

OE CICLO VITAL

TÍTULO OE

Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo de todo el ciclo vital.

DEFINICIÓN DEL MARCO REFERENCIAL DEL OE

Según las proyecciones del Censo 2002, Chile tiene en el año 2010 una población de 17.094.275 hab. Chile se encuentra en un periodo de transición demográfica: el índice de envejecimiento pasa de 20 personas mayores por cada 100 niños y adolescentes en 1990, a 40 en el 2010. Se estima que al 2020 esta cifra será cercana a 60 (ver figura 1 y 2). Esta transición demográfica, permite estimar una disminución de la población de niños, adolescentes y jóvenes en el futuro y un aumento sistemático de los adultos mayores, lo que obliga a enfocar la mirada en el curso de vida o ciclo vital considerando las diferencias epidemiológicas de cada etapa y, sobre todo, la visualización acerca de las consecuencias que tendrán las acciones sanitarias realizadas en la infancia y adolescencia sobre la salud y calidad de vida del grupo de adultos mayores en el futuro.

Figura 1. Año 2010

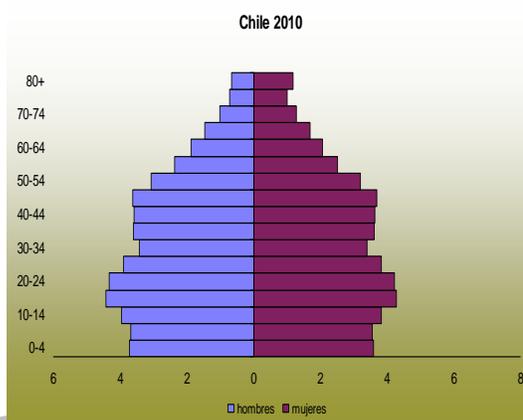
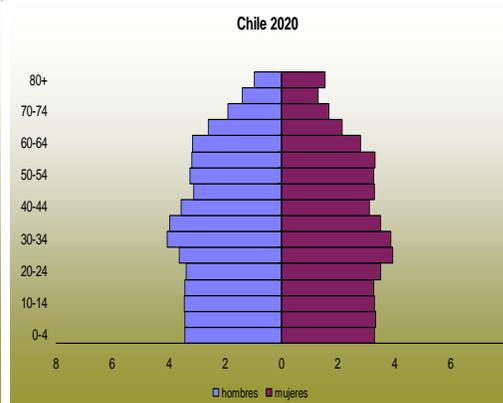


Figura 2. Año 2020



Fuente: DEIS, MINSAL

La ciencia y la experiencia internacional han demostrado que si las diferencias sociales presentes en los primeros años de vida no se intervienen, continúan y se profundizan a lo largo del ciclo vital, influyendo en una amplia gama de dimensiones sanitarias y sociales. Por ejemplo la Teoría de Barker (1986) de la cual, son precursores Rose (1964) y Forsdahl (1977), plantea como hipótesis que existe relación entre el ambiente embrionario y/o fetal con algunas de las enfermedades de los adultos, las que en algunos casos estarían programadas desde antes de nacer. Existe evidencia científica indica que los ambientes adversos en el periodo embrionario y/o fetal e incluso en la primera infancia, se relacionarían con un aumento de algunas enfermedades en la vida adulta (sobrepeso,

obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, salud cardiovascular); de igual forma, un estudio de Maggi S., et al. (2007), sugiere que el ambiente embrionario se relacionaría también con la estabilidad laboral, delincuencia, y competencias para la lectura y el cálculo matemático, entre muchas otras cosas, por lo tanto pueden considerarse determinantes de la salud en la etapa antenatal.

Desde la salud pública, considerando este enfoque, es relevante abordar la causalidad de los problemas de la salud de las personas desde la perspectiva de ciclo evolutivo en un continuo, desde lo promocional, preventivo, hasta la atención de la enfermedad y rehabilitación. Asimismo, la forma en que se aborde debe ser en forma integral, interdisciplinario, intersectorial, y basado en derechos.

En el marco de la definición del OE 4, se incorporan cuatro áreas que corresponden a las etapas más vulnerables del ciclo vital: salud de la mujer y del recién nacido, salud del niño, salud de adolescentes y jóvenes, salud del adulto y del adulto mayor; y se definen las metas orientadas a disminuir la mortalidad, la morbilidad y a mejorar la salud de las personas a través de su ciclo vital.

En general, y durante todo el ciclo vital, el país muestra tasas de morbilidad y mortalidad que demuestran que las personas gozan de una mejor salud, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. La esperanza de vida para hombres en 1970 era de 60 años y mujeres 66 años; en la actualidad, para hombres es de 76 y para mujeres es de 82 años (INE, 2006). Sin embargo, al desagregar la información por edad, sexo, niveles socioeconómicos y zonas geográficas, aún persisten en el país diferencias marcadas en la naturaleza y magnitud del daño en salud en los distintos grupos poblacionales.

Es de la mayor importancia, no sólo seguir poniendo el énfasis en reconocer el efecto de los determinantes sociales sobre la salud, sino que analizar estrategias para lograr modificarlas. En este contexto, este OE centrará sus metas en reducir morbilidad y mortalidad sobre todo por causas prevenibles, relacionadas con condicionantes sociales y estilos de vida, contribuyendo a superar las desigualdades observadas en los distintos grupos etarios vulnerables.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN POR SUB-TEMA

Salud de la Mujer y el Recién Nacido

Los diversos cambios que ha experimentado la situación de la mujer en las últimas décadas – reducción de la fecundidad, aumento en la expectativa de vida, progresiva incorporación en el mundo laboral – plantearon la necesidad de nuevas orientaciones en su atención de salud. A partir de 1994, en el contexto de un favorable escenario en el ámbito de la salud materno-infantil, el Ministerio de Salud desarrolló el Programa de Salud de la Mujer – continuador del Programa de Salud Materna y Perinatal (1991) – el cual propuso la incorporación de aspectos no reproductivos (salud mental, salud laboral, atención en el período preconcepcional, la etapa post reproductiva y el enfoque de género en las actividades programáticas), sin por ello descuidar las actividades de protección de la salud relacionadas con la función reproductiva.

La salud de la mujer en su conjunto debe ser entendida como un proceso continuo, no como etapas aisladas, en el que las características y condiciones propias de cada período de su ciclo vital influyen sobre el período siguiente. La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las mujeres a través de su ciclo vital son evitables o prevenibles.

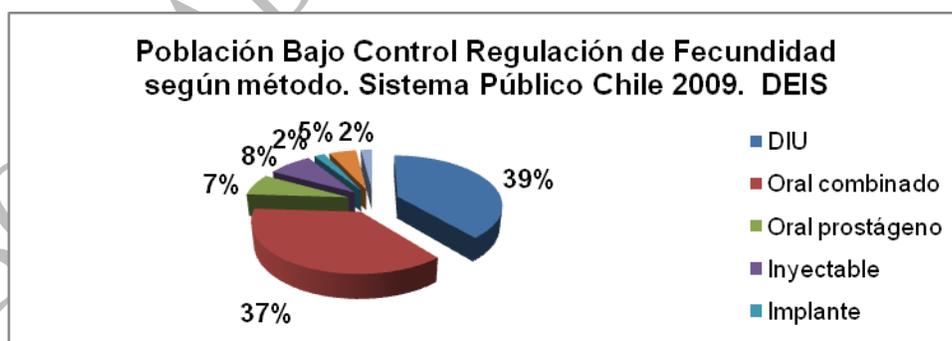
Con este continuo de atención se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir. Se pretende dar el cuidado de mayor calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. Continuando con el compromiso con los cuidados de la mujer (contracepción, prevención del cáncer genito-mamario, climaterio, etc.) y comienzan los cuidados del recién nacido y el niño hasta llegar a la adolescencia.

El Control Preconcepcional a mujeres, hombres o parejas antes de iniciar un embarazo, tiene como objetivo detectar factores de riesgo reproductivo o patologías que puedan afectar el pronóstico de una futura gestación. Alcanza una cobertura de un 1,7% en mujeres, aun no hay registro para hombres en el DEIS.

La Tasa Global de Fecundidad en 2004 fue de 1,9 hijos por mujer. Lo preocupante es que esta cifra es inferior a la tasa de recambio poblacional que es de 2,1 hijos por mujer, concepto que significa que los hijos nacidos por cada mujer no alcanzan para renovar la población al momento del fallecimiento de sus progenitores. Es importante destacar que CELADE proyectaba para Chile alcanzar esa tasa en el año 2020. En 1990 se registraron 292.510 nacidos vivos ocurridos e inscritos, y en 2004 sólo 230.606 nacidos vivos, reducción equivalente a 21,2%. En el 2007, 242.054 nacidos vivos, reducción equivalente a 17,2% en relación al año 1990.

En el Sistema Público de Salud año 2009, el porcentaje de población bajo control en regulación de fecundidad en relación a la población inscrita por grupo etario observado es: 0,8% de menores de 15 años, 25,8% de 15 a 19 años, 47,3% de 20 a 24 años, 41% de 25 a 34 años y 28% de 35 años y más (DEIS).

Figura 3. Población bajo control de regulación de fecundidad según método



Fuente: DEIS MINSAL

Respecto al total de la población bajo control según método anticonceptivo, el método más usado es el dispositivo intrauterino (39%).

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva es un recurso para las personas que viven situaciones en que deben tomar decisiones de conflicto, como son el inicio de la vida sexual, la vida sexual activa, el cambio de pareja, exposición a Infecciones de

Transmisión Sexual, VIH/SIDA, violencia sexual, identidad y orientación sexual, y la necesidad de evitar un embarazo. La cobertura de consejería en salud sexual y reproductiva es muy baja, alcanzando un 0,3% en hombres y un 6,0% en mujeres en el año 2008.

