

OE FACTORES DE RIESGO

TÍTULO OE

Desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

DEFINICIÓN DEL MARCO REFERENCIAL DEL OE

Los seis factores de riesgo abarcados por este OE son responsables de más del 60% de la carga de mortalidad y de al menos un 50% de la carga de morbilidad en el mundo entero (OMS). Así, el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas, sumados a la malnutrición por exceso, sedentarismo y sexo inseguro, dan cuenta del 35,3% de la mortalidad y del 20,6% de la carga por discapacidad en el país. Todos ellos guardan relación con importantes aspectos de género, y afectan en particular a la población de ingresos bajos y medios. Chile, tiene una carga de AVISA que se explica mayormente por un grupo de factores de riesgo de tipo “mixto”, es decir, coexisten en los primeros lugares aquellos factores de riesgo de países de mayores ingresos (consumo de tabaco, malnutrición por exceso) con otros que se asocian mayoritariamente a países más pobres, como el alcohol (MINSAL 2007).

Entre los principales resultados obtenidos en el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, realizada por el Ministerio de Salud en el año 2007, y que fundamentan la necesidad de continuar profundizando en políticas de reducción de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, están los siguientes:

- El consumo de tabaco es responsable de una de cada 11 muertes en Chile, el alcohol y el sobrepeso están entre los factores de riesgo que explican la mayor cantidad de años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVPM).
- El alcohol es el factor de riesgo que explica la mayor cantidad de años de vida saludable (libre de enfermedad y discapacidad, AVD) perdidos y también es el factor de riesgo con una mayor carga atribuible en AVISA.
- Los hombres tienen una mayor carga de muerte, AVPM, AVD y AVISA atribuible a estos factores de riesgo. La excepción es el caso de “sexo inseguro” que presenta mayor carga atribuible en la mujer, producto principalmente de la infección por virus papiloma y el consecuente cáncer cervicouterino.

Este OE, se orienta al desarrollo de estrategias integradas en una política de Estado como resultado del trabajo intersectorial y multidisciplinario, y destinadas a incentivar el desarrollo de conductas protectoras de la salud, en la mirada de la promoción y prevención.

Esto, porque aún cuando hay logros en el abordaje de estos factores de riesgo y en el tratamiento de sus efectos adversos, los avances en el ámbito de la promoción y

prevención, no son todo lo esperado, y no demuestran la efectividad que se requiere para la situación epidemiológica actual.

Además, las estrategias han sido insuficientes en términos de incorporar desde su diseño los determinantes sociales de la salud, es decir, aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud, tales como: la pobreza, educación, factores como la posición socioeconómica, la pertinencia cultural y de género. Por ello, la OMS reconoce la necesidad de aplicar un enfoque de promoción de la salud global e integrado, junto con estrategias de prevención y protección eficaces, que promuevan la capacidad de las personas y refuercen la competencia comunitaria para mejorar su salud (OMS, Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013).

El presente OE no incluye acciones del ámbito asistencial relacionado a estos u otros factores de riesgo, ni otros aspectos de la salud pública, tales como: los riesgos ambientales, disponibilidad de alimentos e inocuidad, por cuanto ellos son tratados por otros OE. El marco de referencia contempla la visión de salud pública desde la promoción de prevención de la enfermedad, anticipándose al daño en salud.

Los factores de riesgo como el consumo del tabaco, alcohol y drogas psicoactivas, vienen generando hace muchos años una gran carga económica a los países, incentivando el desarrollo de un marco normativo internacional, que orienta las políticas de prevención y control de estos en los países. Estos marcos motivan a los estados en la implementación de políticas de estado y estrategias que generan cambios estructurales y permiten lograr resultados en un menor plazo de tiempo.

