

www.observatorioenvejecimiento.uc.cl

Envejecimiento, enfermedades crónicas y factores de riesgo: una mirada en el tiempo

Observatorio del
Envejecimiento

Para un Chile con futuro



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Compañía de Seguros

confuturo[®]
UN CHILE CON FUTURO

Introducción

Uno de los problemas de salud más comunes en la vejez son las enfermedades crónicas, también conocidas como “no transmisibles”. Algunos expertos explican que la alta prevalencia de estas patologías en la actualidad se debe al rápido envejecimiento poblacional, ya que son principalmente las personas mayores quienes más las padecen. Sin embargo, y como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen otros elementos que inciden, como la rápida urbanización y la globalización de estilos de vida poco saludables. Además, es importante considerar que ahora se tienen más herramientas para diagnosticar estas enfermedades que en años anteriores.

Las enfermedades crónicas son patologías multifactoriales. A pesar de que se sabe, que tanto los factores metabólicos y fisiológicos juegan un rol importante, los hábitos y estilos de vida, así como el ambiente en el que se desenvuelven son preponderantes en el desarrollo y padecimiento de éstas. Es por ello que muchos expertos ponen énfasis en el poder de la prevención a través del desarrollo de conductas más saludables y garantías sociales.

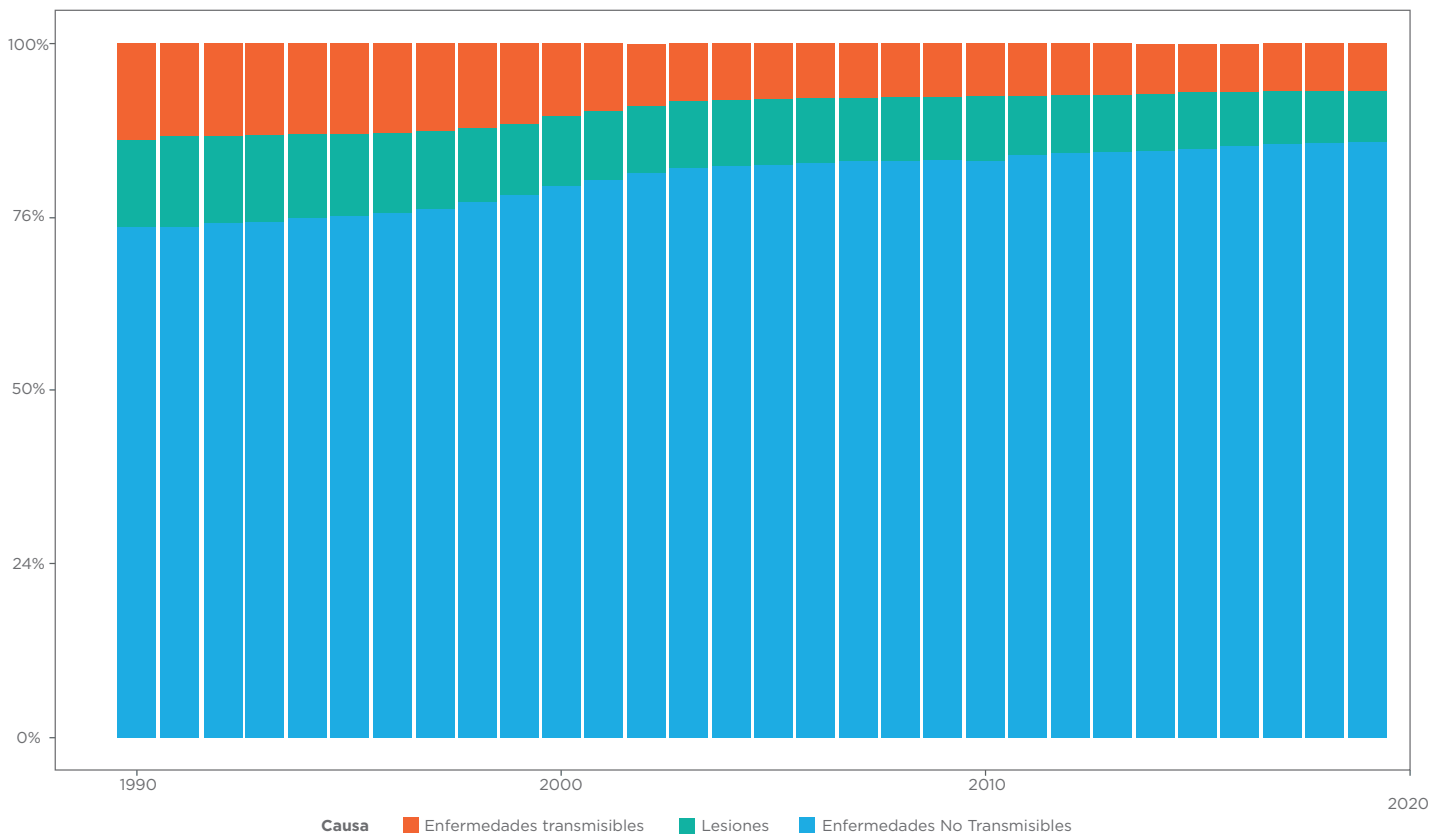
Las enfermedades crónicas, como dice su nombre, se caracterizan por ser de larga duración y de progresión lenta. Por otra parte, una persona que desarrolla una enfermedad crónica probablemente padezca más de una -lo que se denomina comorbilidad- y es también más susceptible a padecer otras enfermedades transmisibles. A pesar de que existen tratamientos para mantenerlas bajo control, tienen un alto impacto en las personas que las padecen, dado que muchas de ellas merman la calidad de vida. Esto se debe a que no sólo se debe tomar medicamentos de por vida, sino que además, pueden gatillar discapacidad en la vejez.

En este contexto, el reporte tiene como objetivo visibilizar el impacto en el escenario nacional respecto a las enfermedades no transmisibles. Asimismo, se hace un recuento de los principales factores de riesgo de los últimos años, con el fin de ver cómo han evolucionado en el tiempo y qué se proyecta para el futuro. Para ello, se incluyen entrevistas a los expertos: Marcela Carrasco, geriatría UC y miembro de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA); Soledad Herrera, socióloga y académica UC; Jaime Hidalgo, geriatra y miembro de la Sociedad de Geriatría; y Javiera Basáez, trabajadora social y profesional transversal de Proyecto del Centro Gerópolis UV. Además, cuenta con la visión de Eliana Mendoza, presidenta del grupo multifamiliar Mayores Unidos de Cesfam Marcelo Mena.

1 Impacto de las enfermedades crónicas

Una forma de medir el impacto de enfermedades crónicas es a través de la mortalidad que generan. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa de más del 71% de las muertes mundiales. Específicamente, son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades del sistema respiratorio y la diabetes, las principales causas de fallecimientos. Los países que más padecen estas patologías son aquellos de ingresos medios y bajos, los que acumulan el 77% de las muertes causadas por enfermedades no transmisibles.

Figura 1: Causas de muertes en Chile en población general



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a Global Health Data (GHD).

En Chile, y como se muestra en la Figura 1, en 1990 el 73% de las muertes se debía a enfermedades crónicas, mientras que las causas por lesiones y enfermedades transmisibles eran de un 13% y 13,8%, respectivamente. Desde esta fecha hasta el año 2003, se observa un aumento en la proporción de muertes por enfermedades crónicas, llegando a un 82%, mientras que las muertes por lesiones llegaban a un 9,5% y las por enfermedades transmisibles a un 8%.

La tendencia se mantiene parecida en los años subsiguientes. En el 2017, el 84% de las muertes se debieron a enfermedades crónicas, cifra que asciende a 86% en 2019. Adicionalmente, en este último año mencionado, las enfermedades transmisibles toman el valor más bajo desde 1990, con un 6.8% de las causas de muerte. Para el rango etario 60+, las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte, seguida de las enfermedades del sistema respiratorio y las neoplasias (DEIS, 2020).

A pesar de que la mayor causa de muerte son las enfermedades crónicas, el porcentaje de personas entre 30 y 70 años que muere producto de ellas ha disminuido considerablemente tanto a nivel nacional como internacional. En Chile específicamente, la muerte prematura desciende en 2.2 puntos porcentuales desde el año 2000 hasta el año 2016, siendo para este año de 12.4% (OMS, 2018).

Debido a que las muertes por enfermedades crónicas en personas menores de 70 años están disminuyendo, y aumentan entonces los años de vida que se vive con enfermedades crónicas, es importante analizar el impacto que tienen estas patologías en la vida de las personas.

