estos cambios que varían de un individuo a otro, lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que menoscaban su salud y calidad de vida.

Desde la perspectiva de la sociedad, el proceso de envejecimiento de la población puede considerarse un éxito del desarrollo económico y social de los pueblos y ha traído como consecuencia una mayor longevidad –aumento de la esperanza de vida – de la población. Esa mayor longevidad ha sido la responsable del aumento registrado durante los últimos años en el número de personas mayores.

Ante este nuevo escenario, la cuestión que debe preocuparnos es como lograr que esa mayor longevidad alcanzada, se desarrolle dentro del mejor estado de salud y calidad de vida posibles, y la mayor autonomía e independencia posibles.

En este contexto, creemos que es útil conocer el perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile en aras de contribuir al debate de la reforma previsional que se ha iniciado en el país y a la discusión, revisión e implementación de las políticas públicas e intervenciones sanitarias que garanticen crecientes niveles de salud, autonomía y calidad de vida de los adultos mayores.

2. Metodología

La descripción de un perfil epidemiológico, restringido al análisis de las causas de morbilidad y mortalidad y sus interrelaciones, resulta insuficiente para entender la situación de salud de los adultos mayores. Este perfil clásico, debe ser complementado con datos sobre los factores determinantes de la aparición de enfermedades, grados de discapacidad y el nivel de dependencia de esta cohorte.

Se recopilaron y analizaron bases de datos e informes sectoriales lo más actualizados posibles, que contuvieran datos y/o información que nos permitiera describir factores de riesgo de enfermedad y perfiles de morbilidad, discapacidad y mortalidad de los adultos mayores.

Base de datos

Las bases de datos e informes utilizados en este Estudio fueron:

Base de datos Egresos Hospitalarios MINSAL 2002
Base de Datos CASEN 2003
Base de datos Encuesta Protección Social 2004
Informe Encuesta Nacional de Salud 2003
Informe Primer Estudio Nacional de Discapacidad 2005

3. Aspectos demográficos

Desde la década de los '90s Chile se inserta en el grupo de transición demográfica avanzada y la disminución del ritmo de crecimiento de la población ubica a Chile al empezar el siglo XXI, entre los cuatro países de menor crecimiento poblacional de América Latina (INE, 2002).

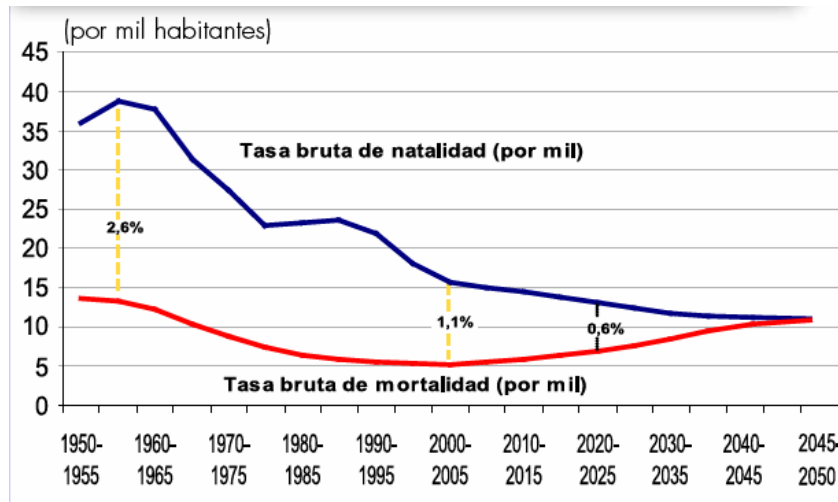
Este menor ritmo de crecimiento de la población estaría determinado básicamente por los bajos niveles de la fecundidad y la consiguiente baja en la tasa de natalidad alcanzada durante la segunda mitad del siglo XX, asociado también, a una baja tasa de mortalidad.

En Chile, la fecundidad ha sido el componente de mayor peso en la composición de la estructura de la población. El mayor nivel de fecundidad en Chile se produjo en el periodo 1955 -1960, cuando el promedio era de 5,5 hijos por mujer. En las décadas siguientes un importante descenso se observó en la fecundidad de tal forma que el año 2002 el promedio de hijos por mujer fue de 2,3. Se estima que en los siguientes lustros esta tasa global de fecundidad disminuirá para estabilizarse en 1,9 hijos a partir de 2015 (INE, 2002).

En el quinquenio 2000-2005, la población chilena habría crecido anualmente a un promedio de 1,1% (casi 11 personas por cada mil habitantes) y se espera que en los quinquenios siguientes este ritmo sea más lento para llegar prácticamente a cero entre 2045 y 2050 (INE,2005).

El gráfico 1, nos muestra un descenso sostenido de la tasa de natalidad, previéndose que ésta continuará bajando en el futuro. En tanto, la mortalidad experimentaría un leve aumento debido al envejecimiento de la población. El año 2002, la tasa de natalidad (por 1.000 hbtes.) fue de 16,1 y la tasa de mortalidad general alcanzó a 5,2 por 1.000 hbtes (DEIS,2004).

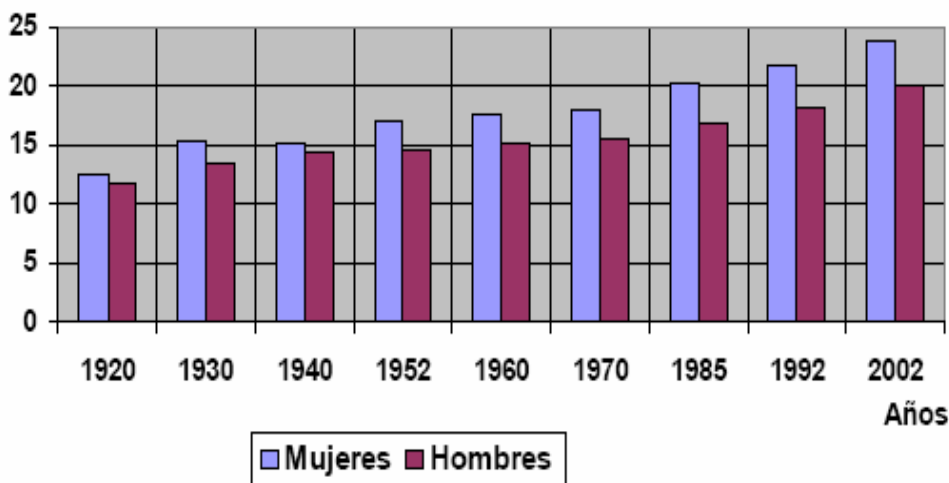
Grafico 1: Evolución Tasas Natalidad y Mortalidad. Chile 1950-2050



Fuente: INE, 2005

Por otra parte, la esperanza de vida al nacer aumenta a medida que pasa el tiempo, favoreciendo principalmente a la población femenina. Los nacidos a mediados del siglo XX en Chile, tenían una esperanza de vida de 54,8 años, lo que en el caso de las mujeres alcanzaba a 56,8 años y de los hombres a 53,0 años. No obstante, esta cohorte tendrá una expectativa de vida a los 60 años de edad, de 20 años para los hombres y 24 años para las mujeres en el periodo 2000-2005 (INE 2004) (ver gráfico 2). En el periodo 2020-2025 la expectativa de vida estimada al nacer, será de 84 años en las mujeres y de 77 años para los hombres (INE CEPAL, 2005).