El desafío para los gobiernos es conseguir el cambio conductual de la sociedad y de los individuos hacia estilos de vida más saludables, que permitan disminuir estos factores de riesgo. Tales acciones deberán además, tener un criterio de focalización que tienda a corregir las inequidades relacionadas con la pobreza y el género.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN POR SUB-TEMA

Tabaco

El tabaco es la principal causa prevenible de mortalidad en el mundo de hoy. Mata a más de cinco millones de personas cada año (OMS, 2008) de las cuales cerca de 16.000 ocurren en Chile (DEIS 2007). Constituye un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Fumar tabaco es factor de riesgo de cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, leucemia, así como de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, aborto y parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otras enfermedades.

A pesar de no haber disminuido significativamente la prevalencia del consumo en la década recién pasada, se ha producido un cambio en la tendencia al crecimiento evidenciada hasta el 2004, observándose primero una estabilización y luego una disminución, especialmente en mujeres y escolares (encuesta CONACE 2006-2008). Actualmente, se ha logrado sensibilizar a la población acerca de los riesgos de la exposición al humo de tabaco y modificar conductas en el hogar, aumentando de 48,5 a 61,7% los hogares donde no está permitido fumar (ENCAVI 2000,2006).

Sin embargo, la prevalencia de consumo en población de 12 a 64 años se mantuvo en el mismo periodo. Con un 41% de prevalencia de consumo último mes en población general (CONACE 2008), Chile se constituye como uno de los países más fumadores de la región. Por su parte, los estudios CONACE muestran a partir del 2006 un cambio de tendencia en mujeres. En general fuman más los hombres (46,2%) que las mujeres (37,4%); pero las mujeres de entre 15 y 45 años de edad tienen una prevalencia de 41% y en el grupo de mujeres de entre 19 y 25 años casi la mitad de ellas estaría consumiendo tabaco el último mes.

En escolares el 2007, se evidencia una caída de la prevalencia de alumnos de 8° básico alcanzando el 18,7% (CONACE 2009). Si bien se han logrado grandes avances a partir del 2007, estos continúan presentando altos índices de prevalencia último mes. Más preocupante aún, es que un porcentaje significativo de los escolares está consumiendo diariamente tabaco, evidenciando el desarrollo de adicción desde muy temprana edad (5,3% de los alumnos de 8° básico). Con estas cifras, los escolares chilenos están ubicados entre los más fumadores del mundo, al comparar con mapas internacionales (Shafey et al, 2009).

Se comienza a insinuar un cambio cultural y social, que a través del respeto de los ambientes libres de humo, ha disminuido la exposición de niños y no fumadores al humo del tabaco. Sin embargo, el aumento del consumo de tabaco en los NSE bajos, versus la tendencia a la baja mostrada por los NSE altos, muestra claras inequidades, cuyas causas y factores es necesario analizar y mitigar. Actualmente, la carga de enfermedad producida por el tabaco es alta, y se considera que un 17% de las muertes anuales guardan relación con el tabaco. Se estima que 10 puntos porcentuales de disminución en la prevalencia de tabaco reducirían 2.694 muertes anuales y 31.559 AVISA (Estudio de Carga Atribuible MINSAL 2007).