En efecto, una de las consecuencias más preocupantes de las enfermedades crónicas es la menor calidad de vida que generan. Este decaimiento se explica por el desarrollo posterior de discapacidad. La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aseguran que en los últimos años las discapacidades causadas por patologías no transmisibles han ido en aumento.

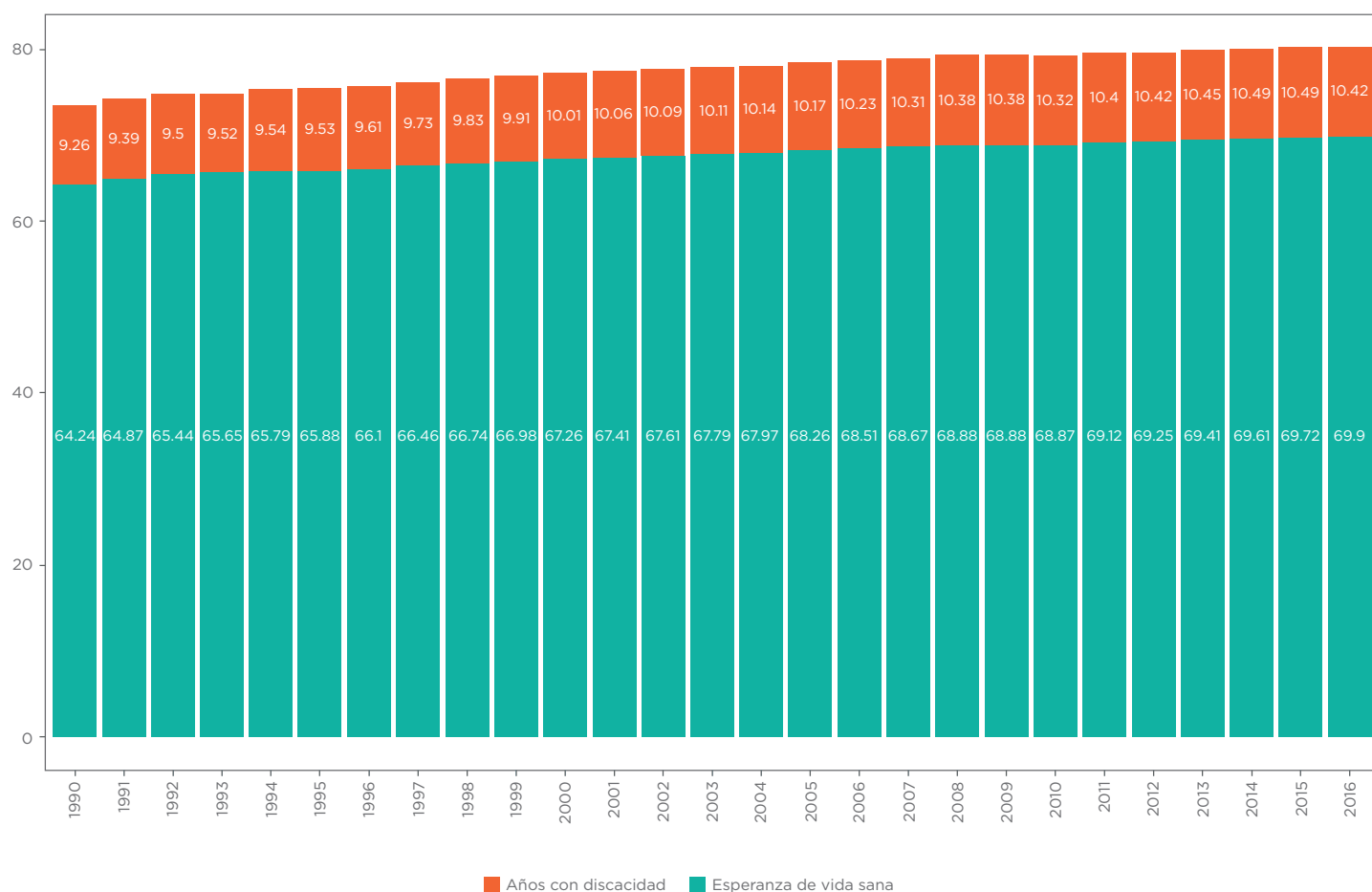
En nuestro país, un estudio del Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) del año 2006, reveló que dos de cada tres personas con discapacidad, encontraban su origen en una enfermedad crónica (68%). Además, este tipo de patologías son más frecuentes a medida que baja el estrato socioeconómico, llegando a ser incluso dos veces más común en las personas más vulnerables (Primer Estudio Nacional de Discapacidad, 2004).

El geriatra Jaime Hidalgo, perteneciente a la Sociedad de Geriatría, explica que, si bien en Chile hay una alta esperanza de vida, y la mayor parte de esos años se viven sin discapacidad y de forma funcional y activa, las enfermedades crónicas pueden desatar futuras discapacidades. En este sentido, comenta que “nuestro objetivo hoy es concentrarnos en gran parte en las enfermedades crónicas, ya que entendemos que son las que pueden motivar a que esa funcionalidad, sea física o mental, se pueda disminuir”.

Sumado a ello, la geriatra Marcela Carrasco plantea que la importancia de la prevención y manejo de las enfermedades crónicas radica justamente en reducir la discapacidades y dependencias que puedan implicar, puesto que “la calidad de vida en las personas mayores está determinada por lo que ellos son capaces de hacer, por su funcionalidad. A las personas mayores no les importa tanto si tienen 2, 4 o 6 enfermedades, o si toman uno, dos, o cuatro remedios, en el fondo lo que les importa es que sean capaces de hacer las cosas que ellos disfrutaban y que le dan valor a su vida, y eso está determinado por la capacidad funcional”.

En Chile, ha aumentado la esperanza de vida paulatinamente desde el año 1990 hasta el 2006, de 73.5 a 80.3 años (Figura 2). Sin embargo, los años que la persona vive con discapacidad también se han incrementado, específicamente en 1.16 años. Entre 1990 y 2016, el promedio de esperanza de vida era de 77 años, y el promedio de años que se vive con discapacidad son 10 años.

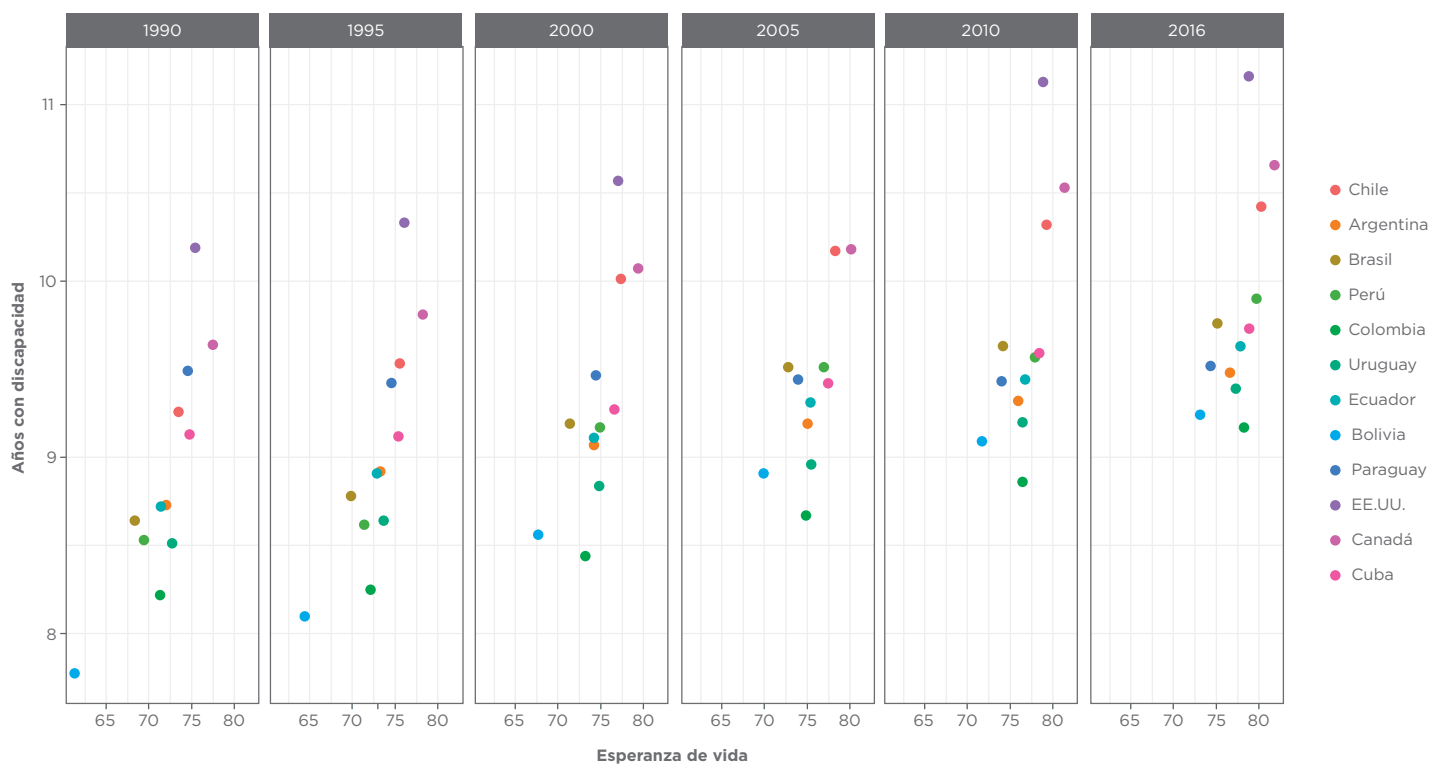
Figura 2: Esperanza de vida y años vividos con discapacidad en Chile



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a GHD.