Grafico 2: Esperanza de Vida a los 60 años por sexo. Chile 1920-2002



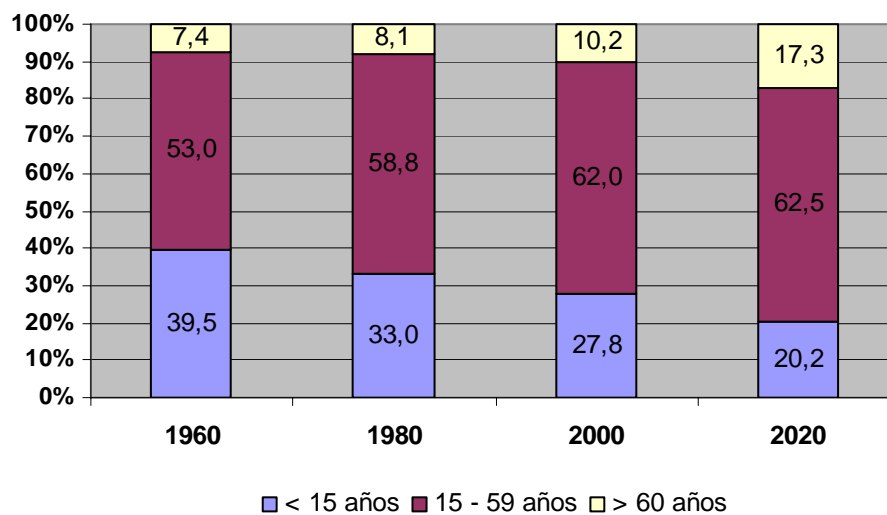
Fuente: Estadísticas de Género. INE 2004

Una de las características principales de la población es su composición por sexo y edad, o sea, el número y proporción de hombres y mujeres en cada grupo de edad.

En lo relativo a su distribución por sexo, mientras que en la población total el 50,7% de los individuos son mujeres, en la población de mayores de 60 años de edad, ellas representan el 56,3%, esto debido una mayor expectativa de vida femenina.

La distribución por grupos de edad ha variado significativamente desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. En 1960 los menores de 15 años representaban el 39,5% de la población total, los de 15 a 59 años eran el 53% y los mayores de 60 años alcanzaban al 7,4%. En el año 2000 estos porcentajes eran de 27,8%, 62% y el 10,2% de la población total, respectivamente. Se estima que el año 2020 estos grupos representarán: el 20,2 %, 62,5% y 17,3% respectivamente, lo que supone un sostenido envejecimiento de la población chilena.

Grafico 3: Evolución de la estructura de la población por grupos de edad. Chile 1960-2020



Fuente: INE,2005

En síntesis, la distribución por grupos de edad a través de los censos, da cuenta del proceso gradual de envejecimiento de la población. Sin embargo, desde una perspectiva de la sociedad, no sólo resulta importante tomar en cuenta, el cambio en la estructura etárea de la población – pirámide poblacional – sino más bien el efecto combinado de este proceso, con el proceso de transición epidemiológica.

4. Factores de riesgo

Al mejorar la sobrevivencia, se ha hecho cada vez más importante elevar la calidad de vida. En los últimos 50 años, Chile logró reducir la mortalidad materna e infantil, la desnutrición prácticamente desapareció y el riesgo de enfermar y morir por enfermedades infecciosas llegó a ser uno de los más bajos del continente. Sin embargo, estos logros, han traído aparejados

nuevos desafíos; envejecemos y hemos ido generando condiciones sociales y culturales que propician la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas.

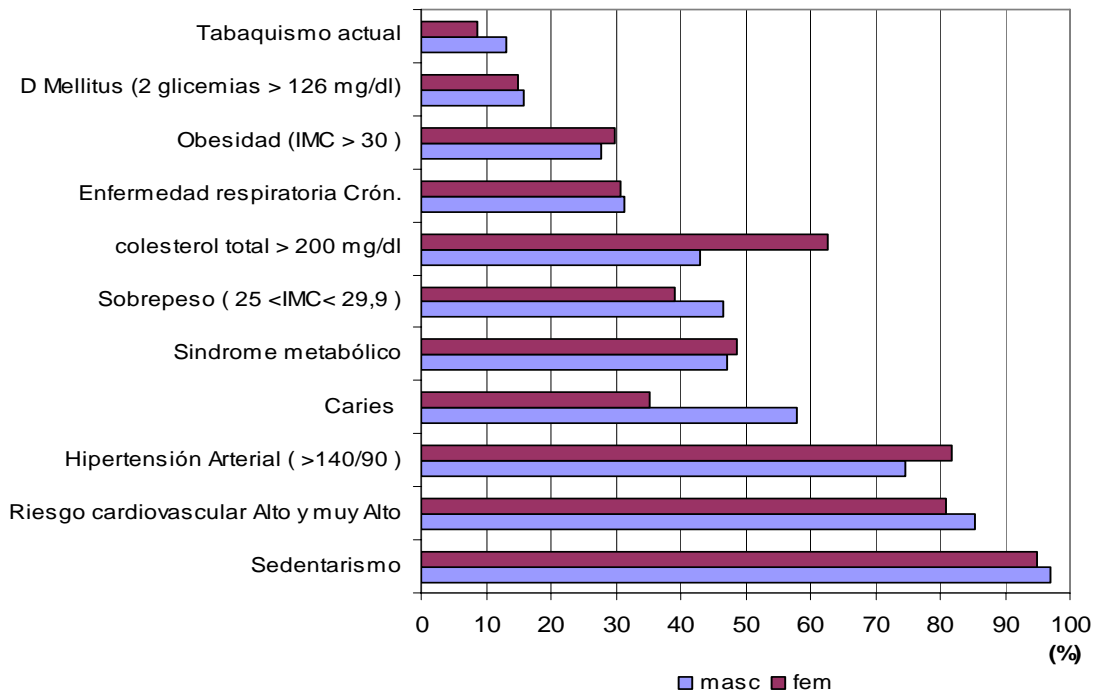
En este contexto, y siguiendo iniciativas de países desarrollados, organismos estatales como, MIDEPLAN y el MINSAL han aplicado encuestas poblacionales tendientes a determinar la situación de salud de la población, identificando los factores determinantes de la enfermedad y el estado de salud de los chilenos. En este sentido, cabe destacar los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV,2000) que aportó valiosa información sobre estilos y condiciones de vida de los individuos y su grupo familiar. Esto permitió elaborar el primer diagnóstico nacional sobre factores de riesgo conductuales de enfermedades crónicas.

Posteriormente, el año 2003 la información aportada por la Encuesta de Calidad de Vida fue precisada con un estudio de prevalencia de 21 problemas de salud prioritarios del adulto(> 17 años de edad), en una muestra representativa de población general adulta del país, estudio conocido como la I Encuesta Nacional de Salud(ENS,2003).

En este capítulo, se extraen los principales resultados de la ENS2003, para caracterizar los factores determinantes de la enfermedad en los adultos mayores. Considerando, que el diseño muestral de ENS2003 fue estratificado en 4 grupos de edad, definiéndose de esta manera, un grupo mayor de 65 años de edad, es este grupo que será el objetivo de este análisis.

En el gráfico 4, se presentan las tasas de prevalencias ajustadas por edad y sexo, de algunos problemas de salud que configuran factores de riesgo de morbilidad, discapacidad y mortalidad en los adultos mayores.

Gráfico 4: Tasas de Prevalencia (%) Problemas de Salud en Mayores de 65 años de edad.



Fuente: Elaboración propia. Datos de ENS2003

Uno de los hallazgos relevantes de la ENS2003 fue la alta tasa de prevalencia de sedentarismo de la población general. El 89,4% de los chilenos fueron categorizados como sedentarios el año 2003. Se consideró sedentario a la persona que en el último mes no ha practicado deporte o actividad física fuera del horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez, al menos 3 veces a la semana. En los adultos mayores, esta tasa fue de 95,7%.

La prevalencia del riesgo cardiovascular se construyó en base al Riesgo Cardiovascular Global (RCG) según las definiciones de factores de riesgo de los criterios ATPIII. Un riesgo cardiovascular “alto” se refiere a la presencia de dos o más factores de riesgo “muy alto” si la persona es portadora de diabetes mellitus o enfermedad aterosclerótica. En la ENS2003, se observa que el 41,1% de la población adulta chilena presenta 2 o más FR simultáneos y un 13,8% se encuentran en muy alto riesgo cardiovascular por la presencia de diabetes o enfermedad aterosclerótica ya declarada.