La salud sexual y reproductiva representa aproximadamente el 20% de la carga total de enfermedad en la mujer y 14% en el hombre, haciendo manifiesta la brecha entre géneros. Los países y la región en su conjunto, han registrado avances en algunos aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, pero existe un contraste muy marcado entre los indicadores de salud de los países más desarrollados del Continente (Canadá y Estados Unidos) y el resto de los países de Latinoamérica y el Caribe (OPS-OMS 2007).

Los indicadores de salud materna y perinatal en Chile siguen siendo los mejores de Latinoamérica, sin embargo, se observa un estancamiento en los últimos 7 años, y según la tendencia observada, no se cumplirá el objetivo sanitario de reducir la mortalidad materna a 12 por 100.000 NV en el 2010, y el objetivo internacional de 9,9 por 100.000 NV al 2015. Esto a pesar de que Chile ha alcanzado buenos niveles de atención a la mujer y el niño, tanto en atención prenatal como en atención profesional del parto (99,8%) (MINSAL, DEIS, 2008), que ha impactado en bajas tasas de mortalidad perinatal e infantil. Cuando se analizan y evalúan en profundidad estos indicadores, se observa que un porcentaje de estas muertes siguen siendo muertes prevenibles y atribuibles significativamente a la calidad de los procesos de atención, en cuanto a acceso, oportunidad, competencias y tecnología disponible. (Bambra C., Joyce K. y Maryon-Davis A., 2009).

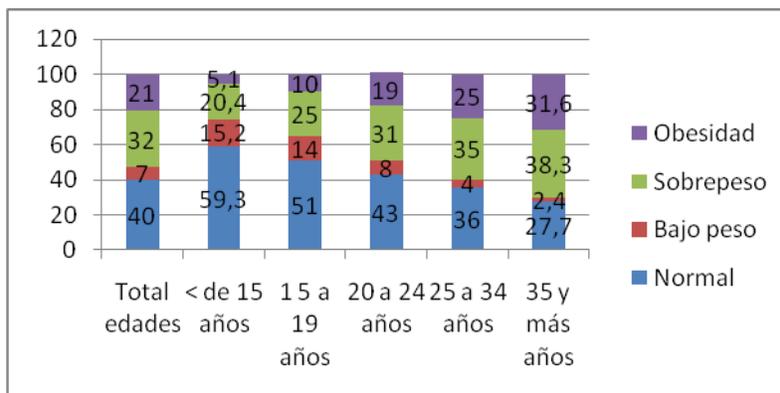
En el Sistema Público de Salud, la población bajo control de embarazadas por edades a diciembre del 2009, está representado por un 0,8% de menores de 15 años, 20,8% de 15 a 19 años, 28,4% de 20 a 24 años, 37,4% de 25 a 34 años y 12,5% de 35 años y más. Por regiones y grupo de edades, se observan porcentajes sobre el promedio nacional en menores de 15 años en las regiones De Los Ríos (1,5%) y Atacama (1,2%); en el grupo de 15 a 19 años se observan las cifras más altas en Aysén (27,2%), Antofagasta (25,6%), De Los Ríos (24,6%), Atacama (23,3%), De Los Lagos (23,2%), y Coquimbo (22,6%). (DEIS 2009).

El porcentaje de gestantes bajo control que presenta riesgo psicosocial (embarazo no aceptado, ausencia de figura de apoyo, presencia de síntomas depresivos, uso o abuso de sustancias, violencia de género) respecto del total de la población bajo control es 36%, en menores de 15 años es 83%, y de 15 a 19 años corresponde a un 55,5%. (DEIS 2009).

Del total de embarazadas bajo control en el sistema público el año 2009, el 15,2% de las menores de 15 años presentan bajo peso, de 15 a 19 años el 14% está bajo peso y el 10% con obesidad, de 25 a 34 años el 25% presenta obesidad, y en el grupo de 35 y más el 31,6% presenta obesidad.

La cifra de obesidad en embarazadas de la red asistencial del Sistema Público, alcanza un promedio de 20% en los años 2007 a 2009.

Figura 4. Distribución porcentual de gestantes en control, según estado nutricional y grupo de edad. Sistema Público. Chile 2009



Fuente: DEIS MINSAL

Obesidad y sobrepeso: Son cada vez más frecuentes, entre las complicaciones que se presentan durante el embarazo. Se puede observar la aparición de hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento del parto operatorio, infecciones, anemia postparto y muerte materna. Mientras que en los recién nacidos se pueden ver defectos del tubo neural, parto de pretérmino, macrosomía fetal, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal (CLAP 2010).

Durante el año 2008 ingresaron a control prenatal al Sistema Público de Salud 202.729 embarazadas, de las cuales el 39.3% fueron referidas a alto riesgo obstétrico (ARO) en el nivel secundario; en el año 2009 ingresaron a control prenatal 200.738, de las cuales el 40.3% fue derivada a ARO. Según patología: cesárea anterior 13,0%, diabetes mellitus 10%, RCIU 6,8%, HTA–pre eclampsia 6,0%, sífilis 3,4%, parto prematuro 5,3%, por otras patologías 55,3% (polihidroamnios, oligoamnios, etc.) (DEIS 2009). Según la literatura, la enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo, con una prevalencia estimada entre 7 al 10%; es la primera causa de mortalidad materna en el país.

Se estima además que de cada 200 mujeres embarazadas, una sufre diabetes mellitus (DM) (0.5%) y que cada 100 mujeres embarazadas 2 a 17 desarrollarán una diabetes gestacional (DG). La frecuencia del problema es poco conocida en Instituciones Latinoamericanas por la falta de estudios epidemiológicos poblacionales, esto condiciona una falsa “baja prevalencia” debida al subdiagnóstico (CLAP, 2010).

A partir del año 2010 se incorporó en los Registros Estadísticos Mensuales el ingreso por complicaciones obstétricas a Urgencia de los Servicios de Obstetricia del Sector Público, al evaluar el corte a junio 2010, se observa que las causas de ingreso a los SU obstétricos son por importancia relativa: preclampsia severa (4%); HELLP (0,4%); Parto Prematuro (6%); Hemorragia I T (5%); Hemorragia II T (1%); Hemorragia III T (1%); otras causas (83%) (DEIS 2010).

Trastornos hipertensivos del embarazo: Constituyen una de las principales causas de mortalidad materna. La hipertensión arterial se relaciona con RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria (CLAP 2010).

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): Oscila entre 0.5 y 1.3% de los embarazos. Casi un 40% de ellas resultan fatales para el feto. Puede verse asociada a hipertensión arterial (40%), brevedad de cordón y al antecedente de otro DPPNI en embarazos previos.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): Se define cuando el crecimiento del feto es menor que el esperado para la edad gestacional. En los países de la Región la prevalencia del RCIU oscila entre el 12% y el 17% de todos los nacidos vivos.

Los RCIU presentan una tasa de mortalidad perinatal ocho veces mayor y un riesgo de asfixia siete veces superior cuando se los compara con los recién nacidos de peso adecuado para la edad gestacional y esto es aún más grave cuando la RCIU se asocia con prematuridad.

Los neonatos con RCIU pueden sufrir frecuentemente hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia y estrés por enfriamiento. En etapas más avanzadas pueden presentar dificultad en el aprendizaje y trastornos en su fisiología y metabolismo que se manifestarán en la edad adulta por diabetes, obesidad, hipertensión y enfermedad coronaria.

Cesáreas: En el Sistema Público representan el 35% a 36,4% del total de partos, entre los años 2007 y 2009. Los porcentajes más altos durante el año 2009 los presentan los Servicios de Salud: Atacama (40,3%), Coquimbo (46,7%), Aconcagua (47,3%), M. Occidente (40,7%), L. Bdo. O'Higgins (47,5%), Maule (47,5%), Araucanía Norte (42,9%), Chiloé (42,3%), y Magallanes (42,5%). En el Sistema Privado las cesáreas representan el 66% del total de partos.

Esta tasa es un indicador de la calidad de la atención materna perinatal. La OMS ha señalado que la tasa óptima de cesáreas está entre 15 y 20% (OMS - OPS 2007).

Egresos hospitalarios: Según diagnóstico principal, de los Servicios de Obstetricia y Ginecología de Establecimientos Públicos del país, presentan el porcentaje más alto de egresos por parto (normal, distócico vaginal y cesárea), 56.4%, por problemas relacionados con el feto y la cavidad amniótica 14.6%, por aborto 10.1%, por trastornos hipertensivos 2.5%, por trastornos maternos del embarazo 6.9%, por afecciones no especificadas un 2.3% (DEIS 2007).

La mortalidad materna es un evento de impacto social, pues afecta a una mujer y a su grupo familiar. Un porcentaje importante es prevenible, aunque el promedio nacional puede esconder diferencias entre áreas geográficas y grupos de población. Se ha calculado que por cada muerte materna hay 135 casos de complicaciones o enfermedad. Como se expresa en el quinto ODM, la comunidad mundial se ha comprometido a reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna. Con ese propósito, la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Materna en las Américas se basa en la firme convicción de que esta muerte es evitable.