Por otro lado, en la Figura 3 podemos ver que en todos los países de América ha aumentado la esperanza de vida, así como los años que las personas viven con alguna discapacidad.

Figura 3: Esperanza de vida y años vividos con discapacidad en América



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a GHD.

El país con menor esperanza de vida a lo largo del tiempo ha sido Bolivia, mientras que el país con mayor esperanza de vida ha sido Canadá. Para el año 2016, hay una diferencia de 10 años respecto a la esperanza de vida entre el país con menor esperanza, Bolivia, y mayor esperanza de vida, Canadá.

Asimismo, mientras que en 1990 el país con menos años de discapacidad era Bolivia, con 7.5 años vividos con discapacidad, en 2016 lo fue Colombia, con 9.2 años. El país con mayores años vividos con discapacidad es Estados Unidos y se ha mantenido en el primer lugar en el tiempo, seguido de Canadá. Para el año 2016, Estados Unidos tiene un promedio de 11.2 años vividos con discapacidad, mientras que en Canadá, dicha cifra es de 10.6 años.

En mayor detalle, podemos ver que a lo largo de los años, Chile se aleja de la tendencia, seguida por países sudamericanos, y se acerca más a lo que ocurre en Canadá y Estados Unidos, es decir, tiene mayor esperanza de vida y vive más años de vida con discapacidad. Este alejamiento se observa más claramente desde el año 2000, en el que se observa una diferencia de 0.5 puntos porcentuales entre Chile y Perú, segundo país de Sudamérica con mayores años de vida con discapacidad, y una diferencia de 0.2 con Canadá, segundo país del continente con mayores años de vida con discapacidad. Esto se puede deber al rápido crecimiento económico de nuestro país.

Sin embargo, a pesar de que los años que se viven con discapacidad han aumentado en nuestro país más que en otros países sudamericanos, es importante recalcar que la gran mayoría de las personas mayores en Chile no presentan dependencias importantes. De acuerdo con la última Encuesta CASEN, sólo el 14.1% de las personas mayores presentan algún grado de dependencia, y de ellos, solo 4.3% tiene dependencia severa.

2 Determinantes sociales en enfermedades crónicas

Es importante recordar que la salud y el bienestar son dimensiones que no se explican solamente por factores biológicos, sino que también hay determinantes sociales. Es por ello que podemos ver diferencias por estrato socioeconómico, nivel educacional, género y etnia. Así, la pobreza y la desigualdad se vuelven elementos relevantes en el desarrollo y prevalencia de diferentes patologías como las enfermedades crónicas, pero no porque las causen directamente.

En general, los grupos más vulnerables tienen un bajo acceso a educación y servicios de salud, y, por otro lado, suelen estar insertos en medios más poblados y con más contaminación. Todo ello incide en que estos grupos sean más propicios a tener dietas poco balanceadas, sobrepeso u obesidad y desarrollar estilos de vida poco saludables, como por ejemplo, una vida más sedentaria y/o con mayor consumo de tabaco y alcohol, siendo estos factores los que se asocian más directamente con las enfermedades crónicas.

Marcela Carrasco, geriatra, afirma que en general, el nivel educacional en Chile es un factor determinante en el desarrollo de enfermedades crónicas. Esto se debe a que en nuestro país, el nivel educacional está asociado al estrato socioeconómico, y como se mencionó anteriormente, situaciones socioeconómicas más precarias guardan una estrecha relación con hábitos de vida menos saludables, que son los que inciden en gran medida en el desarrollo de patologías crónicas.

Los pueblos indígenas y las mujeres son los grupos que tienen menor nivel educacional, ya sea por la dificultad de acceso o porque les resulta más complejo mantenerse en el sistema educacional, y justamente, son también grupos más vulnerables a padecer de enfermedades crónicas. La doctora Carrasco comenta que “cuando uno ve (las prevalencias de enfermedades crónicas) en poblaciones con más equidad o con el mismo nivel socioeconómico, las diferencias son mucho menores, es decir, este sesgo va disminuyendo”.

La Figura 4 ilustra las diferencias que existen en la percepción del estado de salud para hombres y mujeres con diferentes niveles educacionales. En general, el 51,5% percibe negativamente su salud, definiéndola como “Regular/Mala”, mientras que el 44,57% la considera “Muy buena/Buena” y sólo el 3,03% la describe como “Excelente”. Con respecto al nivel educacional, el 43,17% declara no tener educación formal o educación básica completa o incompleta. Aquellos que recibieron educación media, ascienden a un 39,96%, mientras que aquellos que declaran haber cursado educación superior, representan un 17,87%.

Figura 4: Salud auto reportada en hombres y mujeres mayores de 60 años



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (ECV, 2019).

Se puede observar que hay una diferencia considerable en la percepción de salud de las personas mayores en relación a su nivel educacional, que como ya se mencionó, para el caso de Chile es también un indicador de estrato socioeconómico. En general, la apreciación positiva de la propia salud aumenta conforme al nivel educacional. En hombres con educación básica, esta es de alrededor del 50%, mientras que en aquellos con educación superior, aumenta alrededor de 12 puntos porcentuales.

En mujeres, la brecha educacional parece generar más diferencias entre las descripciones positivas y negativas de salud, donde el 25% de aquellas con menor nivel educacional declara tener una buena salud, mientras que aproximadamente el 75% de las mujeres con estudios superiores define su salud como “Excelente” o “Muy buena/Buena”, es decir, se observan casi 50 puntos porcentuales de diferencia entre ambos grupos. Asimismo, las mujeres describen en mayor porcentaje (32.26%) su salud como “Regular o Mala” en comparación a los hombres (20.21%).



3 Factores de riesgo en el tiempo

Las enfermedades crónicas, a diferencia de otras patologías, se explican en gran parte por los estilos de vida. Dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran estilos de vida más sedentarios, dietas poco saludables y uso de alcohol y tabaco. Muchos de estos explican también el desarrollo de enfermedades de deterioro cognitivo, por lo que tienen consecuencias en múltiples ámbitos de la salud. Además, la tendencia general indica que una persona puede llegar a acumular al menos tres factores de riesgo.

Llevando esto a la realidad nacional, la geriatra Marcela Carrasco explica que “en nuestro país tenemos una alta carga de hábitos poco saludables que favorecen mucho a las enfermedades crónicas. Tenemos una alta tasa de obesidad y sobrepeso, somos uno de los países que tiene más tabaquismo, sobre todo en población joven, el tema del consumo de alcohol es significativo en nuestro país y tenemos una mala salud mental, que también es un factor bien multicausal. Efectivamente, tenemos una alta tasa de factores de riesgo por estilo de vida”.

A continuación, se presenta en detalle cómo han ido evolucionando algunos factores de riesgo que inciden en el padecimiento de enfermedades crónicas, en una selección de países de América. Esto permitirá entender de mejor manera el desarrollo de enfermedades crónicas y dar una mirada más amplia del escenario nacional.