La tasa global de riesgo cardiovascular global “alto o muy alto” en el país, fue de 54,9%. En los adultos mayores, la tasa de prevalencia de riesgo cardiovascular “alto y muy alto” fue de 83,1%.

Al ajustar por edad y sexo, la prevalencia de riesgo cardiovascular global “alto o muy alto” es 3 veces mayor en el nivel socioeconómico medio-bajo (D) que en nivel socioeconómico alto (ABC1). Además, respecto al nivel educacional, las prevalencias de riesgo cardiovascular alto y muy alto, presentaron tendencias mayores en el nivel educacional bajo. Sin embargo, al ajustar por edad y sexo, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.

Respecto a la prevalencia de hipertensión arterial (HT), la metodología usada en la ENS2003 correspondió a un tamizaje poblacional realizado con un aparato automatizado (HEM713C) en una misma y única visita matinal. El método utilizado al no corresponder al de un diagnóstico confirmatorio de hipertensión arterial, puede determinar una sobrestimación de la tasa de prevalencia, por tanto, debe tenerse precaución al interpretar los resultados. Como medición de la presión arterial (PA) de los encuestados se consideró el promedio de 2 mediciones y el punto de corte fue definido como una $PA \geq 140/90$ mm Hg.

La prevalencia de tamizaje positivo de HT en la población general mayor de 17 años, alcanza a un 33,7%. Los hombres presentan mayor prevalencia que las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en los mayores de 65 años de edad.

En los adultos mayores, la tasa de prevalencia de HT fue de 78,8%. En esta cohorte; el 58% estaba en tratamiento, el 11% bajo control médico y el 39% sin ningún tratamiento.

La salud oral es un pilar importante en la calidad de vida de las personas; más allá del aspecto estético y su efecto en la autoestima, cobra relevancia fundamental en el estado nutricional y de salud de los adultos mayores. El uso de prótesis dentales o la presencia de caries pueden constituir focos de infecciones respiratorias. Al respecto, cabe recordar que el año 2002, en el país, las Neumonías constituyeron la primera causa de egresos hospitalarios en los mayores de 60 años de edad, en ambos sexos.

La prevalencia de dentadura completa (≥ 14 dientes en boca) fue de 28% en la población general y disminuye significativamente con la edad, llegando a ser un hallazgo infrecuente en los mayores de 45 años. En los mayores de 65 años de edad, la tasa fue de 0,4%. En la ENS2003, el 37,1% usaba prótesis dentales en uno o ambos maxilares, siendo esta tasa mayor en la mujeres (44,1%).

La prevalencia de al menos un diente cavitado por caries en la población general fue de 66,2%. Esta prevalencia aumenta con la edad hasta alcanzar su máximo entre los 25 y 44 años para luego disminuir gradualmente. En los adultos mayores la tasa de prevalencia de caries fue de 44,7%, siendo mayor en los hombres (58%).

El Síndrome Metabólico es una variable compleja que indica que una persona reúne a lo menos 3 condiciones de salud que la ponen en una categoría de alto riesgo para el desarrollo de diabetes o de enfermedad cardiovascular. Las variables que se consideran son: glicemia elevada, triglicéridos elevados, aumento de la circunferencia de cintura, presión arterial elevada y HDL bajos.

El 23% de la población adulta chilena presentaba síndrome metabólico en el 2003, sin diferencia entre ambos sexos. La prevalencia aumenta de manera progresiva con la edad en ambos sexos. Mientras que en los < de 25 años sólo el 5% de la población presenta síndrome metabólico, a los 65 años la prevalencia sube al 48%, sin mayores diferencias entre hombres y mujeres (47% vs 49%).

Para la medición del estado nutricional de la población, se usó el índice de masa corporal: IMC (peso en Kg/talla en m²). El IMC promedio de la población chilena el año 2003 estuvo en el rango de sobrepeso (IMC = 26,8). El peso promedio nacional fue de 70,6 kg y los hombres pesan en promedio, 10 Kg más que las mujeres. El peso promedio de los adultos mayores fue de 75 Kg en los hombres y 63 Kg en las mujeres.

El sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 29,9$), afectaba al 38% de la población del país el año 2003, siendo menor en las mujeres (25%) que a los hombres (43%). En los mayores de 65 años de edad, la tasa de sobrepeso promedio fue de 42,2%, siendo mayor (46,5%) en los hombres.

La obesidad ($30 \leq \text{IMC} < 39,9$), afectó al 22% de las personas, con un aumento significativo a través de los grupos de edad; la tasa fue de 9% en el grupo de < 25 años, sube a 30,5% en el grupo de 45 – 64 años, para decrecer luego a 29% entre el grupo de mayores de 65 años. Las mujeres tienen significativamente mayor obesidad (25%) que los hombres (19%), a pesar que éstos tenían mayor sobrepeso. Finalmente, la obesidad mórbida ($\text{IMC} > 40$) afectaba al 1,3% de la población siendo significativamente más frecuente entre las mujeres (2,3%) que entre los hombres (0,2%). En los adultos mayores, esta tasa alcanzó un 1,2% en las mujeres y 0,1% en los hombres.

La prevalencia de síntomas enfermedad respiratoria crónica (ERC), en la población chilena fue de 21,7% aumentado con la edad pero sin diferencias significativas entre los sexos. La ERC fue definida como aquellas personas tosedoras o expectoradoras la mayoría de los días o las noches, por al menos 3 meses al año, desde hace al menos dos años. Incluye a disneicos moderados o severos.

La tasa de prevalencia de ERC, presenta una marcada gradiente por nivel socioeconómico (NSE), con una tasa significativamente mayor en el NSE bajo (27%) que en el alto (7,9%) que persiste aún después de ajustar por edad y sexo. Lo mismo se observa al comparar por nivel educacional; existe un fuerte y significativo gradiente entre el nivel educacional más alto y el bajo, que persiste al ajustar por edad y sexo.

EN los adultos mayores, la tasa de prevalencia de ERC fue de 30,9 %, siendo mayor en los hombres (31,3%) que en las mujeres (30,6%).

Respecto a Diabetes Mellitus, la glicemia promedio de la población fue de 92,9 mg/dl, siendo significativamente mayor en hombres que en mujeres (95,5 vs 90,5mg/dl, respectivamente). Tanto en hombres como en mujeres la glicemia aumenta con la edad. Este hallazgo es más significativo después de los 45 años de edad.

La tasa de prevalencia de Diabetes Mellitus en la población general fue de 4,2%, siendo mayor en los hombres (4,8%) que en las mujeres (3,8%). En los adultos mayores fue de 15,2%.

El 88,5% de los diabéticos conocía su condición de enfermo y el 74,5% de los diabéticos se encontraba bajo tratamiento farmacológico. El 20% se encontraba bajo control y el 25% de los diabéticos que declararon estar bajo algún tratamiento, se encontraban normoglicémicos.

Según la ENS2003, el 42% de la población chilena es fumadora actual; 9% son fumadores ocasionales, es decir fuman menos de un cigarrillo diario, y 33% son fumadores diarios o de al menos 1 cigarrillo por día. Fuman significativamente más, los hombres (48%) que las mujeres (37%).

La tasa de prevalencia actual de tabaquismo en la población general fue de 42,4%, siendo mayor en los hombres (48,3%) que en las mujeres (36,8%). En los adultos mayores, esta tasa fue de 10,5%. El promedio diario de cigarrillos fumados por los mayores de 65 años, fue de 10 y 7 unidades en los hombres y mujeres, respectivamente.