Tabla 1. Mortalidad materna y por aborto. Chile, 2000 – 2008 DEIS

Año	Mortalidad materna total		Mortalidad materna por aborto	
	Defunciones maternas	Tasa (*)	Defunciones maternas por aborto	Tasa (*)
2000	49	1,87	13	0,50
2001	45	1,74	4	0,15
2002	43	1,71	7	0,28
2003	33	1,34	5	0,20
2004	42	1,73	4	0,16
2005	48	1,98	7	0,29
2006	47	1,93	7	0,29
2007	44	1,82	4	0,17
2008	41	1,65	5	0,20

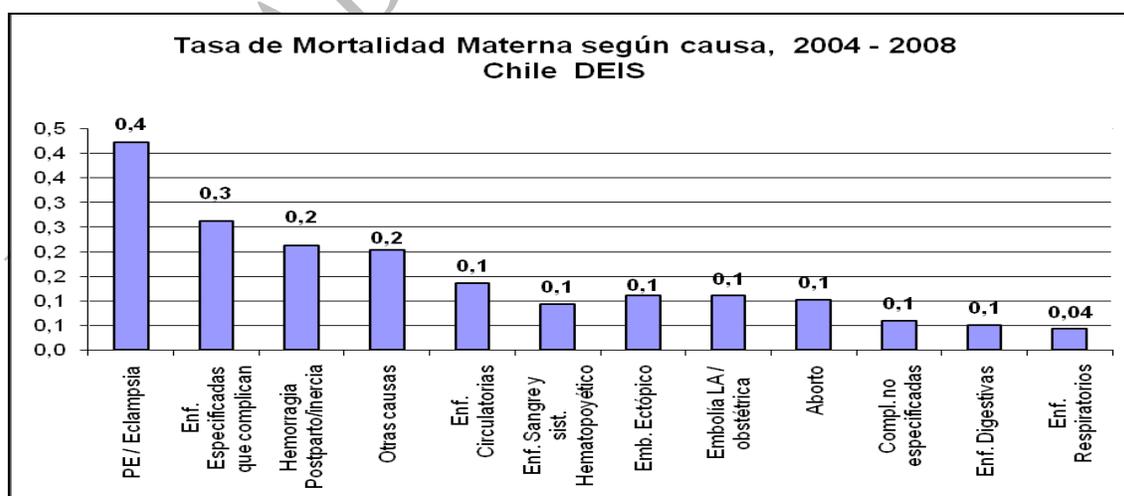
CIE-9 (hasta 1996) : 630-639 (Maternas por Aborto), CIE-10 (desde 1997) : 000-008 (Maternas por Aborto) * Tasa por 10.000 mil nacidos vivos

Fuente: DEIS MINSAL

La tasa de mortalidad materna en el año 2000 fue de 1,9 por 10.000 nacidos vivos. Durante este periodo, su comportamiento se ha mostrado variable, presentando un aumento a partir del año 2004 al 2007. El 2008 alcanza una tasa de 1,65 por 10.000 nacidos vivos.

El perfil epidemiológico de las muertes maternas en Chile en el siglo XXI ha cambiado. La mortalidad materna por aborto séptico ya no constituye un problema de salud pública. El envejecimiento poblacional de las mujeres en edad fértil, sumado a la postergación de la maternidad, hace que los nacimientos en mujeres de 40 o más años aumenten, y explican que las enfermedades concurrentes sean en la actualidad una causa importante de muerte materna en Chile.

Figura 5. Tasa de mortalidad materna según causa, 2004 - 2008



Fuente: DEIS MINSAL

Al analizar la tasa de mortalidad materna según causa en el quinquenio 2004 – 2008, se presenta con la cifra más alta por preclampsia-eclampsia con 0,4; luego las enfermedades

no especificadas 0,3; hemorragia postparto-inercia 0,2; otras causas 0,2 por 10.000 nacidos vivos.

La mortalidad por aborto, ha presentado variaciones desde el año 2000, con un franco descenso el año 2001, alcanzando una tasa de 0,2 por 10.000 nacidos vivos el año 2008 (DEIS 2008).

Mortalidad Fetal (MF): Se observa un aumento durante los años 2007 y 2008 de MF de 23 semanas de gestación y más:

Tabla 2: Mortalidad Fetal 23 semanas y más

Año	Tasa*
2005	4,6
2007	5,43
2008	5,49
Tasa por 1.000 Nacidos Vivos -	

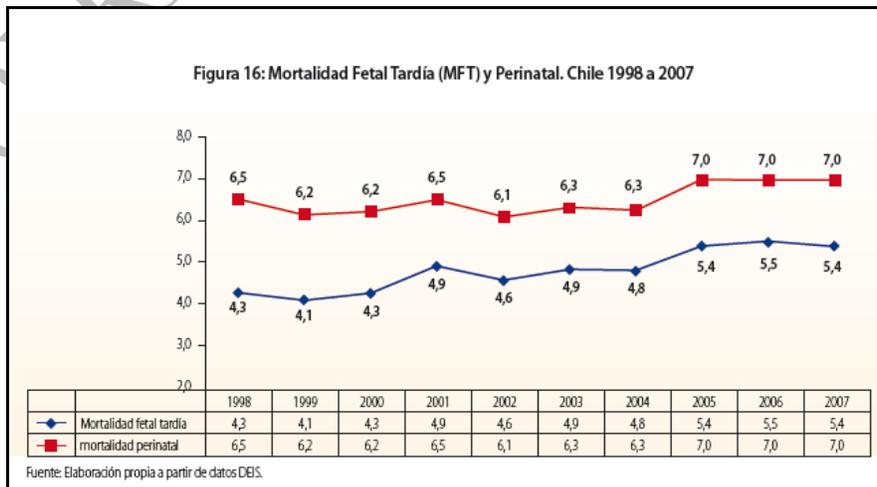
Fuente: DEIS

Mortalidad Fetal tardía y Mortalidad Perinatal en Chile

La mortalidad perinatal son las muertes fetales tardías más neonatales precoces por 1.000 nacidos vivos.

La Tasa de Mortalidad Fetal Tardía aumentó entre los años 2002 y 2007 en un 18%, siendo 4,6 y 5,4 por 1.000 nacidos vivos respectivamente (Evaluación Objetivos Sanitarios 2000-2010).

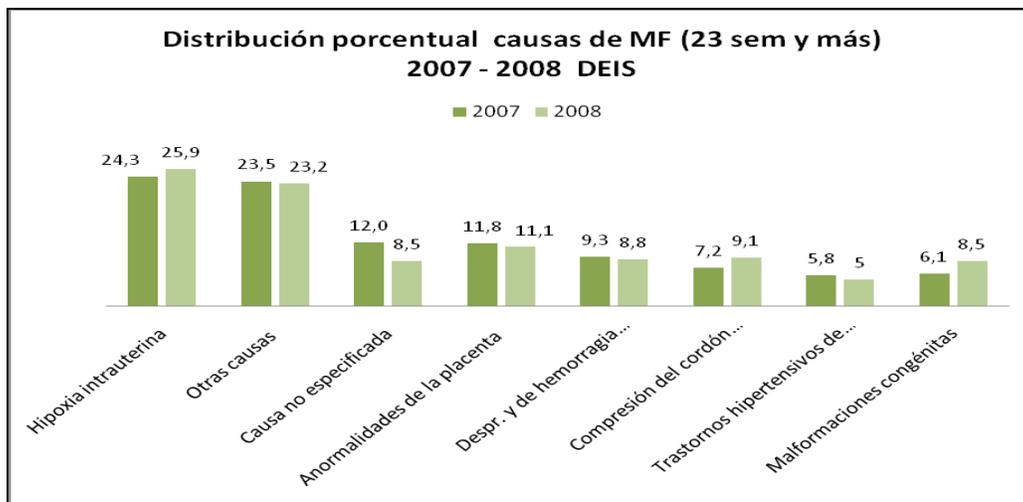
Figura 6. Mortalidad Fetal Tardía (MFT) y Perinatal. Chile 1998 a 2007



Fuente: DEIS

En el presente gráfico, se observa que las tasas de MFT y Mortalidad Perinatal se mantienen estables los últimos 3 años.

Figura 7. Distribución porcentual de las causas de Mortalidad Fetal durante los años 2007 y 2008



Fuente:DEIS

Según se aprecia en este gráfico, los porcentajes más altos como causa de MF de 23 semanas y más durante los años 2007 y 2008, corresponden a hipoxia intrauterina, anomalías de la placenta (infartos e insuficiencia placentaria) y la compresión del cordón umbilical.

El número de MF de 36 y más semanas de gestación durante el año 2008 representa el 18,3% del total de muertes fetales, con una distribución porcentual por causas: 41% por complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas, 28% por hipoxia no especificada, 11% malformaciones congénitas (DEIS).

El parto prematuro continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal en todo el mundo. Excluyendo a las malformaciones congénitas, explica tres de cada cuatro muertes perinatales y la mitad de las anomalías neurológicas de la infancia. De acuerdo a la definición de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), todo nacimiento que se produce a partir de las 22 y antes de las 37 semanas, se considera un parto prematuro.

La frecuencia es sumamente variable de país a país, de tal manera que en algunos países desarrollados la frecuencia es menor al 5%, mientras que en algunos países en desarrollo las cifras superan el 20%. Aunque los países desarrollados se han caracterizado por una disminución gradual de los nacimientos prematuros, en los últimos años algunos de ellos han experimentado un ascenso progresivo vinculado a la necesidad de interrumpir los embarazos por indicación médica antes del término.

Sobre la salud del recién nacido, se puede destacar que el bajo peso al nacer se presenta en el 5,9% de los nacimientos en Chile el año 2008. Los Servicios de Salud con porcentajes sobre el promedio nacional corresponden a los Servicios de Salud: Antofagasta (6,9%), Atacama (6,6%), y SSM Oriente (6,9%). Un 5,7% de los recién

nacidos pesan menos de 2500 grs. y un 16% tienen peso insuficiente (entre 2.500 y 2.999 grs.). Estas cifras se han mantenido relativamente estables en los últimos años y son menores a las observadas en otros países en vías de desarrollo. Es importante destacar que los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos al nacer), representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 43% de la mortalidad infantil.

En una estimación AVISA y peso relativo de AVD para Chile 2004, el peso relativo de discapacidad (AVD) representa el 79,2%. Al interior de los subgrupos la estimación de la discapacidad en 64,3 % corresponde a causas perinatales.

Defectos congénitos: Son una de las causas de muerte neonatal que persisten con menos descenso relativo. Aproximadamente el 10 al 30% de las mujeres embarazadas están colonizadas (transitoriamente, en forma crónica o intermitente) con el estreptococo del grupo B en vagina o recto. En ausencia de prevención, aproximadamente el 50% de los recién nacidos se colonizarán con EGB durante el parto, y aproximadamente el 2% de ellos desarrollarán una enfermedad invasiva por estreptococo del grupo B (CLAP 2010).