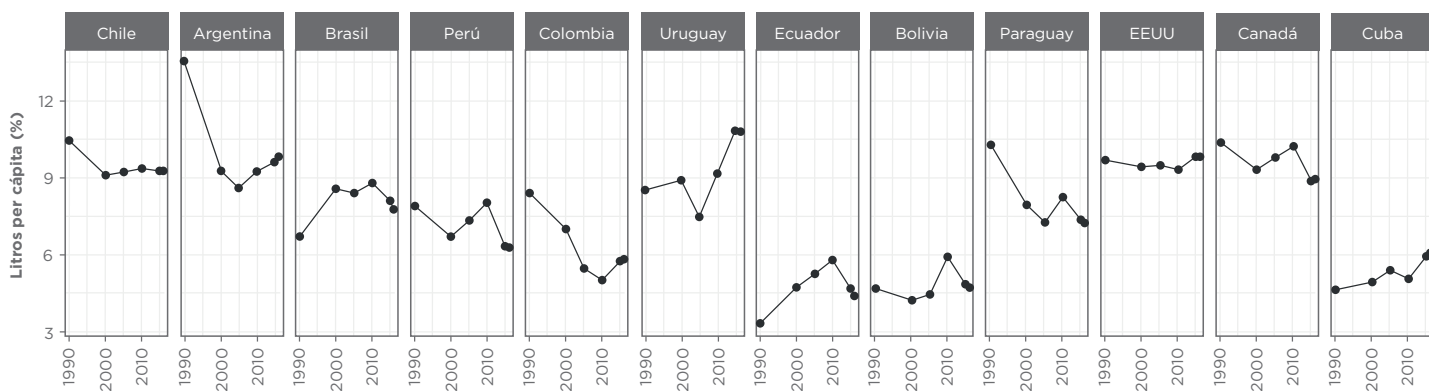
3.1 Alcohol

El alcohol en exceso es uno de los principales factores asociados a resultados negativos en la salud, pero también tiene relación con accidentes, violencia y crímenes (OPS). De acuerdo con fuentes internacionales¹, para el año 2017, el uso de alcohol ocasionó 2.84 millones de muertes a nivel mundial, posicionándose como la novena causa de muerte por factor de riesgo.

Más en detalle, el consumo de alcohol se asocia a ocho tipos de cáncer –a la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama–, a enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, enfermedades hepáticas y también a pancreatitis (Parry, 2011). Además, se puede ver que tiene algunas asociaciones más complejas con otro tipo de patologías cardiovasculares e incluso con la diabetes.

Como se puede observar en la Figura 5, Chile se encuentra dentro de los países con mayor consumo de alcohol junto con Argentina, Canadá, Estados Unidos y Uruguay. Todos estos superan los 9 litros de alcohol per cápita al año. Para el caso específico de Chile, se puede apreciar que existe una baja de 1.35 puntos porcentuales de consumo de alcohol entre 1990 -en el que se consumió 10.5 litros per cápita- y el 2019 -en el que se consumió 9.3 litros per cápita-, y sólo a inicios de la década del 2000, comienza a incrementar paulatinamente el consumo. Desde el año 2000 hasta el 2016 se mantuvo en alrededor de 9.2 litros per cápita, siendo 2010 el año con mayor consumo de dicho período, alcanzando 9.4 litros per cápita.

Figura 5: Consumo de alcohol en personas mayores a 15 años (litros/per cápita/año)



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a OMS.

¹ Fuente: Global Burden of Disease (GBD).

Por su parte, países como Argentina y Estados Unidos superan a nuestro país en el último año, con un consumo de 9.8 litros per cápita, mientras que Uruguay es el país con mayor consumo de alcohol en la última década, alcanzando 10.8 en 2016.

A pesar de que existen países que superan el consumo nacional de alcohol per cápita, el observado en Chile es bastante alto y, por otro lado, la prevalencia de personas que han consumido alcohol alguna vez en su vida o en el último año también es alta. Según datos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) de 2018, la prevalencia de personas que han consumido alcohol alguna vez en su vida es de 77.7%; de las que han consumido alcohol en el último año es de 61.0% y de las que han consumido en el último mes es 43.3%. Estos tres valores son mayores a los observados a principios de la década, pero menores a los reportados en 2016 (79.9%, 63.9% y 46.0%, respectivamente).

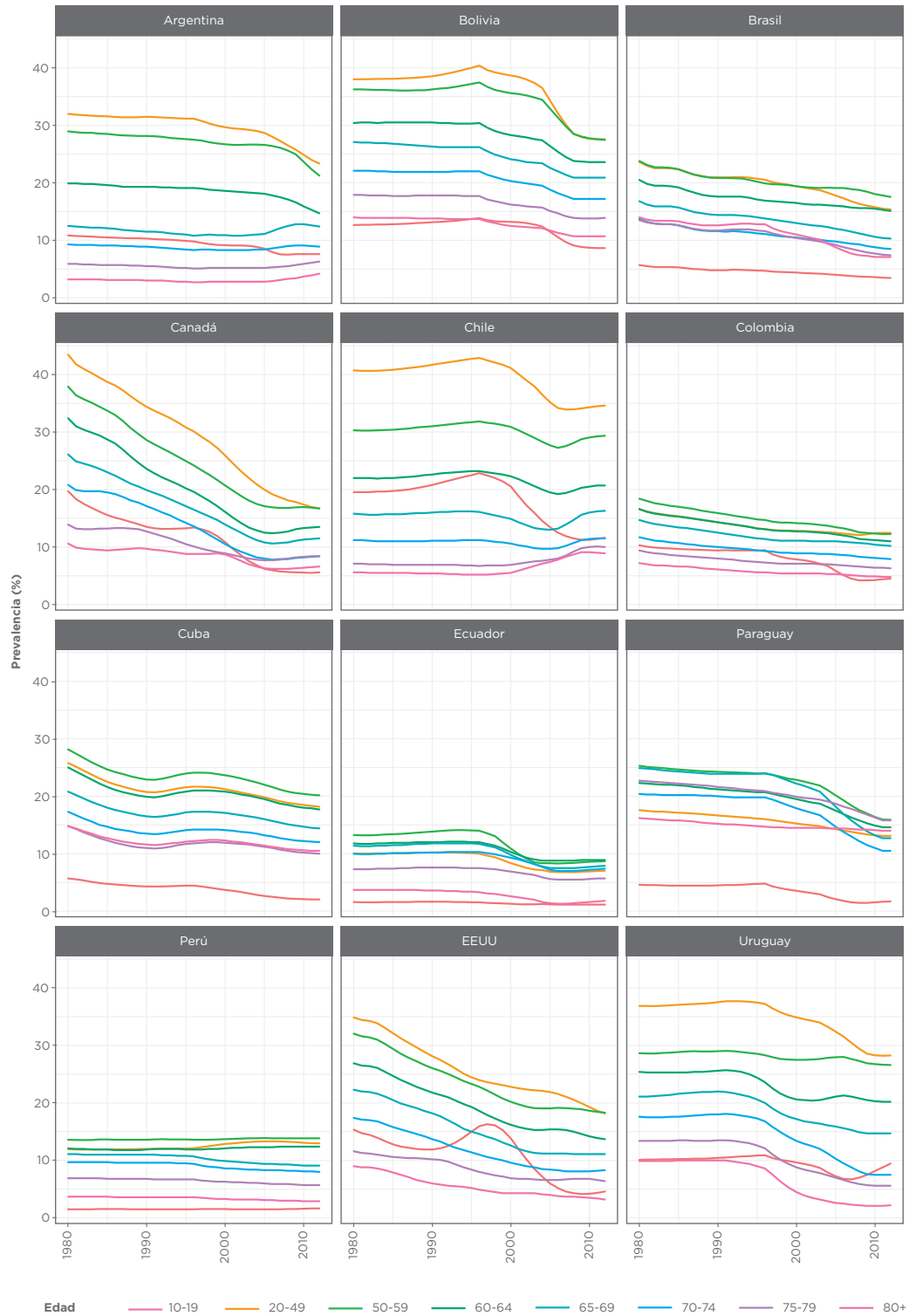
3.2 Tabaquismo

Fumar es un hábito que también se asocia a efectos perjudiciales en la salud, e incluso ha demostrado ser más dañino que el alcohol al ser la segunda causa de muerte por factor de riesgo a nivel mundial con 7.1 millones de muertes, siendo superada únicamente por la alta presión sanguínea. Dentro de las enfermedades que se asocian a tabaquismo se encuentran enfermedades coronarias y algunos tipos de cáncer, como el pulmonar. Además, se han demostrado relaciones con desarrollo de diabetes y progresión de estas enfermedades en pacientes tanto con diabetes tipo 1 como tipo 2 (Umar, 2015).

Otra consecuencia del tabaquismo es que afecta de igual manera a no fumadores, quienes al estar en presencia de humo de cigarro y respirarlo, se convierten en fumadores pasivos, pudiendo generar los mismos riesgos en la salud que un fumador.