Respecto a la prevalencia de las dislipidemias, la ENS2003 realizó el análisis de las distintas fracciones del perfil lipídico. En el caso de colesterol total, se definió el punto de corte en 200 mg/dl, para HDL en 40 mg/dl, TG 150 mg/dl y LDL en 100mg/dl. Los valores promedio para los niveles séricos de Colesterol total, Triglicéridos, HDL y LDL para la población chilena fueron 186 mg/dl, 134,5 mg/dl, 44,6 mg/dl y 115,4 mg/dl, respectivamente.

La tasa de prevalencia de las dislipidemias según los criterios ATP III para colesterol total (Col total > 200mg/dl) en la población general fue de 35,4% sin diferencias significativas entre ambos sexos. La prevalencia de dislipidemias aumentan significativamente con la edad. Los adultos mayores, presentaron una tasa de colesterol total de 54%, siendo de 62,6% para las mujeres y de 43,1% en los hombres.

Por otra parte, en la Encuesta de Protección Social, aplicada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile el año 2004, se indagó acerca del diagnóstico médico de un conjunto de enfermedades prevalentes en la población general. En los mayores de 60 años de edad, la hipertensión arterial estuvo presente en el 41,7% de los encuestados, la artritis-artrosis en un 17,3%, la diabetes mellitus en un 13,5% y la depresión en un 7,3%.

5. Morbilidad

En Chile, junto a la transición demográfica de la población se sobreponen los cambios de la llamada transición epidemiológica. Esto significa que a través del tiempo han ocurrido cambios significativos en la composición de la morbi-mortalidad por sexo y edades. En los años '60 las enfermedades transmisibles -infecciosas y parasitarias- tenían una alta incidencia y se concentraban preferentemente en los menores de 15 años. A comienzo del siglo XXI predominan las causas crónicas, degenerativas, tumores malignos y accidentes, que afectan principalmente a los adultos mayores.

En este capítulo se describen aspectos relevantes de la atención ambulatoria y hospitalaria que reciben los adultos mayores en nuestro país.

Atención Ambulatoria

De acuerdo a las estadísticas del DEIS-MINSAL, es posible obtener información respecto a tasas de utilización de la atención médica por niveles e atención de los adultos mayores. Sin embargo, no se disponen de datos para una descripción de los diagnósticos más frecuentes de los adultos mayores en los respectivos niveles de atención ambulatoria.

En la Tabla 1 se observa la evolución de la demanda por atención médica ambulatoria en los 3 niveles de atención de salud del SNSS durante el trienio 2002-04. El año 2004 se otorgaron; **17.789.737** consultas en la APS, **6.738.395** consultas de Especialidades y **13.561.542** consultas de Urgencia, de las cuales el 15%, 18% y 9% respectivamente, correspondieron a personas \geq 65 años de edad.

Tabla 1: Consultas médicas por niveles Atención. Chile 2002-2004.

Nivel	grupo	2002	2003	2004
APS	Total país	16.540.532	17.193.393	17.789.737
	\geq 65 años	2.386.749	2.596.704	2.738.062
ESPECIALIDAD	Total país	6.481.642	6.703.620	6.738.395
	\geq 65 años	1.113.737	1.188.136	1.200.440
URGENCIA	Total país	12.745.450	13.002.719	13.561.542
	\geq 65 años	1.021.029	1.082.634	1.156.901

Fuente: DEIS-MINSAL

De la Tabla 1 también puede concluirse que, mientras el número de consultas de APS y Urgencias a nivel nacional crecen a un promedio mayor de 3% anual y las de Especialidades a un promedio de 2%, en los adultos mayores, estas crecen al doble del promedio anual nacional.

Respecto a las tasas de consultas de los mayores de 65 años en el país; a nivel de la APS esta presentan una leve pero sostenida alza en el trienio 2002-2004. De 2,0 consultas/año/en persona \geq 65 años el año 2002, aumentó a 2,2 en el año 2004. En los niveles de Urgencia y Especialidades, las tasas de consulta de los adultos mayores se mantienen constante en cifras de 0,9 y 1 consulta/año/ persona, respectivamente.

Atención Hospitalaria

Los adultos mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población, por lo tanto, ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción **2.6 veces** mayor que la población general y un promedio de **9,2** días de estadía en comparación con los 5 días de la población general, excluyendo a los menores de 1 año (MINSAL, 2002). La tasa de hospitalización promedio de los mayores de 60 años fue de 24% siendo mayor en los hombres (26%) que en las mujeres (21%).

Durante el año 2002, en Chile se registraron 1.599.075 egresos hospitalarios, de los cuales, el 21% correspondió a personas mayores de 60 años de edad. De los egresos hospitalarios de los

mayores de 60 años de edad, el 47% correspondió a hombres y el 53% a mujeres. Por otra parte, esta cohorte, consumió el 31% del total de días de hospitalización del año 2002 en el país (MINSAL,2002).

Según el estado al alta de la hospitalización en el año 2002, el 76% de los adultos mayores hombres y el 78% de las mujeres egresaron “mejorados” de la condición que determinó su hospitalización. En oposición, el 6,8% de los adultos mayores hombres y el 5,7% de las mujeres egresaron “fallecidos”. Por otra parte, la tasa de letalidad hospitalaria fue de 7,8% en los hombres y 6,3% en las mujeres adultos mayores, durante el año 2002.

La Tabla 2 muestra, los principales diagnósticos de Egreso en las mujeres \geq 60 años. Este listado representa al 47% del total de Egresos de esta cohorte en el año 2002(n: 175.886).

Tabla 2: Principales Diagnósticos de Egresos. Mujeres \geq 60 años Chile 2002.

CIE-10	Diagnóstico	n	%
J12-J18	Neumonía	11.690	14,1
K80-K83	Colelitiasis, colecistitis, colangitis y otras enf. de la vesícula biliar y del tracto biliar	9.506	11,5
H25-H26, Q12.0	Catarata	7.070	8,6
E10-E14	Diabetes mellitus	5.840	7,1
I63-I69	Enfermedades cerebrovasculares	5.689	6,9
J43-J44	Enfisema y otras enferm. pulmonares crónicas	4.734	5,7
K40-K46	Hernia	4.568	5,5
S72	Fractura de fémur	4.238	5,1
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	3.452	4,2
I10-I13	Enfermedades hipertensivas	3.233	3,9
M00-M25	Artropatías	3.144	3,8
N17-N19	Insuficiencia renal	2.601	3,1
C50	Tumor maligno de la mama	2.522	3,1
N81-N82	Prolapso y fístula genital femenino	2.356	2,8
N70-N80,N83-N94,N96-N98	Enf. órganos genitales femenino	1.935	2,3
K70-K77	Enfermedades del hígado	1.900	2,3
I21-I22	Infarto agudo del miocardio	1.489	1,8
I60-I62	Hemorragia intracraneal	1.205	1,5
C53	Tumor maligno del cuello del útero	1.161	1,4
C81-C90, C96	Linfoma	1.127	1,4
C16	Tumor maligno del estómago	1.006	1,2
F30-F48	Trastornos afectivos y neuróticos	840	1,0
N95	trastornos menopáusicos premenopáusicos	631	0,8
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos	438	0,5
F20-F29	Esquizofrenia y trastornos delirantes	194	0,2
F10-F19	Trastornos mentales y comportamiento debido uso sustancias psicoactivas	93	0,1
B20-B24	Infección por VIH y SIDA	14	0,0

Fuente: Elaboración propia. Datos BD Egresos MINSAL 2002

De la tabla 2 y si agregamos algunos diagnósticos en grupos etiológicos, podemos apreciar que la primera causa de hospitalización en las mujeres \geq de 60 años de edad son las enfermedades respiratorias (19,8%), en segundo lugar se ubican las enfermedades del hígado y vía biliares (13,8%), en tercer lugar, las cataratas (8,6%), en cuarto lugar, las enfermedades cerebrovasculares (8,4%) y el quinto lugar es compartido por los cánceres y linfomas y la Diabetes Mellitus (7,1%).