En términos de morbilidad, en Chile, a pesar de los altos indicadores de control de embarazo y atención profesional del parto (99,8%), aún nacen niños con sífilis. Del total de casos de sífilis, alrededor de un 2% corresponden a casos de sífilis congénita. Según información del sistema de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) en el año 2008 se notificaron 68 RN con sífilis congénita y 376 embarazadas con sífilis.

Tabla 3. Casos y tasas de sífilis congénita Chile 1999-2008

Años	Casos	Pobl. Nac.	Tasa*
1999	65	263.867	0,25
2000	69	261.993	0,26
2001	41	259.069	0,16
2002	63	251.559	0,25
2003	59	246.827	0,24
2004	61	242.476	0,25
2005	48	245.636	0,20
2006	59	243.322	0,24
2007	67	228.644	0,29
2008	68	227.855	0,30

*Tasa por 1000 NVC

Fuente: Boletines ENO- DEIS, Dpto. Epidemiología MINSAL

Para evaluar en forma integral la Salud Perinatal existen indicadores, tales como las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Sin embargo, la magnitud de la mortalidad fetal y perinatal es poco conocida en la Región.

La mortalidad perinatal es el número de muertes perinatales: fetales tardías más neonatales precoces por 1.000 NV. La mortalidad perinatal se ha mantenido estable en los últimos 3 años en 7,0 por 1.000 NV.

La tasa de mortalidad fetal tardía, aumentó entre los años 2002 y 2007 en un 18% siendo de 4,6 y 5,4 por 1.000 nacidos vivos respectivamente. La tasa del 2007 se ha mantenido estable en los últimos 3 años en 5,4 por 1.000 NV.

La mortalidad neonatal presenta un descenso a partir del año 1990, de una tasa de 8,5 por 1.000 nacidos vivos, hasta el año 2003 con una tasa de 4,9. A partir del año 2004 presenta variaciones leves, alcanzando una tasa de 5,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 2008.

Tabla 4. Mortalidad neonatal Chile, 2000- 2008

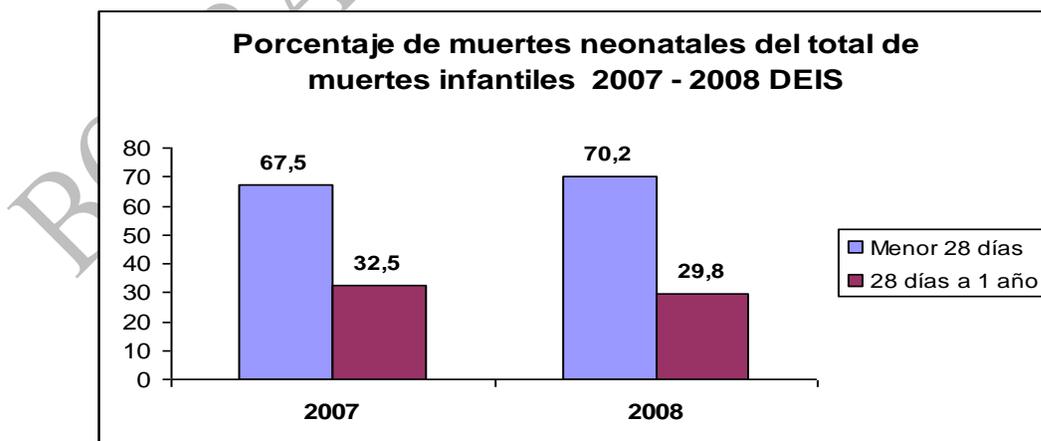
Años	Neonatal		Neonatal precoz	
	Menores de 28 días	Tasa (*)	Menores de 7 días	Tasa (*)
2000	1.467	5,6	1.139	4,3
2001	1.290	5,0	959	3,7
2002	1.249	5,0	940	3,7
2003	1.212	4,9	937	3,8
2004	1.305	5,4	1.004	4,1
2005	1.254	5,2	1.009	4,2
2006	1.249	5,1	995	4,1
2007	1.356	5,6	1.049	4,3
2008	1.369	5,5	1.122	4,5

Tasa por 1.000 nacidos vivos

Fuente: DEIS

En el año 2008, la mortalidad neonatal precoz en el país alcanzó una tasa de 4,5 por 1.000 nacidos vivos.

Figura 8. Porcentaje de muertes neonatales del total de muertes infantiles



Fuente: DEIS MINSAL

En los años 2007 - 2008 las defunciones neonatales de niños(as) menores de 28 días, representan el 67,5% y 70,2% respectivamente, del total de defunciones infantiles menores a 1 año (DEIS).

Salud de la Mujer Climatérica

Resulta evidente que en la actualidad “las mujeres viven más que sus antecesoras y más años que los varones”. La menopausia debe considerarse como un fenómeno biológico en el proceso de envejecimiento de la mujer, que desmejora la calidad de vida, y en el que se incrementan ciertas enfermedades, entre las cuales la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular, cáncer ginecológico y la enfermedad de Alzheimer, son las condiciones más importantes a enfrentar.

La enfermedad crónica más común asociada al climaterio es la osteoporosis, la declinación de la función ovárica se expresa en el hueso cuatro años antes de de la menopausia. Estudios nacionales en mujeres postmenopáusicas estiman que la osteopenia lumbar afecta al 21,7% de las mujeres de esta edad en Chile (Evans ML, Pritts E 2005) y que la incidencia de fracturas se eleva desde 60 por 100.000 habs. en las menores de 60 años a 617 por 100.000 en la mayores de esa edad.

Un estudio chileno mostró una prevalencia estimada de 50% de mujeres menopáusicas en riesgo de osteoporosis.

Por otro lado la cobertura del control de climaterio en el Sistema Público, en el grupo de 45 a 64 años es solo de un 11.9%.

La tasa de mortalidad más alta en el año 2006 en mujeres de 45 a 64 años fue por enfermedades cerebro vasculares (28,5%), en segundo lugar por tumor maligno de la vesícula y vías biliares (26,6%) y en tercer lugar por tumor maligno de la mama (26,0%), el que aumenta, a partir de los 45 a 64 años (DEIS), y llega a tasas de 58,9 y 138,7 por 100.000 en los grupos de 65 a 79 años y 80 años y más.

La tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, llega a una tasa de 13,0 por cien mil mujeres, en el grupo de 45 a 64 años (DEIS).

Salud del niño

El año 1990 el Gobierno de Chile suscribió la Convención sobre los Derechos del Niño, la que identifica como derechos fundamentales el derecho al más alto nivel posible de salud, el derecho a una educación de calidad y el derecho a un nivel de vida adecuado. En lo que respecta a salud, en su sentido positivo y de integralidad, es al mismo tiempo un factor determinante y un producto del desarrollo humano y, por consiguiente, del progreso. Es bien sabido que las políticas y estrategias apropiadas pueden ayudar a cambiar positivamente la realidad y generar expectativas de desarrollo humano a través del desarrollo de los niños.

Los niños menores de 10 años en Chile son 2.485.422, lo que corresponde al 14,5% de la población total del país. La población menor de seis años bajo control en el Sistema Nacional de Servicios de Salud alcanza a 990.754. Es respecto de esta población que se

generan los censos de estado nutricional, retiro de alimentos, y desarrollo psicomotor entre otros.

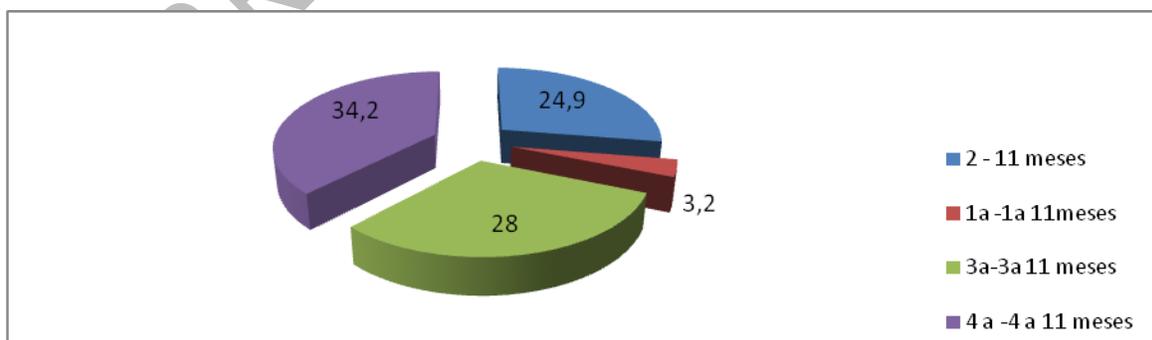
Según la Encuesta CASEN 2006, existen 868.328 niños menores de 4 años. Entre 1990 y 2006 la población de niños menores de 4 años ha disminuido en un 19,8%. La reducción se ha acelerado en los últimos años: entre 2000 y 2006 la reducción ha sido de un 10,6%. El 55,9% de la población de niños menores de 4 años pertenece a los hogares del 40% de menores ingresos, lo que equivale a 485.001 niños.

La presencia de niños en el primer quintil de ingreso triplica porcentualmente a la del quinto. La incidencia de la pobreza e indigencia en la población menor de 4 años supera considerablemente la tasa de pobreza nacional. El 21,9% de la población infantil de este grupo de edad se encuentra en situación de pobreza, lo que incluye a un 5,2% viviendo en situación de indigencia. Según datos de la misma encuesta, el 80,6% de la población menor de 4 años está adscrita al Sistema Público de Salud.

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil, dichos cambios se han generado por la disminución de la importancia relativa de las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles, la desnutrición infantil y la emergencia de otros problemas de salud pública como son: los accidentes, rezagos del desarrollo, salud mental infantil (trastornos hiperkinéticos, maltrato, violencia intrafamiliar), obesidad, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. Todos estos problemas condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño que las padece por las secuelas que algunas de ellas dejan y por las limitaciones que producen en el desarrollo biopsicosocial armónico al impedir el acceso a una recreación apropiada y a una escolaridad normal.