A grandes rasgos, se observa en la Figura 6 que las personas de entre 10 y 19 años, presentan la menor prevalencia del consumo de tabaco. El siguiente rango (20-49), se destaca por llevar la delantera en la mayoría de los países, exceptuando Colombia, Cuba, Ecuador y Perú, donde prevalece este hábito en las personas de 50 años. Sin embargo, a modo general, se observa que su consumo va decayendo al aumentar la edad.

Figura 6: Prevalencias de tabaquismo por segmento etario



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a OMS.

Chile, por su parte, se posiciona como el país con mayor prevalencia de tabaquismo. Las cifras más altas se encuentran en el grupo etario de 20 a 49 años. En 2012 este grupo tuvo una prevalencia de 34.6%, pero alcanzó su peak durante la década de los noventa, superando el 40%. Destaca también la gran diferencia de consumo de tabaco entre grupos etarios, incluso en los dos rangos con mayor prevalencia -20 a 49 y 50 a 59 años-, en donde se ve una diferencia de 10 puntos porcentuales.

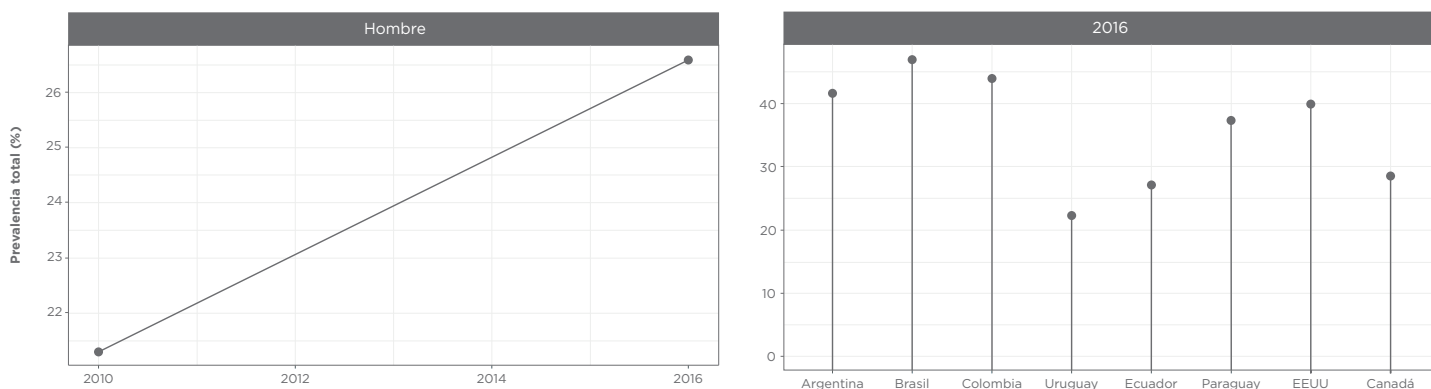
En general, se observa que durante las décadas de los ochenta y noventa, se presentan los peak de consumo, los cuales tienden a la baja hacia fines de los 90 y principios de los 2000. En esta tendencia a la baja, destaca Canadá con una pendiente pronunciada, llegando a su punto más bajo poco antes del 2010. Por otra parte, Argentina presenta la menor prevalencia de consumo en mayores de 75 años, así como Bolivia en los mayores de 80 años. Por otro lado, Bolivia, Cuba y Estados Unidos son los países que presentan el más alto consumo de tabaco de mayores de 75 años, graficándose por sobre el 10%.

3.3 Actividad física

La actividad física es un elemento protector del desarrollo de enfermedades no transmisibles, pues disminuye el riesgo de muerte en general, enfermedades cardiovasculares, diabetes y diversos tipos de cáncer (Milton, 2014). Además, se asocia con mejores niveles de densidad ósea e índices metabólicos. A su vez, se han visto ventajas en lo que respecta a salud mental y manejo de estrés.

Para tener un buen estado de salud, la OMS establece como rango de actividad física saludable, 150 minutos a intensidad moderada a la semana o 75 minutos de alta intensidad a la semana. Es en base a este rango que se calcula la prevalencia de actividad física insuficiente en adultos, como se observa en la Figura 7.

Figura 7: Prevalencia de actividad física insuficiente en adultos 18 + (%)



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a OMS.

Los países han tendido a volverse más sedentarios, experimentando un incremento en la actividad física insuficiente del 2010 al 2014 (OPS). En Chile, vemos un incremento de 5.3 puntos porcentuales en la prevalencia de actividad física insuficiente del año 2010 al año 2016. De esta manera, el país se acerca a una prevalencia de 27% de actividad física insuficiente en ese último año, versus un 21% en el 2010 (Figura 7).

Chile se encuentra dentro de los países americanos con menor actividad física insuficiente en conjunto con Uruguay (22.4%), Ecuador (27.2%) y Canadá (28.6%), sin embargo, se ha vuelto más inactivo desde 2010. Por otra parte, Brasil (47%), Colombia (44%), Argentina (41.6%) y Estados Unidos (40%) son los países con mayor prevalencia de actividad física insuficiente, sobrepasando el 40%.

Más en detalle, de acuerdo con datos de la OPS y OMS, la prevalencia de actividad física insuficiente en niños chilenos (menores de 18 años) es mayor que la de los adultos, es decir, los niños son más inactivos en comparación. Para el año 2016 se vio una prevalencia de 87.6% de actividad física insuficiente en niños y adolescentes, lo que lo posiciona como el segundo país de América con mayor sedentarismo en sus jóvenes.

Por otra parte, en la Encuesta Nacional de Salud (2017) se revela que un 86.7% de la población chilena total es sedentaria. Para ello se evaluó el deporte realizado en el último mes fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez, 3 o más veces por semana. Estos datos son aún más preocupantes.

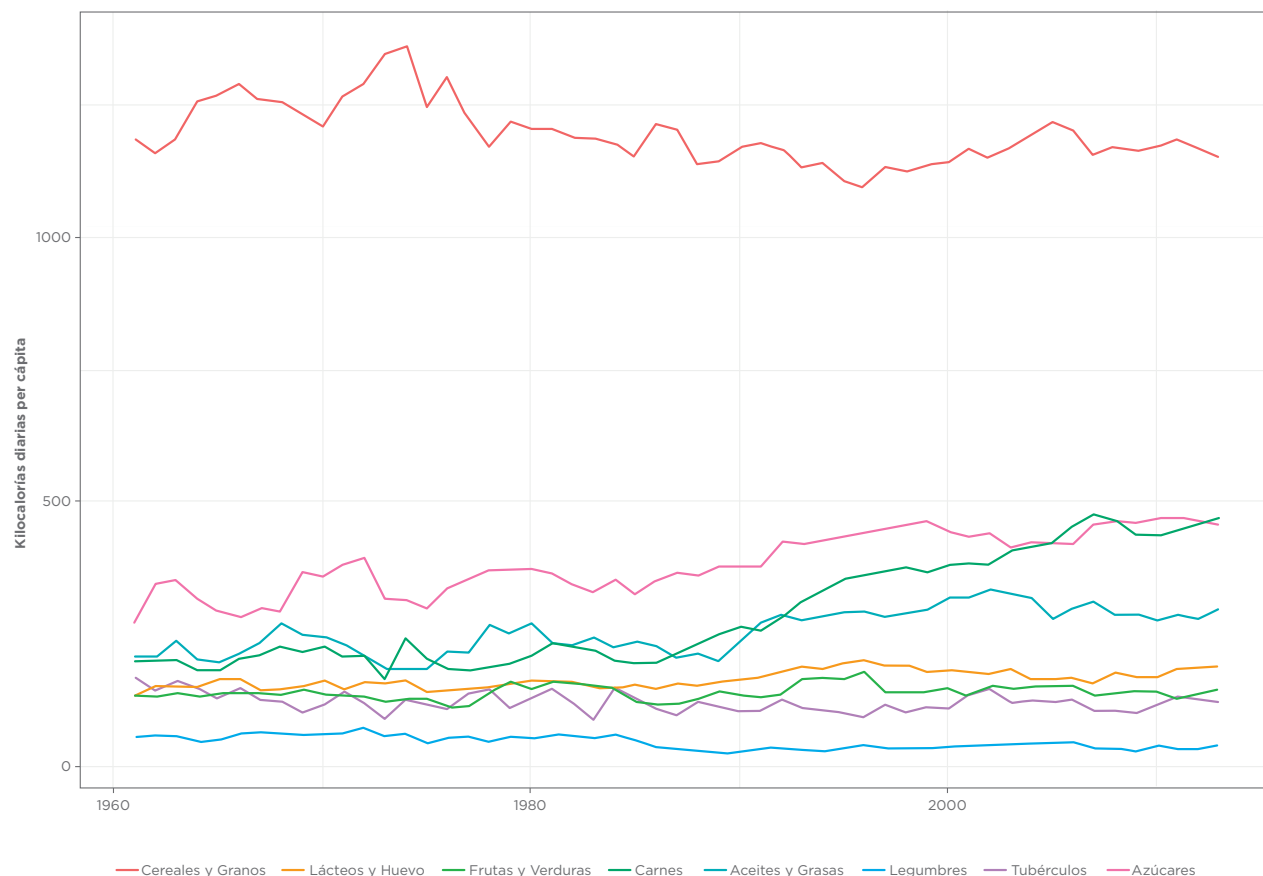
3.4 Hábitos de alimentación

En relación con la dieta de los chilenos, la Figura 8 grafica que el grupo alimenticio más preponderante es el de los cereales y granos, para el que se consumieron en promedio 1.196 kilocalorías (kc) por persona diariamente desde 1960 hasta el 2013. Le siguen las carnes y luego los azúcares, grupos que han mostrado una tendencia al alza desde 1960. Mientras que dicho año se registraba un consumo de 269 kc de azúcares y 199 kc de carnes, en el 2013 se alcanza un consumo promedio por persona de 471 kc y 458 kilocalorías, respectivamente.