En una menor proporción, pero no menos importante cabe destacar patologías como hernias (5,5%), fractura de fémur (5,1%) y patologías de los órganos genitales femeninos (5,1%), puesto que, siendo las hernias y el prolapso genital patologías de larga evolución, ellas pueden ser pesquisadas en forma precoz y por consiguiente, pueden ser resueltas en un estado

incipiente en su evolución, con el consiguiente menor riesgo quirúrgico y de complicaciones post-operatorias.

La Tabla 3 muestra, los principales diagnósticos de Egreso en los hombres ≥ 60 años. Este listado representa al 42% del total de Egresos de esta cohorte en el año 2002(n: 158.159).

De la tabla se desprende que; la primera causa de hospitalización en los hombres \geq de 60 años de edad son las enfermedades respiratorias (22,6%), en segundo lugar se ubican las enfermedades de los órganos genitales masculinos; básicamente hiperplasia de la próstata (13,4%), en tercer lugar, las enfermedades del hígado y vía biliares (11,8%), en cuarto lugar las enfermedades cerebrovasculares (11%), y en quinto lugar, las cardiopatías isquémicas (10,7%).

Tabla 3: Principales Diagnósticos de Egresos. Hombres ≥ 60 años Chile 2002.

CIE-10	Diagnóstico	n	%
J12-J18	Neumonía	11.128	16,7
N40-N51	Enf. órganos genitales masculino	8.899	13,4
K40-K46	Hernia	6.137	9,2
I63-I69	Enfermedades cerebrovasculares	6.069	9,1
K80-K83	Colelitiasis, colecistitis, colangitis y otras enf. de la vesícula biliar y del tracto biliar	5.496	8,3
E10-E14	Diabetes mellitus	5.043	7,6
I20,I23,I24,I25	Enfermedades isquémicas del corazón	4.808	7,2
H25-H26, Q12.0	Catarata	4.129	6,2
J43-J44	Enfisema y otras enferm. pulmonares crónicas	3.934	5,9
C61	Tumor maligno de la próstata	3.536	5,3
N17-N19	Insuficiencia renal	2.668	4,0
I10-I13	Enfermedades hipertensivas	2.490	3,7
K70-K77	Enfermedades del hígado	2.349	3,5
I21-I22	Infarto agudo del miocardio	2.342	3,5
C16	Tumor maligno del estómago	1.821	2,7
M00-M25	Artropatías	1.728	2,6
S72	Fractura de fémur	1.295	1,9
I60-I62	Hemorragia intracraneal	1.290	1,9
C81-C90, C96	Linfoma	1.106	1,7
F10-F19	Trastornos mentales y comportamiento debido uso sustancias psicoactivas	560	0,8
F30-F48	Trastornos afectivos y neuróticos	344	0,5
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos	343	0,5
F20-F29	Esquizofrenia y trastornos delirantes	139	0,2
B20-B24	Infección por VIH y SIDA	44	0,1

Fuente: Elaboración propia. Datos BD Egresos MINSAL 2002

Los principales cánceres que afectan al género masculino; cáncer de próstata y cáncer gástrico representaron el 8% de los egresos de los hombres adultos mayores.

En los hombres las hernias (9,2%) son más frecuentes que en las mujeres. Por otra parte, Diabetes Mellitus, Cataratas y los trastornos mentales son diagnósticos más frecuentes en las mujeres.

6. Discapacidad

Si bien la mayor parte de los adultos mayores en Chile se declara libre de discapacidad, más de un tercio de ellos, presenta un menoscabo de su capacidad funcional que afecta el desempeño en las actividades de la vida cotidiana generándose así, una situación de dependencia que determina una necesidad de apoyo, atención o institucionalización, muchas

veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el envejecimiento de la población condicione una creciente demanda de servicios sociales y de salud.

En este capítulo, se presentan algunos resultados del Primer Estudio Nacional de Discapacidad realizado en Chile por FONADIS-INE el año 2004. En este estudio, se detectaron 2.068.072 personas discapacitadas, es decir un 12,9% de la población. Del total de personas discapacitadas en el país, 933.853 fueron adultos mayores, lo que representa el 45% del total.

Las principales causas de discapacidad en el país, corresponden a enfermedades crónicas y degenerativas, que en su conjunto explican el 76,6% de las causas de la discapacidad (FONADIS, 2005).

Del total de adultos mayores encuestados el año 2004, el 39% presentó algún grado de discapacidad. El 61% de los adultos mayores discapacitados son mujeres. Además, las mujeres adultos mayores presentan más discapacidad extrema que los hombres, siendo más dependientes en la vida cotidiana.

En relación a los distintos grados de discapacidad; el 17,35 de los adultos mayores presentó una discapacidad leve, es decir, tiene síntomas o secuelas que les generan alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria sin comprometer su independencia ni requerir el apoyo de terceros.

En tanto, el 11,1% de los adultos mayores presentaron una discapacidad moderada, vale decir, presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a necesitar apoyo en actividades básicas de autocuidado.

Por último, un 10,7% de los adultos mayores presentó una discapacidad severa, es decir, ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de actividades cotidianas, dependiendo del apoyo y/o cuidados de una tercera persona.

Desde un punto de vista socioeconómico, el 44% de los discapacitados en Chile pertenecen al nivel socioeconómico bajo. En este estrato, los adultos mayores representan el 50%. Por otra parte, respecto al nivel de educación, el 69,1% de los adultos mayores discapacitados no completó la enseñanza básica, el 18,6% llegó a la enseñanza media y solo el 3,6% alcanzó la educación superior (FONADIS,2005).

En la EPS2004, se exploró el grado de dependencia de los adultos mayores. El 78% de ellos no necesitó ayuda alguna para realizar actividades de la vida diaria. El 27% de las mujeres y el 16% de los hombres declararon algún grado de dificultad o necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas. El 21 % de las mujeres y el 11% de los hombres mayores, tuvieron dificultades para caminar largas distancias; un 18% de las mujeres y un 10% de los hombres declararon problemas para subir escalas; el 10% de las mujeres y el 6% de los hombres presentaron problemas para bañarse; el 7% de las mujeres y el 5% de los hombres tuvieron problemas para vestirse y el 2% en ambos sexos, presentaron problemas para comer.

La tabla 4 muestra el tipo de dificultad que enfrentan los adultos mayores en su vida cotidiana. La dificultad más común de los adultos mayores discapacitados en sus actividades cotidianas es en el sentido de la visión (77,7%), aún cuando usen lentes. Le sigue en grado de importancia la dificultad para desplazarse en especial caminar largas distancias (74,8%), el ponerse de pie (65,5%) y estar mínimo 30 minutos de pie (64,8%).

En el cuidado personal los adultos mayores discapacitados muestran menos problemas en su capacidad para comer por sí solos: únicamente el 9,7% señala tener este tipo de dificultad. Otros problemas más frecuentes son bañarse por sí solo (27,7%) y vestirse o ponerse los zapatos (28,9%).

Tabla 4: Principales Tipos de Dificultades Adultos Mayores con Discapacidad. Chile 2004

Dificultades de los Adultos Mayores con Discapacidad		Leve	Moderado	Severo	Total Dificultades
		%	%	%	%
Ver	Ver, aún usando lentes	43,6	31,7	2,4	77,7
Oír	Oír, aún usando audifonos	24,0	17,4	1,5	42,9
	Bañarse por sí sola	9,2	10,0	8,5	27,7
Cuidado Personal	Vestirse o ponerse los zapatos	13,1	8,8	7,0	28,9
	Comer por sí solo/a	4,3	2,4	3,0	9,7
	Estar de Pie 30 minutos o más	25,8	29,8	9,2	64,8
Desplazamiento	Caminar largas distancias	23,6	36,9	14,3	74,8
	Ponerse de Pie	30,5	27,3	7,7	65,5
	Moverse dentro de la casa	16,0	8,6	5,2	29,8
	Aprender cosas nuevas	24,8	11,7	3,4	39,8
Comprensión y	Concentrarse durante 10 min.	25,2	11,1	3,3	39,6
	Recordar cosas importantes	35,1	13,5	3,6	52,2
Comunicación	Resolver imprevistos	20,5	12,3	4,6	37,5
	Comprender lo que la gente dice	18,8	7,6	3,1	29,5

Fuente: INE, 2006

Mención especial merecen las dificultades de comprensión y comunicación de los adultos mayores puesto que se relacionan directamente con el estado cognitivo, elemento esencial para el desempeño autónomo de las personas.