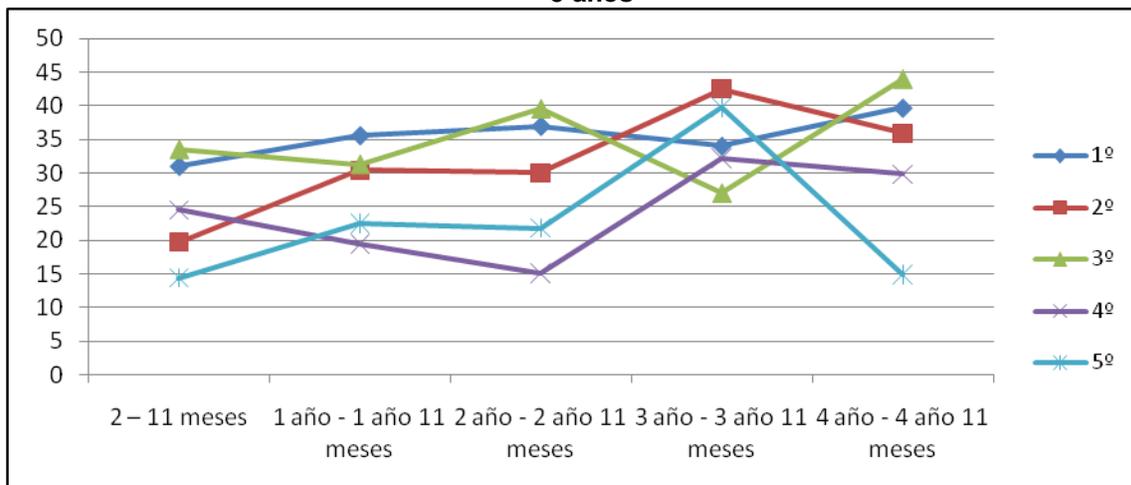
La ENCAVI 2006, mostró que un alto porcentaje de niños chilenos menores de 5 años, presenta rezago o retraso en el desarrollo: cerca de un 30% ya no alcanzaban todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad, y un 11% presentaba retraso del mismo. Al mismo tiempo, el estudio reveló, las dramáticas inequidades en la distribución de los rezagos del desarrollo según quintil de ingreso familiar, especialmente dentro del primer y cuarto año de vida.

Figura 9. Prevalencia de rezago según edad menor de 5 años



Fuente: Informe Final II Encuesta Nacional De Calidad De Vida Y Salud 2006. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Figura 10. Prevalencia total (%) con IC 95% de Rezago según quintil de ingreso menores de 5 años



Fuente: Informe Final II Encuesta Nacional De Calidad De Vida Y Salud 2006. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Por otra parte, en los últimos años ha existido una tendencia creciente de sobrepeso y obesidad en toda la población. En la población infantil bajo control, las prevalencias observadas al primer semestre 2010 (REM-DEIS 2010) son de 22,1 y 9,4% respectivamente. Datos nacionales del 2007 muestran una prevalencia de obesidad de 9.7% en los menores de 6 años

Burrows y colaboradores, estudiaron los hábitos de ingesta y actividad física en escolares sólo de la región metropolitana, según establecimiento educacional al que asisten, encontrando diferencias significativas al comparar la calidad de los hábitos alimentarios y actividad física; así, un 70% de los infantes y 90% de los adolescentes tiene 3 horas semanales o más de ejercicio programado, mientras que 60% de los establecimientos municipalizados sólo tiene los 90 minutos del programa escolar.

En la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004, iniciativa de la OMS, se consultó a los alumnos por el consumo durante la última semana de algunos alimentos tales como: leche, frutas, verduras, *snacks*, golosinas y bebidas azucaradas. Entre 29% y 39% de los alumnos consumió leche o yogurt todos los días. Esta proporción es significativamente superior en la R.M. que en la VIII Región. La proporción de alumnos que consumió diariamente leche fue inferior a la que consumió bebidas azucaradas en las regiones I, V y Metropolitana. Los niños de la VIII región refieren un consumo diario de bebidas azucaradas significativamente inferior a las tres regiones restantes. El consumo diario de frutas bordeó el 20% en todas las regiones. El menor consumo lo presentó la I región (16,6%), significativamente inferior al del observado en la R.M, mientras que el consumo de verduras todos los días se encontró entre el 30 y 37%, sin diferencias entre las regiones.

Infecciones respiratorias agudas: Constituyen el principal motivo de consultas y de egresos hospitalarios (34,4%) en la población infantil (DEIS, MINSAL 2010).

Los accidentes del niño tienen un severo impacto en el área económica y en el desarrollo social, ya que implican un importante costo, tanto de índole asistencial, como en atención al número de años perdidos de productividad, sea por el período de internación

hospitalaria como por la invalidez temporal o permanente que pueden condicionar. Constituyen la cuarta causa de egresos hospitalarios en menores de 5 años (DEIS, MINSAL 2010). Los diferentes tipos de accidentes tienen diversa frecuencia, fundamentalmente en relación al sexo del niño, ya que existe una notoria mayor prevalencia de accidentes en varones. En menores de un año, la causa principal es la sofocación mecánica, seguida de las caídas y las intoxicaciones.

Patologías bucales: Son reconocidas nacional e internacionalmente como un problema de salud pública. Las lesiones de caries sin tratamiento son muy frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Las caries severas sin tratamiento se asocian con dolor e incomodidad, lo que se relaciona con dificultad para alimentarse y sonreír. Esta situación impacta en la calidad de vida de los niños y por lo tanto en su desarrollo integral. Este trastorno implica dolor, irritabilidad y disturbios del sueño; acompañado con mayores probabilidades de necesitar atenciones de urgencia, restricciones de asistencia a los jardines infantiles o escuelas y barreras para el aprendizaje. El dolor dental no sólo tiene un impacto en el desarrollo educacional de los niños, sino también en la economía, por los altos costos de atención y las ausencias laborales de los padres derivados de esta situación. Niños con caries en la edad preescolar y escolar se encuentran en mayor riesgo de desarrollar caries en el futuro que aquellos libres de caries, determinando que la presencia de caries en la dentición temporal represente un indicador de riesgo para el desarrollo de lesiones en la dentición permanente (Pérez 2003).

Las caries dentales se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. Según estudios nacionales disponibles, a los 2 años la prevalencia de caries es de un 17%, de 52% a los 4 años, y de 70% a los 6 años. La severidad de caries dental medida por el índice CEOD (dientes cariados obturados y perdidos en dentición temporal), es de 0,5 a los 2 años; 2,3 a los 4 y 3,7 a los 6 años. A los 6 años el índice de severidad de dentición definitiva muestra un daño de 0,57 dientes permanentes con historia de caries.

Respecto a gingivitis, a los 2 años el 33% tiene algún grado de inflamación de las encías, a los 4 años el 45% y a los 6 años el 67%. Otro aspecto a considerar respecto a caries y gingivitis son las diferencias significativas entre niveles socio económicos y la forma como estas diferencias se proyectan en el tiempo en desmedro de los niveles más vulnerables. Es así como a los 2 años, en el NSE bajo presenta una prevalencia de caries de un 12% mayor que el del NSE alto, a los 4 años la diferencia entre niveles es de un 28% y a los 6 años de 38%. En gingivitis, a los 2 años, el NSE bajo presenta una prevalencia de un 16% mayor que el NSE alto; a los 4 años esta diferencia es de un 28% entre los NSE alto y bajo y a los 6 años de un 27%. Esta situación constituye un desafío de inequidad.

Las anomalías dentomaxilares (ADM) se presentan en un 33% a los 4 años y en un 38% a los 6 años. Con diferencias significativas a los 4 años entre los NSE alto y bajo, siendo mayor la presencia de ADM en el NSE alto. A los 6 años las diferencias no son significativas entre NSE.

Las enfermedades crónicas: En la infancia afectan alrededor del 5% de los niños y constituyen un importante problema de salud pública por la repercusión que tienen en la calidad de vida de ellos. La ENCAVI MINSAL-INE 2006 informa que las enfermedades crónicas más frecuentes en menores de 15 años (prevalencia declarada) son: enfermedad respiratoria crónica 15,7%, vicios de refracción 8,9%, problemas de piel por más de seis

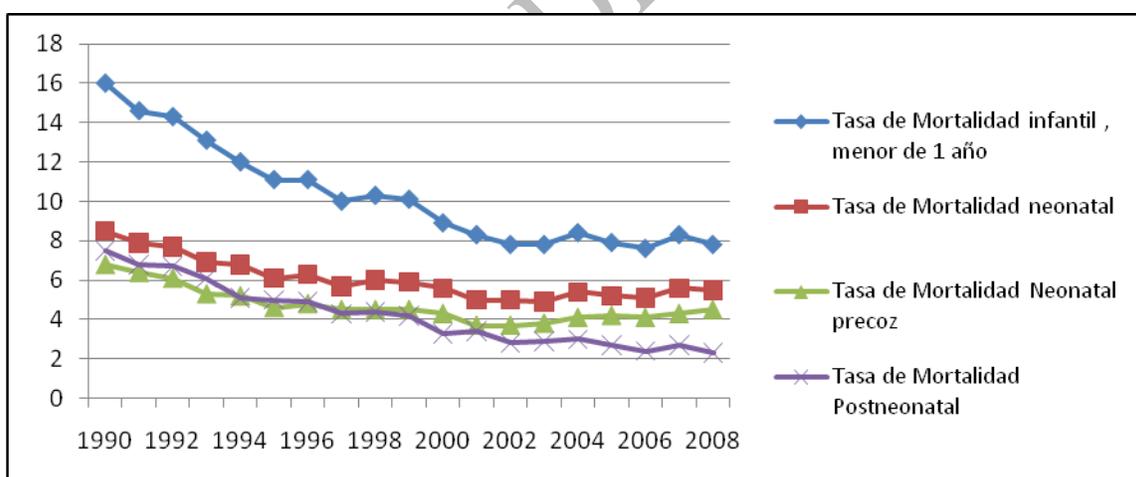
meses 7%, prematuridad 5,6%, problemas de audición 2,6%, trastorno por déficit atencional hiperkinético 4,6%, y depresión 2,1%.