Lo anterior representa una mala señal, ya que según Cabezas-Zabala (2016), el consumo de azúcares en alta cantidad es perjudicial para la salud, debido a que “se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dentales. Además, su consumo puede contribuir al desarrollo de alteraciones psicológicas como la hiperactividad, el síndrome premenstrual y las enfermedades mentales”.

En cuarto y quinto lugar de consumo se encuentran los “aceites y grasas” y “lácteos y huevos”, los que han aumentado su consumo desde 1987. En los últimos años, se ha mantenido relativamente constante su ingesta, bordeando las 300 kc y 190 kc diarias per cápita, respectivamente. Asimismo, de acuerdo con la OMS, estos grupos de alimentos se vinculan en mayor medida con el aumento de lípidos y colesterol en la sangre.

Figura 8: Consumo promedio diario de grupos alimenticios en kilocalorías per cápita



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

En contraparte, los tubérculos y las frutas y verduras, que son los alimentos que se asocian a mayores beneficios en la salud por su aporte de fibra, minerales y vitaminas, son unos de los grupos menos consumidos en el país, representando sólo 144 kc diarias por persona. El consumo en gramos corresponde a 63.9 gr. de frutas y 71.7 kg de verduras per cápita, y tanto el consumo de frutas como de verduras se encuentran bajo la ingesta diaria recomendada por la OMS, la cual debiese estar entre 200 y 250 grs. diarios.

El grupo de alimentos que se posiciona en el último lugar de consumo es el de las legumbres, que a partir de 1986 ha disminuido aún más su ingesta, bajando de 50 kc en el año 1984 a 35 kc en 1986. Justamente es alrededor de esa fecha que la ingesta de azúcares comienza a incrementar. Aún así, como muestra la Figura 8, es históricamente el grupo alimenticio de menor consumo entre los chilenos, promediando solo 44 kc diarias por persona entre 1960 y el 2013. Las legumbres, al igual que el grupo anterior, tienen un alto contenido de fibra y además aportan un número importante de proteínas de origen vegetal.

De acuerdo con Vilcanqui-Pérez (2017), la fibra es un elemento importante a incluir en la dieta, porque promueve efectos atenuantes de los niveles de colesterol y glucosa, que se relacionan con la diabetes tipo 2, obesidad, cáncer del colon y enfermedades cardiovasculares. Además, se ha visto que existe una relación inversamente proporcional entre el consumo de alimentos con contenido de fibra y el sobrepeso y obesidad, es decir, a mayor consumo de fibra, menor sobrepeso u obesidad, o bien a menor consumo de fibra, mayor sobrepeso u obesidad.

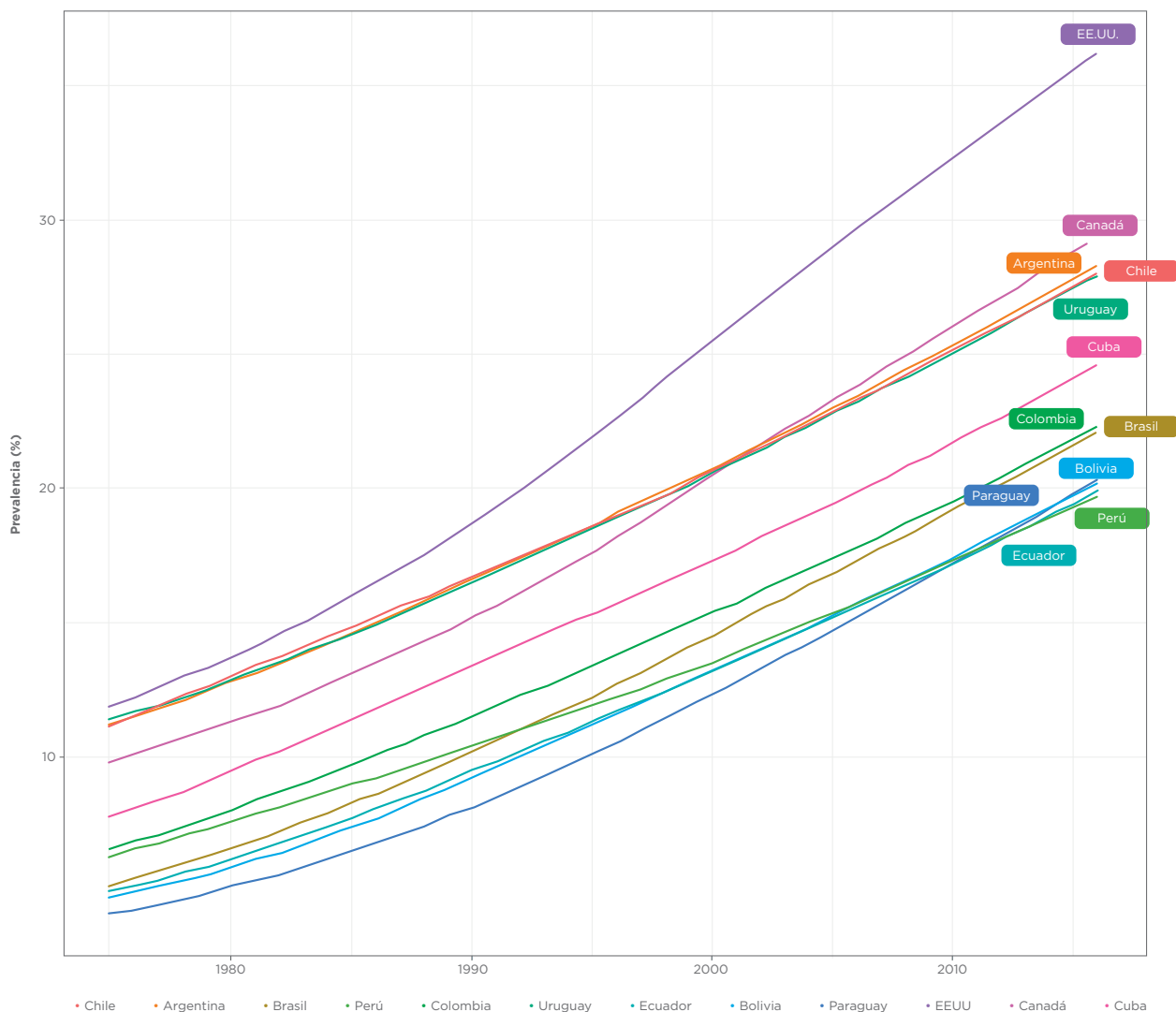
Por otra parte, el consumo de sal en Chile es también bastante alto y se asocia a un aumento de presión arterial, así como a un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cardiopatías en adultos. Es por ello que la OMS recomienda un consumo que no exceda los 5 grs. diarios. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2016, los chilenos consumen en promedio 9.4 grs. de sal diariamente, cifra menor a la reportada en la ENS 2019, que mostraba un consumo promedio de 9.8 grs. diarios. Un indicador alarmante es que el 98.4% del total país consume diariamente más de 5 grs. per cápita.

3.5 Obesidad

Mientras que los factores de riesgo descritos anteriormente son modificables, ya que están asociados a hábitos, la obesidad es un factor de riesgo metabólico para las enfermedades crónicas. Aun así, la obesidad guarda relación con todos los factores descritos anteriormente: actividad física, hábitos alimenticios, tabaquismo y alcoholismo. De acuerdo con Hannah Ritchie y Max Roser (2017), en el año 2017, 4.7 millones de muertes a nivel mundial se debieron a obesidad o sobrepeso, lo que corresponde al 8%.