En la ENS2003, el deterioro cognitivo de los adultos mayores fue medido a través de un screening con MMSE (Mini Mental State Examination, Folstein 1975). Un puntaje de MMSE menor de 13 se considera “deterioro cognitivo”. Aquellos casos que evidenciaron deterioro cognitivo con MMSE se le aplicó el test de Pfeffer, con el cual se explora las capacidades de los adultos mayores para el desempeño autónomo en actividades de la vida cotidiana. Se consideró “discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana” a un resultado de MMSE < 13 puntos y test de Pfeffer \geq 6 puntos.

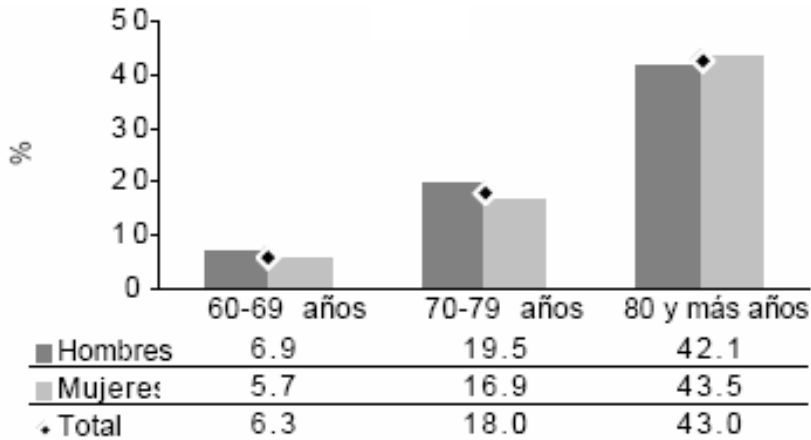
Cuando el test Pfeffer resultó alterado la encuesta de morbilidad de la ENS2003, fue respondida por una persona cercana al entrevistado. Si no había una persona cercana para responder por el entrevistado, no se le aplicó las encuestas de morbilidad.

La prevalencia de deterioro cognitivo fue de 15% en los adultos mayores (236 casos). Esta prevalencia aumentó significativamente entre cada tramo de edad, llegando a afectar al 43% de los adultos de 80 años y más. No hubo diferencias por sexo (ENS, 2003). Grafico 5.

La prevalencia de deterioro cognitivo presenta una fuerte gradiente social subiendo de 2% a 32% entre los adultos mayores del nivel socioeconómico alto y el bajo. La misma tendencia descrita por nivel socioeconómico, se aprecia en el nivel educacional, siendo 7 veces mayor la prevalencia de deterioro cognitivo entre los adultos menos educados que en los de nivel

educacional alto. Estas diferencias, son estadísticamente significativas después de ajustar por edad y sexo.

Grafico 5: Prevalencia Deterioro Cognitivo Adultos Mayores. Chile 2003



Fuente: ENS, 2003

De las 236 personas con deterioro cognitivo, en el 74% se aplicó el test de Pfeffer, con el cual se pudo estimar como el deterioro cognitivo impacta en la vida cotidiana o dicho de otra forma la “discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana”.

La prevalencia global de discapacidad (T de Pfeffer > 6 puntos) fue de 8,5% en la población adulta mayor, con una distribución etárea similar al deterioro cognitivo pero, con un fuerte gradiente por edad de 2,4 % en los menores de 70 años a 34% en los de 80 años y más.

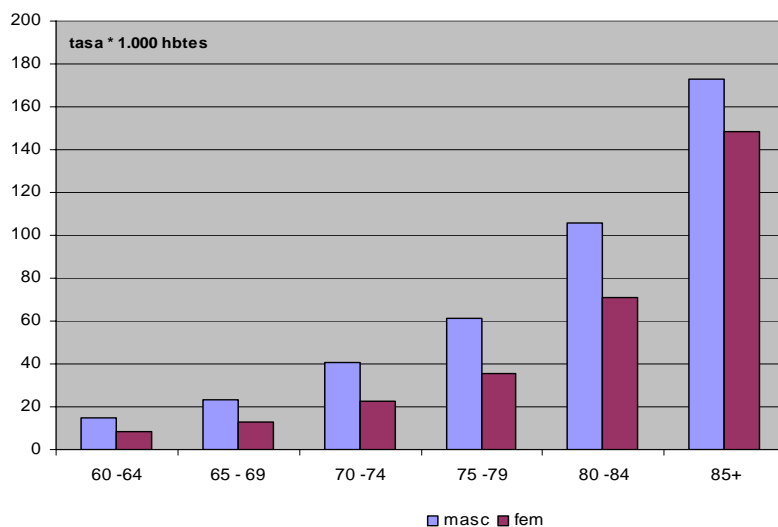
La discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana del adulto mayor, presenta la misma distribución por nivel socioeconómico y nivel educacional; los más pobres y menos educados tienen una prevalencia mayor de discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana.

7. Mortalidad

La tasa de mortalidad general de la población chilena el año 2003 fue de 5,3 por mil habitantes. En cuanto a su tendencia en los últimos diez años (1994-2003), se constata una leve caída, con oscilaciones que implican un descenso de 0,3 puntos en 10 años. Sin embargo, se estima que en el quinquenio 2045-2050 esta tasa de mortalidad subirá a 10,9 muertes por mil, aumento que en gran medida será causado por el incremento progresivo de adultos mayores (INE, 2005)

La tasa de mortalidad de los adultos mayores hombres durante el año 2003, fue de 69,8 por mil y la tasa de las mujeres fue 49,8 por mil personas, respectivamente. Como es obvio, esta tasa aumenta en cada tramo de edad sobre los 60 años, llegando a tasas de 106 por mil en hombres y 71 por mil en mujeres mayores de 80 años. El gráfico 6, muestra las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo de los adultos mayores en el año 2003.

Grafico 6: Tasas de Mortalidad Adultos Mayores. Chile 2003



Fuente: INE, 2005

Durante 2003 en Chile, se registraron 83.672 muertes, de las cuales 23.771 (28,4%) se debieron a enfermedades del sistema circulatorio y 19.700 (23,5%) fueron provocadas por tumores malignos. Cabe destacar que el periodo 1999-2003, disminuyeron las muertes debido a las enfermedades del sistema respiratorio, ya que en 1999 éstas provocaron el 14% de las muertes y en 2003 solo el 8,9%. No obstante en el mismo periodo, las muertes por tumores malignos aumentaron de 21,8% a 23,5% y las enfermedades del sistema digestivo subieron de 6,7% a 7,9% (INE, 2005).

Del total de fallecidos en el país el año 2003, 61.596 casos (74%) correspondieron a personas mayores de 60 años de edad. De los adultos mayores fallecidos, el 50% fueron hombres. Las principales causas de muerte en los adultos mayores fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%). En las tablas 5 y 6 se muestran las principales causas de muerte por grupo de edad y sexo en los adultos mayores.