Con todo lo anterior, el estudio de carga de enfermedad 2007, informa que en menores de un año las tres primeras causas de AVISA son: perinatales 46,5%, anomalías congénitas 29,7%, y condiciones neuropsiquiátricas 7,8%. En tanto que en los niños de 1 a 9 años son: condiciones neuropsiquiátricas 30,3%, lesiones no intencionales 24,7%, y enfermedades músculoesqueléticas 14%.

Mortalidad: Chile ha tenido éxito en la reducción de la mortalidad infantil, la que ha experimentado un descenso sistemático en las últimas décadas. En 1950, 136 de cada mil niños fallecían antes de cumplir el primer año de edad, el año 1970 la tasa descendía a 79 por 1.000 nacidos vivos y el 2008, 7,8 de cada mil niños fallecen el primer año de vida. Lo anterior se ha relacionado, por una parte, a las actividades desarrolladas por el sector salud, y por otra parte, a los cambios demográficos y a la influencia de los restantes sectores sociales y económicos.

La tasa de mortalidad infantil se ha reducido en un 51,2% durante el periodo 1990-2008, desde una tasa de 16 a 7,8 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal en el mismo periodo ha descendido en un 35,3%, en tanto la mortalidad infantil tardía lo ha hecho en un 69,3%. Para el período 1999-2008 la reducción ha sido de un 22,8%, 6,8% y 45,2% respectivamente.

Figura 11. Tasa de Mortalidad Infantil y sus Componentes 1990-2008



Tasa por 1.000 nacidos vivos

Fuente: DEIS MINSAL

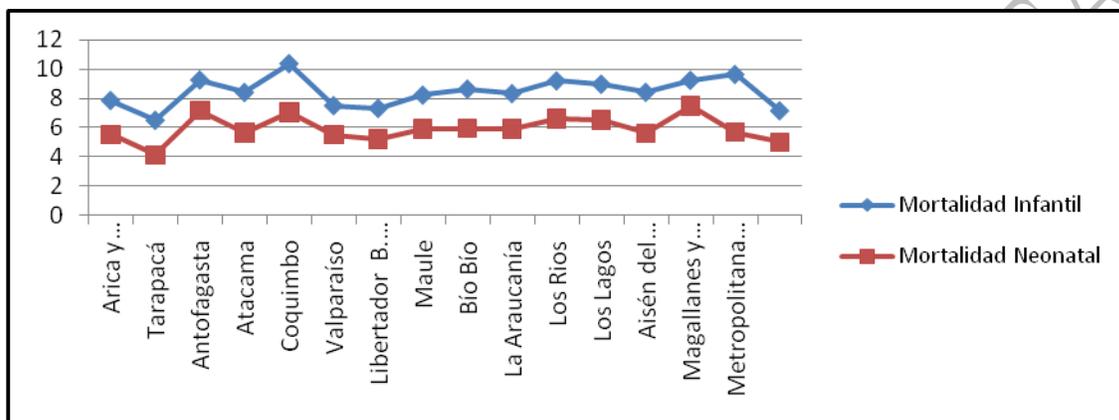
La disminución de la mortalidad infantil ha sido en mayor medida a expensas de la mortalidad infantil tardía, lo que determina un mayor peso actual del componente mortalidad neonatal (menores de 28 días) que es responsable del 70% del total de defunciones de menores de un año. Del total de muertes de menores de 28 días, un 82% corresponde a la primera semana de vida.

Como se describiera anteriormente, los principales grupos de causas de mortalidad infantil corresponden en un 46% a afecciones del periodo perinatal y a un 34% a anomalías congénitas.

Las cinco primeras causas específicas de muerte del menor de un año son: prematuridad extrema, malformaciones congénitas del corazón, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, y malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, las que en conjunto representan el 33% de todas las defunciones de este grupo de edad.

Recién nacidos: Al analizar el indicador por Regiones, se constata que Atacama, Magallanes, Tarapacá y Aisén presentan las tasas más altas de mortalidad infantil.

Figura 12. Mortalidad infantil y neonatal según regiones. Chile 2008



Tasas por 1.000 nacidos vivos

Fuente: Departamento de Estadística e Información en Salud DEIS. MINSAL

Para el trienio 2001-2003, la mortalidad infantil (MI) del país fue de 8,2 por 1.000 nacidos vivos (NV), sin embargo, al analizar este indicador por comunas se evidencian grandes inequidades. Para facilitar el análisis de desigualdades existentes a nivel comunal (evitando así las diferencias originadas en el número de nacimientos y población de cada comuna), en la Evaluación de Objetivos Sanitarios a mitad de período⁶

Se clasificaron el total de comunas en cinco grupos de igual número, observándose que el primer quintil tiene una tasa promedio de mortalidad infantil de 5,0 por 1.000 NV, con una tasa máxima de 6,9 por 1.000 NV, mientras que el quinto quintil tiene una tasa promedio de 16,7 por 1.000 NV, con una tasa máxima de 42,9. Así mismo, al analizar este indicador según escolaridad de la madre, se observa que para el período 2001-2003, la MI para niños de madres con hasta tres años de educación fue de 15,1 por 1.000 NV, mientras que para aquellos cuyas madres tenían 13 y más años de escolaridad, ésta era de 5,0 por 1.000 NV.

El año 2002 el MIDEPLAN y la UNICEF elaboraron el Índice de Infancia, con el objetivo de profundizar el conocimiento de las distintas realidades territoriales en aspectos relevantes para el desarrollo de los niños y adolescentes, trazando una línea base para seguir la evolución de la situación y la necesidad de obtener un panorama sintético e independiente de los distintos aspectos relevantes para el desarrollo de este grupo en las comunas y regiones del país. El índice combina las últimas mediciones disponibles a ese año de un conjunto de variables de cuatro dimensiones (educación, salud, ingresos y

⁶ Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Evaluación Objetivo III: Disminuir las desigualdades en salud". Octubre 2006.

habitabilidad), lográndose un valor entre 0 y 1, donde uno corresponde a la situación deseable.

A nivel nacional, el Índice de Infancia era de 0,62. La dimensión habitabilidad, que da cuenta del acceso a servicios básicos y de las condiciones de materialidad de las viviendas donde residen los hogares con niños, tenía el nivel de logro más alto (0,76). Le sigue la dimensión salud, con 0,69, que revela los logros alcanzados en indicadores relacionados con la mortalidad infantil en la niñez y en los menores de 18 años por causas reducibles. En tercer lugar, con 0,67, se evalúa el acceso y calidad de la educación y el promedio de los años de estudio de los mayores de 24 años del hogar. La dimensión ingresos alcanzó el nivel más bajo, con 0,45.

A nivel regional, las regiones de Magallanes, Antofagasta, Metropolitana y Valparaíso, donde residía el 53,4% de la población menor de 18 años del país, tenían los niveles de logro más altos. Las regiones de La Araucanía, Los Lagos y Maule, que albergaban al 19,5% de la población infantil del país, tenían los niveles más bajos. Específicamente en la dimensión salud, los mayores niveles se encontraban en las regiones Metropolitana (0,72) y de Atacama (0,711) y los menores en Aysén (0,612) y La Araucanía (0,648).

A nivel comunal, una importante proporción de las comunas se encuentra a una gran distancia del nivel máximo del Índice. El 77,4% (253 de las comunas del índice) varían entre 0,02 y 0,6 y sólo 6 se acercaban al nivel máximo. Es así como los niveles más bajos se encuentran en General Lagos (0,03) y Colchane (0,15), ambas de la región de Tarapacá, y en Puerto Saavedra (0,16) de la región de La Araucanía. Los niveles más altos se concentran en la Región Metropolitana, siendo de 0,96 en las comunas de Las Condes y Vitacura. Específicamente en cuanto a salud, las comunas con índices más bajos en esta dimensión son General Lagos (0,028) y Santa Bárbara (0,106, VIII región).

Al agrupar las comunas en quintiles, el 6% de los niños del país se encuentra en un nivel de condiciones básicas de desarrollo deficiente, mientras que un 51,2% se encuentra en un nivel satisfactorio.

Recientemente se han dado a conocer algunos datos del Índice de Infancia 2008, observándose una mejoría importante en este indicador a nivel país. Es así como, en el 2009, el 71,6% de los niños y adolescentes reside en las comunas ubicadas en los niveles de logro "muy alto" o "alto" del índice, mientras que sólo el 5,5% habita en las comunas del nivel "muy bajo". Al 2009, la mayoría de los niños y adolescentes chilenos habitan en comunas que cuentan con ingresos, cobertura educacional y condiciones de infraestructura y de salud superiores al promedio del país. El país obtiene un índice de 0,664 puntos, sobre un máximo de 1, lo que representa un avance respecto a la medición realizada en el año 2002, cuando el indicador se ubicó en 0,592 puntos. A nivel territorial, las regiones que mostraban el mayor rezago en 2002 (Los Lagos, Maule y La Araucanía), experimentaron las principales mejorías.

Además de la evidencia objetivada en las estadísticas del país, la población también percibe las desigualdades. Por ejemplo, en un estudio cualitativo realizado en la región de la Araucanía⁷, las madres entrevistadas percibían que dentro de los factores que influían en la salud de sus niños, se encontraban la falta de recursos (mala calidad de la vivienda,

⁷ Alarcón-Muñoz Ana María, Vidal-Herrera Aldo Conrado. "Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres". Salud Pública de México 2005; 47:440-446.

falta de vestuario, falta de transporte, etc.), la pobreza y la falta de adecuación cultural del sistema de salud (barreras de lenguaje, falta de reconocimiento de la cultura sanitaria de la familia, entre otros).