En la Figura 9 se observa que la obesidad se encuentra en aumento constante desde 1980. Esto se explica principalmente por un mayor consumo de comida rápida o alimentos de bajo aporte nutricional y poco tiempo para cocinar producto de largas jornadas laborales, entre otros.

Figura 9: Prevalencias de obesidad en la población total



Fuente: Observatorio del Envejecimiento en base a OMS.

Si se analiza la situación por país, se observa que Estados Unidos (36.2%) es el que tiene más obesidad de América, seguido por Canadá (29.4%), Argentina (28.3%), Chile (28%) y Uruguay (27.9%). El tercer grupo, que comprende a Cuba, Colombia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Bolivia y Perú, tiene una prevalencia promedio de obesidad de 21.7%.

Si bien Estados Unidos se escapa del grupo considerablemente, Chile se encuentra dentro del segundo grupo del continente con mayores niveles de obesidad. Desde 1975 al 2016, el país tuvo un incremento de 16.8 puntos porcentuales en la prevalencia de obesidad y de acuerdo con los pronósticos actuales, esta cifra seguirá en aumento.

4 Factores de riesgo y pandemia COVID-19

A pesar de que aún no hay estudios que permitan ver el impacto de la pandemia en el desarrollo de enfermedades crónicas, se proyecta un aumento importante de ellas. Esto se debe principalmente a los confinamientos y sus implicancias en la movilidad y actividad física, así como en el acceso a los alimentos, entre otros. Además, el empeoramiento general de la salud mental que se ha visto producto de la pandemia puede incidir también en el padecimiento de estas enfermedades.

En esta línea, la geriatra UC, Marcela Carrasco, agrega que “se viene una situación bien difícil en el futuro cercano. De hecho, hay cosas que ya estamos viendo, como el deterioro en los indicadores de salud mental, que a toda edad ha sido un tema muy relevante (...). A eso hay que agregar todo lo que ha significado para el sistema de salud el dirigir los esfuerzos al manejo de la pandemia, en desmedro del manejo de los pacientes con enfermedades crónicas”. En este sentido, y producto de un menor nivel de diagnóstico y reducción de tratamientos de estas patologías durante la pandemia, es de esperar un empeoramiento en los índices de enfermedades crónicas en el corto plazo.

Asimismo, Eliana Mendoza, presidenta del grupo multifamiliar Mayores Unidos, asociado al Cesfam Marcelo Mena de Valparaíso, afirma que durante la pandemia “las enfermedades se han agravado, como en mi caso, que tengo problemas a los huesos (...) tuve que empezar a salir a caminar todos los días, porque como no caminaba, se agravó mi problema de artrosis. En consecuencia, hay que moverse, que no nos digan que tenemos que estar encerrados, hay que darse cuenta de que la salud es también tener contactos con otras personas y moverse”.

Las consecuencias a largo plazo están aún por verse, sin embargo, Soledad Herrera, académica UC, comenta que se ha visto un empeoramiento en la calidad nutricional de las dietas de las personas mayores. Destaca que el consumo de verduras y frutas ha disminuido desde el 2019 al 2020 (79% vs. 70%) y lo mismo ocurre con las legumbres (87% vs. 83%) y pescados (72% vs. 65%), y también hay menos variabilidad de alimentos a causa de una disminución en su acceso debido a la dificultad de adquirirlos en pandemia.

En específico, el 24% de las personas mayores de este estudio declara que consume alimentos menos variados por falta de recursos. Las personas mayores son las que tienen hábitos alimenticios más sanos, por lo que muy probablemente estas tendencias reflejen lo que ha ocurrido a nivel nacional respecto a nutrición. Como ya se dijo, el mantener una dieta poco diversa y baja en fibra contribuye a padecer o empeorar patologías no transmisibles, por lo que este cambio no es un buen indicio.

5 Prevención y promoción de la salud

Tal como explica la geriatra UC, Marcela Carrasco, parte de estas enfermedades pueden prevenirse manteniendo vidas más saludables, incluso comenta que “en un estudio finlandés en que atacaron los factores de riesgo modificables o conductuales en una cohorte [grupo de personas que se siguen en el tiempo], se vio una disminución muy significativa, tanto de enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes e hipertensión (...). En algunos disminuye 10%, y en otros se llega hasta un 50%”, afirma. Estos resultados son esperanzadores, pues nos indican que existen maneras de prevenir el desarrollo de estas patologías.

Hay diferentes formas de abordar la prevención de las enfermedades crónicas, no obstante, la gran mayoría de los expertos convergen en la importancia de la educación y la promoción de la salud. En primer lugar, resulta fundamental la formación de buenos profesionales de la salud, que sean capaces de diagnosticar y tratar estas patologías holísticamente. En segundo lugar, es esencial además incentivar el autocuidado en todos los rangos etarios, a través de la educación, como campañas de salud pública y que por otra parte, se garanticen las condiciones para mantener estilos de vida saludables. En tercer lugar, hacer parte a la sociedad civil, mediante el enfoque de la salud comunitaria, ya que fomenta la autonomía, incentiva que las personas sean más activas, responsables y se conviertan en agentes de cambio en el ámbito local.

Por su parte, el doctor Hidalgo establece la relevancia que tiene la formación que se les da a los futuros profesionales, especialmente a médicos e integrantes del personal de salud, quienes deben tener a su disposición herramientas que les permitan detectar previamente los distintos problemas crónicos de sus pacientes. Es de esta manera, que se puede trabajar integralmente en favor de su salud.

El experto afirma: “sabemos que, trabajando tempranamente la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia, la artrosis, los estilos de vida sanos, etc., podemos aumentar los años de vida funcional de una persona, en la medida que nosotros precozmente partamos con esas medidas, que es lo que nosotros en geriatría denominamos compresión de la morbilidad, y básicamente se basa en tratar que los efectos de las enfermedades crónicas se retarden lo más posible sobre la funcionalidad”.

La doctora Carrasco agrega que es importante generar iniciativas desde la Salud Pública, que permitan encauzar los estilos de vida hacia unos más saludables. En mayor detalle, la geriatra establece que “a nivel nacional, uno podría usar una estrategia de educación para disminuir la sobrecarga de factores de riesgo, por ejemplo, a nivel de nutrición saludable. Hace algunos años tuvimos programas de alimentación en esta línea que tenían publicidad en los distintos medios, y yo creo que es algo que colabora, que contribuye en el sentido correcto, y así permite generar mejoras tanto a nivel de los niños como de sus colegios. También es importante favorecer el acceso, porque cuando se piensa en alimentación saludable, el acceso a la fruta, la verdura y los pescados, puede no estar al acceso de todos”. Además, señala que es primordial reforzar campañas que incentiven la actividad física y que desalienten hábitos poco saludables, como son fumar o beber alcohol en exceso.

Así también, Eliana Mendoza de Mayores Unidos, recalca la importancia de que la educación sobre salud y vida sana comience lo más temprano posible, pues da más margen de acción para el control de estas enfermedades. Agrega que para ella “la educación de salud tiene que ser integral; el ejercicio y la alimentación desde mucho antes, que no me vengán a educar a los 70 años, porque ya no aprendí, yo ahora me estoy exigiendo para estar bien, yo no hacía ejercicio, caminaba porque tenía que hacer mis cosas, no como ahora que tengo que caminar tres cuadras ida y vuelta a mi casa para mantener mis huesos en forma, para poder evitar dolor. Esto lo aprendí ahora, a los 70, debería haberlo aprendido a los 50, a los 40”, recalca.

Por otra parte, la salud comunitaria destaca como un enfoque potente de prevención de enfermedades crónicas y de promoción de salud. Según Javiera Basáez, trabajadora social de Gerópolis UV, es importante que los distintos profesionales contribuyan en la calidad de la vida de las personas mayores, no sólo interviniendo o buscando transformar algunas pautas, hábitos o conceptos relacionados con la salud, sino que actuando en conjunto con la familia y su entorno, para así transformarlo. En esta línea, se actúa en torno a la pregunta planteada por la OMS “¿para qué tratar a la población y devolverla luego a las condiciones de vida que la enferman?”.

Para la salud comunitaria es crucial tomar en cuenta las variantes sociales y del medio en el que se vive, pues influyen en el desarrollo de enfermedades y en el mantenimiento de vidas saludables. Javiera Basáez explica además que “la salud de las personas mayores no solamente se ve afectada por condiciones específicas asociadas a alguna patología o enfermedad crónica, sino también por el tipo de atención que reciben en sus consultorios, las prestaciones a las que pueden acceder -ya sea desde las APS como de los hospitales- o por la poca accesibilidad para otros recursos, entre otros”.