Tabla 5: Principales Causas de Muerte en Hombres Adultos Mayores. Chile 2003

Causa muerte	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 +	n	%
Enf. Cerebrovasculares	350	413	652	665	587	628	3.295	10,7
Otros tumores malignos y leucemias	541	624	668	625	467	365	3.290	10,6
Infarto agudo del miocardio	355	464	595	499	387	435	2.735	8,8
Otras enf. del Sist. Circulatorio	208	222	327	354	329	431	1.871	6,1
Tumor maligno del estómago	218	302	361	336	220	175	1.612	5,2
Tumor maligno de la próstata	68	133	266	324	309	329	1.429	4,6
Enf. Crónicas hígado	415	357	290	203	84	52	1.401	4,5
Diabetes mellitus	179	204	308	306	195	190	1.382	4,5
Enf. crónicas vías Respiratorias Inf.	71	133	247	281	296	350	1.378	4,5
Traumatismos	324	278	255	184	119	122	1.282	4,1
Neumonía	54	87	141	191	262	520	1.255	4,1
Enf. Hipertensiva	52	93	167	216	242	297	1.067	3,5
Tu maligno bronquios y del pulmón	165	215	252	185	114	84	1.015	3,3
Otras enf. Isquémicas corazón	83	97	199	193	181	250	1.003	3,2
Trast. mentales y del comportamiento	73	73	125	164	186	348	969	3,1
Tumor maligno del colon,recto, ano	82	77	95	104	76	78	512	1,7

Fuente: Estadísticas Demográficas INE 2005

En los adultos mayores hombres, el año 2003 las 3 principales causas de muerte fueron; enfermedades cerebrovasculares (10,7%), tumores malignos distintos de los cánceres gástrico, próstata, pulmonar y colorrectal (10,6%) y el Infarto al miocardio (8,8%).

Tabla 6: Principales Causas de Muerte en Mujeres Adultos Mayores. Chile 2003

Causa muerte	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 +	n	%
Otros tumores malignos y leucemias	607	663	813	837	756	781	4.457	14,5
Enf. Cerebrovasculares	192	283	474	650	786	1.168	3.553	11,6
Infarto agudo del miocardio	160	235	356	387	430	697	2.265	7,4
Otras enf. del Sist. Circulatorio	133	155	263	333	391	971	2.246	7,3
Neumonía	13	33	97	146	312	956	1.557	5,1
Diabetes Mellitus	141	191	270	326	242	315	1.485	4,8
Enf. Hipertensivas	46	77	143	222	301	641	1.430	4,7
Trast. mentales y del comportamiento	10	28	65	133	247	784	1.267	4,1
Enf. crónicas vías Respiratorias Inf.	66	84	176	186	221	464	1.197	3,9
Tumor maligno Vesícula y vías biliares	199	189	217	172	120	132	1.029	3,4
Otras enf. Isquémicas corazón	33	45	103	124	176	394	875	2,9
Tumor maligno del estómago	69	113	161	163	175	188	869	2,8
Enf. Crónicas hígado	153	138	148	102	66	51	658	2,1
Traumatismos	57	55	61	94	108	260	635	2,1
Tumor maligno mama	108	100	93	108	85	131	625	2,0

Fuente: Estadísticas Demográficas INE 2005

Por otra parte, las 3 principales causas de muerte en las mujeres mayores de 60 años de edad fueron; tumores malignos distintos de los cánceres de vesícula y vías biliares, gástrico y mama (14,5%), enfermedades cerebrovasculares (11,6%), y el Infarto al miocardio (7,4%). El listado de la tabla 6, representa el 79% del total de mujeres mayores de 60 años, fallecidos el año 2003.

Respecto al riesgo de morir de los adultos mayores en el año 2003, las tasas de mortalidad de: enfermedades cerebrovasculares fue de 4,33 y 3,60; del infarto agudo al miocardio fue de 3,59 y 2,30; del cáncer gástrico fue de 2,12 y 0,88; de la diabetes mellitus 1,81 y 1,51; de las enfermedades crónicas del hígado 1,84 y 0,67; de los traumatismos 1,68 y 0,64 por mil personas en hombres y mujeres, respectivamente.

La tasa de mortalidad del tumor maligno próstata fue de 2,8 por mil hombres el año 2003. A su vez, la tasa de mortalidad del cáncer de mama fue de 0,89 por mil mujeres.

La tasa de mortalidad por neumonías del año 2003 fue de 1,65 y 1,58 por mil personas en hombres y mujeres, respectivamente.

8. Discusión

El envejecimiento de la población chilena plantea uno de los desafíos más relevantes para nuestra sociedad, en lo que será la primera mitad del siglo XXI. El Estado y la sociedad en su conjunto deberán enfrentar una serie de demandas que se generarán del cambio demográfico y epidemiológico que se ha estado desarrollando a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Lo anterior, nos exige la revisión, el desarrollo e implementación oportuna y adecuada de políticas públicas e intervenciones sociales, económicas y sanitarias que den cuenta de este nuevo escenario demográfico y epidemiológico y que garanticen a los adultos mayores un estado de salud adecuado, autonomía e independencia que les permita satisfacer sus necesidades básicas y disfrutar una vida digna y plena.

En este contexto, disponer de información acerca de los factores de riesgo de enfermedad, la morbilidad, discapacidad y las causas de mortalidad que exhiben los adultos mayores, nos permitirá enfrentar de manera sistémica e integral el desafío que implica el envejecimiento poblacional que se está desarrollando en Chile.

En nuestro país a partir de la década de los '90, las necesidades económicas, sociales y sanitarias de los adultos mayores han sido debidamente priorizadas en las políticas públicas; se han incrementado gradualmente los recursos de las pensiones asistenciales, se han implementado programas de salud específicos para los adultos mayores, se ha promovido su participación social y recreación, el fortalecimiento de la imagen y el respeto por el adulto mayor, por mencionar algunas de las iniciativas estatales.

Muestra de lo anterior y de cara al bicentenario de la nación, el sector salud ha incluido como uno de los Objetivos Sanitarios del país para la década 2000-2010 es, "Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad". Pese al avance y los beneficios que paulatinamente se han implementado en el sector; como el Régimen de Garantías en Salud o la gratuidad en la atención de salud en los establecimientos públicos, se requiere un mayor esfuerzo estatal para disminuir el impacto del consumo de medicamentos y/o los denominados "cuidados de largo plazo" en los precarios ingresos de los adultos mayores.

Por otra parte, frente a las necesidades sanitarias de los adultos mayores, la respuesta del sector salud será insuficiente si no se adopta una respuesta integral y coordinada con otros servicios sociales. En muchos países, y Chile no es la excepción, la estructura de la familia y las formas tradicionales de atención y apoyo para las personas mayores están cambiando. El desarrollo económico y social, está asociado cada vez más con la urbanización y la fragmentación de la familia, lo cual socava las fuentes tradicionales de apoyo para la tercera edad.

El deterioro de la persona que va ocurriendo asociado al proceso de envejecimiento, ha dado lugar a la creencia errónea de que éste en sí mismo corresponde a una patología. No obstante, algunos cambios, tales como el déficit visual o auditivo, requieren de una atención médica específica.

La atención médica convencional que se otorga en nuestro sistema de salud, se enfoca sobre enfermedades aisladas o sistemas orgánicos disfuncionales, estrategia inadecuada para enfrentar el conjunto polisintomático y fluctuante del cuadro clínico típico, de las enfermedades crónicas que exhiben los pacientes adultos mayores. Además, la interacción entre enfermedades y problemas psicosociales conduce a trastornos funcionales que afectan independencia de las personas mayores.

En este contexto, es fundamental que quienes atienden a los adultos mayores- el médico general o de familia- cuenten con una formación tal que le permita distinguir los cambios propios del envejecimiento, de enfermedades particulares y sus síntomas, y por otra parte, ser capaces de realizar una evaluación integral de las funciones que le permitan al individuo llevar a cabo una vida autónoma e independiente.

Analizando algunos de los datos obtenidos de la ENS2003 podemos concluir que los adultos mayores en nuestro país, presentan tasas de prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y mentales que se relacionan directamente con alguna de las principales causas de morbilidad y mortalidad en esta cohorte.