Respecto a este último punto, las barreras culturales dificultan el acceso de la población a la atención, en especial en las comunas con mayor concentración indígena. La mayor concentración de población indígena ocurre en las comunas rurales y coincide con las comunas vulnerables, siendo de 78,1% en Colchane, de 64,3% en Puerto Saavedra y de 59,4% en San Juan de la Costa, comunas cuyas tasas de mortalidad infantil fueron 8,16 (2003), 15,7 (2006) y 15 (2006) por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

Mortalidad del niño (a) de 1 a 9 años: Al analizar la distribución de defunciones según grupo de causas, se observa que en los niños de 1 a 4 años las causas externas (accidentes del tránsito como peatón o pasajero, quemaduras por líquidos calientes o fuego y descargas eléctricas (enchufes), ahogamiento por inmersión, caídas e intoxicaciones) son la primera causa de muerte (32,5%), en segundo lugar están las anomalías congénitas (18,7%), en tercer lugar los tumores (13,8%) y en cuarto lugar las enfermedades del sistema nervioso (10,7%).

En relación a los niños entre 5 y 9 años las principales causas de muerte están dadas por las causas externas, los accidentes del tránsito, traumatismos por caídas e inmersión (42%), tumores (17,3%), enfermedades del sistema nervioso (13,2 %) y anomalías congénitas (11%).

Adolescentes y jóvenes

Según las proyecciones del Censo 2002, del total de la población chilena un 25,03% son adolescentes y jóvenes (10 a 19 años, y 20-24 años) y se proyecta para el 2020 una disminución al 20,5 %. (DEIS).

La etapa de la adolescencia por mucho tiempo fue considerada sólo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, lo que generó que los y las adolescentes fueran invisibles a los ojos del mundo adulto, sólo reconocidos como “futuro”, no valorando esta etapa en sí. Asimismo, se ha enfrentado esta etapa del ciclo vital considerándola como crisis, lo que permite ver solo el eventual daño que se pudiera presentar en ella y no las características que en sí tiene. Esta situación, no ha sido distinta en el sistema de salud y en las políticas públicas que se ha traducido en que este grupo ha sido sistemáticamente no considerado. El efecto de esta situación es que la atención del adolescente se ha enfocado en la atención de los daños, sólo en razón de la demanda espontánea de consulta.

En este periodo del ciclo vital las causas de muerte y morbilidad son atribuibles significativamente a condiciones y estilos de comportamientos riesgosos (65% causas de muerte de origen externo en hombres, y en mujeres 27% (MINSAL, DEIS, 2007)). Asimismo, deben ser consideradas las diferencias de género. Donde se marcan con mayor notoriedad estas diferencias se encuentran los trastornos alimentarios, el inicio más temprano de consumo de alcohol, el tabaquismo, y los intentos de suicidio, todo mayor en mujeres, y el suicidio consumado, mayor en hombres.

Se sabe que las conductas de riesgo que se inician en la adolescencia (conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludables, entre otras) tendrán un importante impacto en la salud y la calidad de vida de los y las adolescentes, determinarán su vida adulta, y se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. Por otro lado, muchas de las conductas de riesgo recién enunciadas afectan de manera importante el presente de los y las adolescentes (embarazo, drogadicción, deserción escolar, violencia) así como también, son causa de invalidez o muerte en otros casos (accidentes, suicidios y homicidios). Estos antecedentes permiten suponer que el enfoque de ciclo vital mirado en forma horizontal y que las acciones de salud pública realizadas en este grupo etario, repercutirán en el futuro disminuyendo los índices AVISA y AVPP, así como la carga de enfermedad de los adultos y adultos mayores.

Mortalidad de Adolescentes: La tasa de mortalidad general en adolescentes hombres de 10 a 19 años en el año 2007 fue de 5,0 por 10.000 hab. de la misma edad y sexo y de 2,0 en las adolescentes mujeres, mientras que en el grupo de jóvenes, la tasa de mortalidad es de 11,9 en hombres y de 3,3 en mujeres. (MINSAL, DEIS, 2009).

Las principales causas de muerte en adolescentes son por causas externas referidas a accidentes, homicidios y suicidios. Este tipo de causa corresponde en hombres adolescentes a un 65% del total de muertes y en mujeres a un 27%, (MINSAL, DEIS, 2009).

La mortalidad de los adolescentes por causas externas ha tenido un preocupante aumento en los últimos años. Entre estas causas, la tasa de suicidio en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos, ha aumentado en forma sostenida desde el año 2000 al 2005, encontrándose tasas de 1,0 por 100.000 en el año 2000 (1,1 y 0,8 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente). En el año 2005, la tasa de suicidio en este grupo etario aumenta a 2,6 por 100.000 (3,3 y 1,9 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente).

La tasa de suicidio en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, en el año 1997 era de 5,4 por 100.000 (6,4 y 4,5 por 100.000 hombres y mujeres respectivamente). Existe un aumento importante de la tasa de suicidio en este grupo en el año 2000 (8,6 por 100.000), que se mantiene estable en el 2005 (8,9 por 100.000). Sin embargo, llama la atención que a través de los años esta tasa se ha duplicado en el grupo de hombres de esta edad manteniéndose estable en el grupo de mujeres (12,5 y 4,6 por 100.000 en el 2000 y 12,5 y 5,1). (MINSAL, DEIS, 2008).

La información de la tasa de mortalidad por accidentes en el DEIS (2010), se encuentra agregada para el tramo etario de 20 a 44 años, por lo que no es posible levantar información de la magnitud de este problema en el grupo de adolescentes y jóvenes. En la II ENCAVI (2006) un 9,6% (IC95% 8,6-10,7) de la población general, declaró haber tenido un accidente que requirió de atención médica en los últimos 6 meses. Esta cifra es de 9,9% en los adolescentes de 15 a 19 años. Las mujeres presentan una proporción menor de accidentes, pero las diferencias no alcanzan significación estadística. En cuanto al lugar en que ocurrió el accidente: entre los adolescentes de 15 a 19 años los lugares de recreación son los más frecuentes y, entre los jóvenes es en la casa, en el trabajo y en la calle (no de tránsito).

Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito son más altas entre los hombres, a partir de los 17 años y el riesgo tiende a aumentar con la edad. En los hombres, alrededor de dos tercios de las muertes se concentran entre los 25 y 59 años y en la mujeres entre los 25 a 74 años. Entre las mujeres, el riesgo de morir por accidente de tránsito es similar entre niñas, adolescentes y jóvenes (II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2006).

Morbilidad de Adolescentes y Jóvenes: En todas las enfermedades y en los dos rangos etarios mencionados (adolescentes y jóvenes), el mayor número bajo control son mujeres, duplicando a la población de adolescentes hombres (MINSAL, DEIS 2009).

Se reconocen los dramáticos cambios de hábitos alimentarios instalados en toda la población, pero viniendo desde el grupo etario de población escolar impactan en las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes de tal manera, que en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTS) se observan adolescentes consultantes con diagnóstico de hipertensión, diabetes, dislipidemia, y obesidad (MINSAL, DEIS 2009).

En el área odontológica, la mayor prevalencia se observa en caries dentales, gingivitis y anomalías dentomaxilares (MINSAL, 2007. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años).

La morbilidad específica donde se encuentran el VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea), se observa que el mayor número de casos de VIH/Sida se concentran entre los 20 y 24 años. Sin embargo, se observa que las tasas de notificación entre los 10 a 19 años también han aumentado (MINSAL, DEIS. Boletín ENO 2009). Lo anterior debiera orientar políticas anticipatorias de estrategias de promoción de ejercicio de una sexualidad segura y acciones de prevención y autocuidado.

La conducta sexual adolescente: En la actualidad, el 48% de los adolescentes, entre 15 y 19 años, declara haber iniciado su vida sexual, la edad de inicio promedio es similar entre hombres y mujeres y se ubica en los 17,1 años en las mujeres y en 16,4 años en los hombres, sin diferencias significativas por nivel socioeconómico (INJUV, 2009).

La misma encuesta arroja que el 70,6% de las y los adolescentes de 15 a 19 años y el 70,2% de las y los jóvenes de 20 a 24 años declaran que su primera pareja sexual fue su pololo(a), en comparación con el 14,6 % de 10-14 y 12,5 de 15-19 % que refiere haber tenido su primera pareja sexual con un o una “andante” (pareja no formal).

Con respecto a algún método de prevención en la primera relación sexual, un 51,4% de los adolescentes de 15 a 19 años, declara haber usado algún método de prevención, Esta proporción es mayor en hombres con un 52,0%.

Con respecto a la prevención en la primera relación sexual, hay un claro gradiente por edad, con una menor prevención entre los jóvenes de 20 a 24 y los de 25 a 29 años. En cuanto al género, las cifras son levemente más bajas entre las mujeres con un 42,1% en comparación con un 47,0% de los hombres. También hay un claro gradiente según nivel socioeconómico, que se ve corroborado por otros estudios como el de Calidad de Vida y Salud 2006, con una menor prevención entre los grupos menos favorecidos el que muestra inequidad en el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) durante la primera relación sexual. El NSE ABC1, alcanza el 76,1 5% en comparación con el NSE E que llega sólo al 39,3%.

En las menores de 19 años, desde el año 2004 se ha producido un progresivo ascenso en la tasa de fecundidad: año 2004 (48,77%), llegando al año 2007 a un 54,6% (MINSAL, 2009. Programa de Salud Adolescente y Jóvenes).

En la década pasada, no se cumplió el objetivo sanitario de reducir el embarazo no planificado en un 30%, lo que significaba reducir la tasa de fecundidad de 65,4 por 1000 a 46 por 1000, alcanzando una tasa de 53,4 por 1000. Por otro lado, la meta 2010 de bajar la tasa de fecundidad de 10-14 años a 0 no se logró, alcanzándose una tasa de 1,2 por 1.000 (MINSAL, 2010. Objetivos Sanitarios Evaluación Final del Período).