Destaca además la importancia de generar espacios amigables con las personas mayores, que no las marginen y les permitan mantener su autonomía y movilidad lo máximo posible, que les permita “envejecer en el lugar” explica la trabajadora social de Gerópolis UV. En esta línea, trabajar por ciudades menos contaminadas, con mejor locomoción colectiva, buen estado de pavimentos, escaleras con apoyo, entre otras medidas, ayudan también al bienestar general y a la salud misma de las personas. De hecho, así lo comenta la geriatra Marcela Carrasco: “tenemos barreras como, por ejemplo, las arquitectónicas y a nivel de transporte público, que dificultan que las personas puedan salir y hacer sus cosas, eso a su vez afecta la salud, pudiendo incidir en el desarrollo de patologías como las enfermedades crónicas”.

La salud comunitaria tiene un desarrollo fuerte de educación comunitaria, que de acuerdo con Montaner Gomis (2012) son iniciativas sumamente valiosas y ventajosas, pues empoderan a la comunidad y al individuo, y les permite retomar el control sobre su salud y enfermedades. Respecto a ello, cobra vital importancia mencionar el programa la campaña “Tomando Control de su Salud” diseñado por la Universidad de Stanford e implementado en Chile por Gerópolis UV. Aquí se les educa respecto a las mismas para que, por un lado, tomen el control de su enfermedad y de su autocuidado, pero también, sean capaces de compartir estos conocimientos con sus pares, y de esta manera su salud no sólo se reduzca a las enfermedades que padecen. En palabras de Javiera Basáez, “si tengo una enfermedad, también yo puedo ser saludable a medida que voy tomando control, voy ejerciendo un liderazgo, un empoderamiento de esta situación de salud “.

Eliana Mendoza, desde su perspectiva como agente multiplicadora de salud, complementa diciendo que “no solamente basta con ir al CESFAM y recibir la pastilla para la hipertensión (...) cada uno tiene que tomar un rol en su enfermedad, cuidarse a sí mismo, porque no me va venir a cuidar otra persona, cuidarme yo, analizar lo que me hace mal y también qué me sirve: hacer ejercicio, comunicarme con otros, tener redes familiares y sociales, y también ir a control al CESFAM, pero sacarse la idea de que lo único que me va sanar es el remedio”.

En este sentido, el rol educativo de la salud comunitaria que se establece a partir de relaciones horizontales genera liderazgos positivos en las comunidades, lo que permite una democratización del conocimiento con otras/os, y que tiene como consecuencia un efecto multiplicador de la salud. Esto es esencial pues se vuelve además una herramienta de inclusión y empoderamiento para las personas mayores.

Así lo confirma Eliana Mendoza, indicando que “el hecho de participar en estas capacitaciones (de Gerópolis) me ha dado herramientas para vivir mejor esta etapa. Me daba cuenta que tenía cosas que transmitir, que había cosas que había aprendido en mi vida y que podía compartirlas con otros y no sabía dónde, y con esta capacitación que me dio Gerópolis, de la Universidad de Valparaíso, yo me di cuenta que no era una idea loca, que podía participar y enseñar a otros (...) me abrió una nueva manera de ver esta etapa de envejecimiento y estoy dejando una huella”. De esta manera la salud comunitaria deja de ver a las personas mayores como beneficiarios del sistema de salud y los vuelve sujetos de derecho, con responsabilidades y deberes respecto a su salud y bienestar.

Conclusiones

Las enfermedades crónicas tienen prevalencias bastante altas en las personas mayores de nuestro país, y considerando los factores de riesgo revisados en este reporte, que presentan niveles pocos favorables, es difícil ver una baja de su prevalencia en un futuro próximo, especialmente, considerando los efectos de la pandemia de COVID-19, en la que a nivel de sistema de salud, bajó el tratamiento y control de estas patologías, y a nivel de los individuos, generó cambios en los estilos de vida.

Por una parte, si bien Chile es uno de los países más activos físicamente de Sudamérica, esta tendencia va a la baja, y sumado a los efectos de la pandemia y los confinamientos es muy posible un aumento en el sedentarismo. Por otro lado, tanto el alcoholismo como el tabaquismo tienen altas prevalencias en los chilenos, particularmente en los estratos más jóvenes, por lo que es fácil suponer que a futuro sean ellos los más propensos a padecer este tipo de enfermedades.

Teniendo en consideración los hábitos alimenticios, Chile es uno de los países con menor consumo de frutas, verduras y legumbres –menor a 90 kc per cápita en promedio–, y se encuentra bajo las recomendaciones de la OMS. Esto es preocupante considerando que durante la pandemia se ha reducido incluso más el consumo de estos alimentos en la dieta de las personas mayores, que según cifras, son los que más consumían estos alimentos. Además, los altos niveles de consumo de cereales, carne y azúcares (sobre 458 kc por persona), contrarios a lo que los especialistas recomiendan, no mejoran la situación.

Por otra parte, la obesidad, como es tendencia en el mundo, está aumentando aceleradamente en nuestro país, llegando a un 28% de prevalencia y posicionando a Chile como uno de los países sudamericanos con las cifras más elevadas. Tanto la baja en la actividad física como la reducción en alimentos con mayor aporte de fibra durante la pandemia pueden afectar negativamente este indicador.

Es importante considerar que, si bien en este reporte se analizaron los factores de riesgo de manera independiente para facilitar la comprensión, en la práctica lo más común en la actualidad es que una persona acumule tres o más factores de riesgo para enfermedades crónicas. Es por todo lo anterior que se vaticina un aumento de prevalencia de enfermedades crónicas en los chilenos.

A pesar de que las enfermedades crónicas son enfermedades que cuentan con tratamiento y hasta cierto punto logran mantenerse controladas, a futuro son la principal causa de discapacidad o pérdida de funcionalidad. Es preocupante ver que Chile es el país sudamericano que tiene mayores años de vida con discapacidad, promediando al menos 10 en esta condición. A pesar de ello, es relevante mencionar que esta discapacidad no

se condice necesariamente con dependencia y que puede corresponder a episodios esporádicos que con buen tratamiento y estimulación pueden mejorar. Así es como se explica que los porcentajes de dependencia en las personas mayores sean bajos y sólo el 5% de las personas mayores presenten algún tipo de dependencia severa.

A pesar de la alta prevalencia de estilos de vida poco saludables en la población chilena en general, estos pueden modificarse de acuerdo con la opinión de expertos y expertas vertidas en este reporte. La educación en todas sus esferas se posiciona como la principal herramienta de cambio para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Es esencial la formación de buenos profesionales y mejorar los tiempos de diagnósticos de las enfermedades crónicas, ya que permiten incrementar los años de vida sin dependencia. También es importante avanzar en la implementación de programas que le permitan a la sociedad civil mantener estilos de vida saludable desde pequeños, tanto desde la institucionalidad expresadas en políticas públicas, como desde la misma comunidad, generando espacios en los que las propias personas puedan cuidarse y promover el autocuidado de sus cercanos.

Es esencial también generar acciones que permitan un acceso más transversal a productos más saludables como frutas y verduras principalmente, ya que al ser productos de valores más elevados que los cereales y/o azúcares, va en desmedro de un mejoramiento de hábitos.

Colaboración académica:

Jorge Browne, geriatra UC y equipo de Geriatria UC.

Bibliografía

1. Cabezas-Zabala, C. C., Hernández-Torres, B. C., & Vargas-Zárate, M. (2016). Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 319-329.
2. Milton, K., Macniven, R., & Bauman, A. (2014). Review of the epidemiological evidence for physical activity and health from low-and middle-income countries. *Global public health*, 9(4), 369-381.
3. Montaner, I., Foz, G., & Pasarín, M. I. (2012). La salud: ¿un asunto individual? *AMF*, 8(7), 374-382.
4. Parry, C. D., Patra, J., & Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*, 106(10), 1718-1724.
5. Ritchie, H., & Roser, M. (2017). Diet compositions. *Our World in Data*.
6. Umar, S., Chiroma, A. S., Jajere, A. M., & Gujba, F. K. (2015). Prevalence of physical inactivity, hypertension, obesity and tobacco smoking: a case of NCDS prevention among adults in Maiduguri, Nigeria. *American Journal of Medical Sciences and Medicine*, 3(4), 39-47.
7. Vilcanqui-Pérez, F., & Vílchez-Perales, C. (2017). Fibra dietaria: nuevas definiciones, propiedades funcionales y beneficios para la salud. Revisión. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 67(2), 146-156.