Si bien es cierto que, algunos de estos factores de riesgo, se relacionan con la edad; como el deterioro sensorial y cognitivo, la mayoría de estos factores de riesgo obedecen a factores culturales y estilos de vida no saludables, pero definitivamente evitables. Además, la mayoría de estos factores de riesgo se ven exacerbados en los niveles socioeconómicos y de educación bajos. Al respecto, se debe recordar que el 10% de los adultos mayores se encontraban bajo la línea de pobreza y el 13,2 % de ellos eran analfabetos en la Encuesta CASEN 2003.

Resulta preocupante además, la baja efectividad del tratamiento en enfermedades tan prevalentes como la hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, ambas asociadas a las principales causas de muerte en los mayores de 60 años. En la ENS2003, el 39% de los adultos mayores hipertensos declararon estar sin tratamiento alguno. Por otra parte, el 75% de los pacientes diabéticos declaró estar con tratamiento farmacológico, pero sólo el 25% de ellos, se encontraban normoglicémicos.

Mención especial le cabe a la salud oral del adulto mayor. La baja prevalencia de dentadura completa condicionará problemas nutricionales en las personas mayores. Por otra parte, la alta tasa de prevalencia de caries que sumada a otros factores como tabaquismo o menoscabo de la inmunocompetencia propia de los adultos mayores, constituyen un factor de riesgo de infecciones pulmonares, como la neumonía.

Respecto al perfil de morbilidad de los adultos mayores, no se dispone de información acerca de la atención ambulatoria, sin embargo, analizando los egresos hospitalarios se puede apreciar que las infecciones pulmonares bajas (grupos J12 –J18 de CIE-10) constituyen la primera causa de egresos hospitalarios (15%) en los adultos mayores de ambos sexos y explican el 4-5% de las causas de muerte en la cohorte.

En los adultos mayores, la coleditiasis, cataratas y hernias explican alrededor del 25% de los egresos hospitalarios. Considerando la evolución – larga data - de estas patologías y el estado del arte del manejo de las mismas, es posible señalar que en el mediano plazo, estas patologías podrían ser resueltas en un estadio más precoz y de manera ambulatoria.

Respecto a la morbilidad específica por género, cabe destacar la importancia relativa de la fractura de fémur, artropatías y cáncer de mama en las mujeres y de la patología benigna y maligna de la próstata en los hombres. Sobre la fractura de fémur en las mujeres, esta patología se relaciona con la osteoporosis secundaria al proceso del climaterio, y está determinada por las frecuentes caídas que sufren los adultos mayores condicionadas muchas veces, por su pérdida de agudeza visual y/o sobrepeso u obesidad. Sin embargo, es posible incidir en su prevalencia con una adecuada terapia de prevención de la osteoporosis, manejo adecuado de la obesidad y sedentarismo y corrección precoz de los trastornos visuales, como son la cataratas.

Aún dentro de una perspectiva de género y pese a que no se evidencia en los egresos hospitalarios, es importante el monitoreo y seguimiento epidemiológico de la Enfermedad de Alzheimer. En Chile la Enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia en los adultos mayores. Por la mayor longevidad de las mujeres es más frecuente en personas del género femenino. Su incidencia es creciente con la edad; se puede presentar en 1 o 2% de las personas de 60 años, en 3 a 5% de las personas de 70, en el 15-20% de las personas de 80 años y en un tercio o la mitad de los mayores de 85. Su evolución clínica generalmente comienza con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama, totalmente dependiente y cuya sobrevivida promedio es de 7-8 años (Donoso, 2003).

En cuanto a la tasa de mortalidad global en el adulto mayor, ésta es 10 veces mayor que en la población general; 69,8 por mil habitantes en hombres y 49,8 por mil en mujeres, respectivamente. Las principales causas de muerte en los adultos mayores fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%).

Respecto al riesgo de morir de los adultos mayores y descartando los tumores y leucemias, es posible incidir en la disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares – accidentes vasculares encefálicos, infarto al miocardio - fortaleciendo el desarrollo e implementación de las estrategias y actividades de promoción contenidas en el Plan Nacional de Promoción de la Salud y de actividades de prevención –primaria y secundaria – en todos los niveles de atención del SNSS.

Como muestra de lo anterior, la tasa de mortalidad por neumonía en el adulto mayor de 65 años en Chile, se mantuvo estacionaria sobre 5,0 por mil habitantes en la década 1990-2000, pero desde entonces ha presentado una fuerte caída hasta alcanzar 2,3 por mil el año 2003 (2,46 y 2,21 por mil personas en hombres y mujeres, respectivamente), esto como consecuencia de la implementación de estrategias como la vacunación antiinfluenza de la Campaña de Invierno y el Programa de enfermedades respiratorias del adulto (ERA) (MINSAL,2003).

Los cambios fisiológicos y cognitivos producidos por el envejecimiento y que van experimentando las personas y afectan su funcionalidad, pueden conducir a pérdidas de la autonomía e independencia. Es así que la “salud” de un adulto mayor se mide mejor en términos de función que de patología. La buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado. El efecto de estos cambios fisiológicos y cognitivos producidos por el envejecimiento, se refleja en el incremento de la prevalencia de discapacidades para realizar actividades de la vida diaria.

A partir de los 60 años de edad, las mujeres generalmente tienen tasas más altas de discapacidad que los hombres. En términos generales, 12 % de mujeres y 9 % de hombres de 60 años y más, necesitan ayuda permanente para realizar sus actividades cotidianas.

En relación a los servicios sociales y de salud -cuidados de largo plazo- asociados a distintos niveles de dependencia de las personas mayores hará falta en particular, paliar la creciente necesidad de mano de obra calificada, ya que las estructuras familiares, más reducidas y más inestables permiten cada vez menos apoyarse en las redes familiares como sostén de este tipo de servicios.

En resumen, Chile comparte un perfil epidemiológico con países desarrollados en que el cambio epidemiológico observado, predice que si no se enfatiza en la prevención y en la promoción de un “envejecimiento saludable” habrá un incremento de la población portadora de enfermedades crónicas o discapacidades, generadoras de una importante dependencia funcional y por lo tanto los adultos mayores dependerán de otros en su cuidado y actividades de la vida cotidiana. Las consecuencias económicas y sociales de este fenómeno están siendo abordadas en los países desarrollados, con la implementación de un sistema de seguros de cuidados de largo plazo, como un pilar importante de sus sistemas de seguridad social.

Finalmente, la disminución de la mortalidad de los adultos mayores y por ende el aumento de la esperanza de vida después de los 60 años, dependerá por una parte del beneficio de las nuevas tecnologías sanitarias en el tratamiento y control de las enfermedades crónicas y

degenerativas y por otra parte y tal vez más importante desde una perspectiva de sociedad, es hacer conciencia y enseñar a los jóvenes y “adultos jóvenes” a ser responsables de su propio proceso de envejecimiento, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables lo más temprano posible dentro de su ciclo de vida.

9. Referencias

Envejecimiento Saludable :<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF>

Enfoque Estadístico Discapacidad en Chile. Primer Estudio de la Discapacidad en Chile. FONADIS. Enero 2005

Proyecciones de Población. Chile hacia el 2050. Monografías Estadísticas N° 1, año 1 INE Agosto 2005

Estadísticas de Género: Una Visión demográfica. INE 2004

CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País: 1950-2050. Serie de la Publicación (CEPAL): OI N° 208. INE-CEPAL 2005

Información Demográfica. Enfoque Estadístico N° 28 INE Mayo 2005

Donoso A. Enfermedad de Alzheimer. Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría 2003; 41(Supl 2): 13-22

Cuenta Pública 2003 Ministerio de Salud

Ver. <http://www.emol.com/noticias/documentos/cuentapublica2003.pdf>