En relación al total de nacidos vivos de madres menores de 19 años, se observa que en el rango de menores de 15 hay solo una adolescente con un segundo hijo y en el grupo de 15-19 años, hay 12 adolescentes con un segundo hijo (INE, 2005. Estadísticas Vitales).

El foco del trabajo en adolescentes se ha puesto sólo en la embarazada adolescente, quienes acceden en un 35% a regulación de fecundidad, utilizando los recursos del programa de la mujer; en ese caso, no se considera un espacio para los padres adolescentes o sus familias.

Salud Mental de Adolescentes: De acuerdo al VIII Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de 8° a 4° Medio de Chile (CONACE, 2010), se puede observar que en general en la población escolar existe un aumento sostenido de consumo de marihuana, pasta base y cocaína. Así, la prevalencia de consumo de marihuana en el último año ha aumentado de 14,8% en el 2001 a 15,1% en el 2008; la pasta base ha pasado de 2,3% en el 2001 a 2,6% en el 2008; y la cocaína ha aumentado de 3,2% a 3,4%.

En la población de 8° básico, desde el 2001 al 2008 se ha producido un aumento significativo de consumo de marihuana (de 5,3% a 6,5%). Este aumento es estadísticamente significativo para cocaína en 8° básico (de 1,7% a 2,4%) y en mujeres, que ha pasado de 2% a 2,4%.

Un fenómeno preocupante, pero que se ratifica en este estudio es el policonsumo de sustancias, apareciendo la vinculación entre casi todas las drogas ilícitas entre sí con el consumo habitual de alcohol y tabaco.

En relación a la demanda de atención por problemas de consumo de alcohol y drogas, el 3,4% de los estudiantes ha consultado alguna vez por alcohol, 2,9% por drogas y 2,3% por alcohol y drogas, lo que entrega una cifra global de consulta de salud de 8,6%. La demanda por ayuda o tratamiento tiene cifras parecidas: 3,7% desearía recibir ayuda por alcohol, 2,8% por drogas y 1,7% por ambas, lo que entrega una demanda global por asistencia especializada de 8,2%, un cuarto de la cual, no está satisfecha actualmente: 1 de cada 4 estudiantes que desearían recibir ayuda no la ha recibido nunca.

En los efectos asociados a consumo de alcohol y marihuana, los estudiantes asociaron claramente accidentes de tránsito al consumo de alcohol (75%) y el bajo rendimiento escolar al consumo de marihuana.

Con respecto a la prevalencia del último mes de consumo de alcohol, en el rango de 12 a 18 años, según sexo, es menor en mujeres que en hombres, observándose similar en el 2002 y 2006, con un leve descenso en 2008 en ambos sexos.

El consumo de riesgo en la población de escolares, se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, con cifras que crecen desde octavo básico hasta cuarto medio.

La distribución del beber muestra un claro perfil de inequidad (Encuesta Mundial de Salud Escolar del año 2004): si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos, son éstos los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol.

En relación a la edad de inicio del consumo de alcohol en el total de la población adulta, se observa que el 30% consumió alcohol por primera vez entre los 14 y los 16 años de edad. Un 10,7% declara una edad de inicio menor a 14 años (CONACE 2004).

En relación a violencia, la Encuesta del INJUV 2006 consultó acerca de si los adolescentes y jóvenes habían padecido alguna vez violencia física y psicológica en su pareja. Se constata más violencia psicológica que física. En esta última, se observa un incremento estadísticamente significativo con la edad, siendo de 3,6% en los adolescentes de 15 a 19 años, de 7,2% en los jóvenes y de 11,0% en el grupo de 25 a 29 años. Con respecto a la violencia psicológica, el 6,5% de los adolescentes señala haberla padecido alguna vez, proporción que asciende a un 15,3% entre los jóvenes y a un 16,6% en el grupo siguiente. Según sexo, las mujeres declaran en mayor proporción haber tenido violencia física en su relación de pareja, pero las diferencias con respecto a los hombres no alcanzan significación estadística. Por nivel socioeconómico, la declaración de violencia tiende a aumentar a medida que se desciende en posición socioeconómica, siendo las diferencias estadísticamente significativas especialmente en los grupos extremos.

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: En Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004 (EMSE) se indagó acerca de la presencia de conductas problemáticas asociadas a la alimentación. Las escolares declaran en una proporción significativamente mayor “haber comido en exceso y haber tenido sentimientos de arrepentimiento” por lo menos una vez durante los últimos 7 días comparado con sus compañeros hombres. No se aprecia una tendencia consistente por edad o curso.

Un estudio desarrollado por Correa ML (2006), encontró en una muestra no probabilística de escolares mujeres entre 11 y 19 años de edad, y con un porcentaje de respuesta del 65%, una prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria de un 8,3% usando el test de *screening* EDI-2.

Comparado con sus pares hombres, casi el doble de las escolares mujeres declaró que han iniciado una dieta en los últimos 3 meses para verse mejor, con proporciones de 56,8% a 61,3%. En las regiones de Valparaíso y de Bío-Bío, los escolares de 16 y más años declaran menor proporción de haber realizado una dieta, comparado con el grupo de 13 a 15 años.

Los hombres declaran hacer más ejercicio para controlar el peso que las mujeres, la proporción es más alta en los tramos de 15 a 19 y baja progresivamente a mayor edad. Es significativa la diferencia en las mujeres.

En los hombres la percepción de sobrepeso varía según el rango etario, así, el grupo de 15 a 19 se percibe en 13,9 y aumenta en el rango de 20 a 24 años a 27,6%. En las

mujeres, la percepción de sobrepeso es mayor que en los hombres: en el rango etario de 15 a 19 años es 29,2% y aumenta a 32,0% en el rango de 20 a 24 años.

Sobrepeso, obesidad y hábitos de actividad física: Los antecedentes hablan de los importantes cambios epidemiológicos de la población del mundo y de Chile en cuanto a las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT)⁸. La OMS identificó diez factores de riesgo claves para el desarrollo de las ECNT que son determinantes de ellas: tabaco, hipertensión, alcohol, colesterol alto, exceso de peso, bajo consumo de frutas y verduras, inactividad física, drogas ilícitas, prácticas sexuales de riesgo y carencia de hierro. Todas estas determinantes son de alta prevalencia en el grupo de adolescentes. La inactividad física y los problemas nutricionales en exceso (sobrepeso, obesidad), han sido consideradas epidemias mundiales, así como factores de riesgo para la salud de las personas, en especial para la salud cardiovascular, conductas que de no ser intervenidas generarán un serio problema en la edad adulta.

No se poseen datos actuales de prevalencia de sobrepeso y obesidad registrados en DEIS MINSAL desagregados para el grupo de adolescentes y jóvenes, como tampoco hay datos actualizados de la EMSE, cuya última aplicación se realizó en el 2005. Este tema será abordado en el grupo temático de Prevención y promoción de salud.

Salud del adulto y del adulto mayor

En este país, el grupo etario de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4% con 1.717.478 de personas. De este total, destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14,7% con 250.840 personas (INE, 2002).

En las etapas de adultez y envejecimiento se observan diferencias notorias en relación a género, desigualdad y nivel socioeconómico: existe un empobrecimiento en este grupo etario en la medida que la seguridad y la protección social son insuficientes (Encuesta Casen 2009). El país muestra una baja en las tasas de mortalidad en este grupo consistente con el aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, en las cifras en que se analiza la esperanza de vida, el país presenta una situación de inequidad reflejada en la mayor esperanza de vida al nacer (EVN) presente en las personas con mayor nivel de instrucción y con mejor ingreso (Jadue, 2007); de igual forma, en Chile este indicador es peor en los hombres que en las mujeres (75,4 años y 81,4 años respectivamente) (Estadísticas vitales, INE, 2006).

El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano. Ello se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema: lo que en situación de exigencia normal o habitual no tendrá repercusión, sí podrá afectar al individuo frente a una exigencia no habitual o estrés, dado que el envejecimiento fisiológico afecta las "capacidades de reserva" (Isaac et al, 2002). Esto último, sumado a predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.

⁸ Vio & Albala, (2000); la Organización Mundial de la Salud OMS (2002), (en www.MINSAL.cl),

Los adultos mayores a los 80 años, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar hasta tres enfermedades crónicas. De este modo la co-morbilidad en este grupo dificulta establecer diferencia entre el grupo de sanos o enfermos, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentarán alguna enfermedad crónica o degenerativa.

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. Cuando tanto el cuerpo como la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Además, cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional: cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades. Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (por ejemplo, los desplazamientos fuera del hogar), pero si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar. Lo anterior se evalúa a través del EFAM-Chile cuyo proceso se inicia el año 1999 con el control sano del adulto mayor a través de la valoración geriátrica integral. A diciembre de 2009, un 68% de los adultos mayores es autovalente, un 20% está en riesgo de dependencia, un 5% dependiente leve, un 3% dependiente moderado y un 4% dependiente severo.

Finalmente, el año 2008 el control sano del adulto mayor, pasa a llamarse Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), y se lo declara garantía GES. El EMPAM incorpora, además de EFAM e Índice de KATZ, los siguientes elementos: identificación de redes; detección de caída; sospecha de maltrato; exámenes: glicemia, colesterol total; VDRL; baciloscopia si corresponde; patologías; síndromes geriátricos; y fármacos. No hay datos de resultados de esta evaluación.

Metas OE Ciclo vital

Meta 1:

Disminuir Tasa de Mortalidad Perinatal (fetal tardía + neonatal precoz) por 1.000 RNV.

Meta 2:

Disminuir Prevalencia de Rezago en niños menores de 6 años.

Meta 3:

Disminuir Tasa de Mortalidad por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes) en edades 10-19 años.

Meta 4:

Disminuir tasa de embarazo adolescente (< 19 años).

Meta 5:

Aumentar tasa de mujeres entre 45 y 65 años con calidad de vida en salud óptima.

Meta 6:

Disminuir media de puntaje de discapacidad en población 65-75 años.

BORRADOR DE CONSULTA