Alcohol

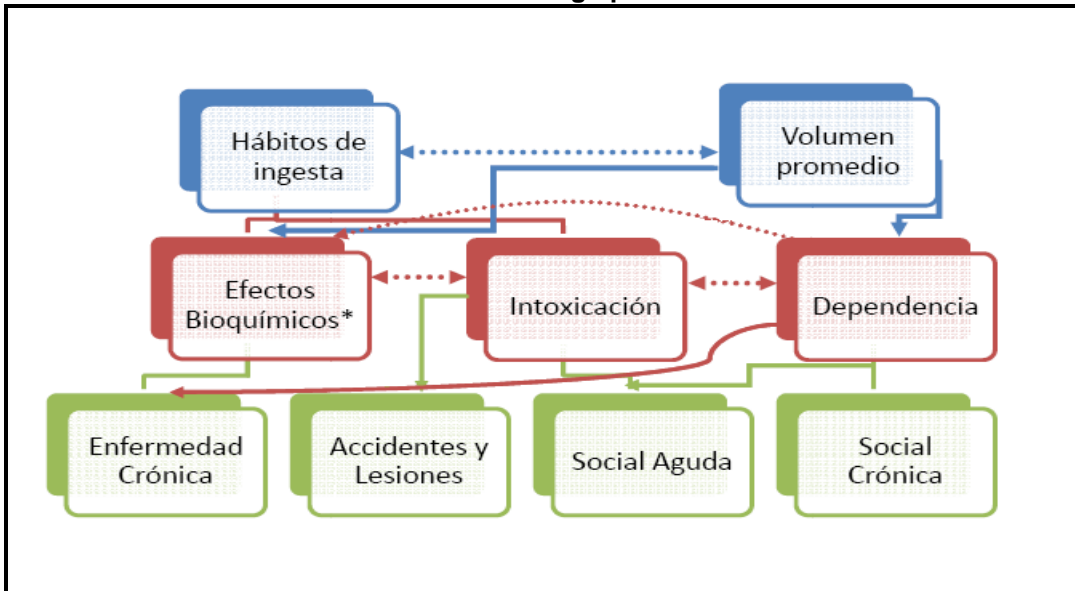
Según la OMS, el consumo nocivo de alcohol constituye un problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo.

Por una parte, ello se debe a que el alcohol determina efectos bioquímicos deletéreos acumulativos sobre todos los tejidos del organismo, lo que explica que sea posible demostrar su influencia en más de 60 enfermedades de todo tipo, casi siempre en forma dosis-dependiente (Rehm J. et al, 2004): cáncer de boca y orofaringe, cáncer de esófago, cáncer hepático, cáncer de mama, diabetes, epilepsia, hipertensión, enfermedades cerebro-vasculares, cirrosis hepática, enfermedad isquémica del corazón, lesiones y violencia, depresión, otras enfermedades cardiovasculares, otros cáncer y consecuencias sociales (Estrategia Nacional sobre Alcohol. Documento de trabajo. MINSAL Enero 2010).

Por otra parte, la interacción del efecto intoxicante en el sistema nervioso central, con las características de la personalidad, la conducta asociada y las expectativas socioculturales, constituyen un factor causal para los traumatismos intencionales y no intencionales que afectan al bebedor o a terceros (violencias, suicidio, homicidio, delitos, muertes y lesiones en el tránsito, conducta sexual riesgosa y enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA). La dependencia o adicción, similar a la de otras sustancias psicoactivas, representa siempre una pesada carga para quien la sufre, su

grupo familiar y la sociedad en general, además de costos a los sistemas de salud (Estrategia Nacional sobre Alcohol. Documento de trabajo. MINSAL Enero 2010).

Figura 1. Modelo causal de consumo de alcohol, mecanismos intermedios y consecuencias de largo plazo.



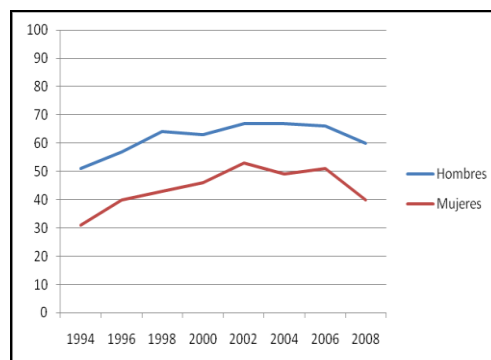
*Nocivos y beneficiosos

Fuente: Adaptado de Babor T. et al, 2003.

Según la magnitud y modalidad del consumo, la frecuencia de embriaguez, la situación en que se presenta (conducir vehículos o maquinarias, durante el embarazo, en minoría de edad, asociada a violencia), es posible reconocer en las personas y poblaciones patrones de consumo denominables de bajo riesgo y de alto riesgo (que incluye además el consumo problemático y la dependencia).

En cuanto a magnitud del consumo, Chile se encuentra entre los países de consumo medio (6,9 litros de alcohol absoluto por hab. año), y con una cierta estabilidad en la proporción de la población que declara consumo durante el último mes.

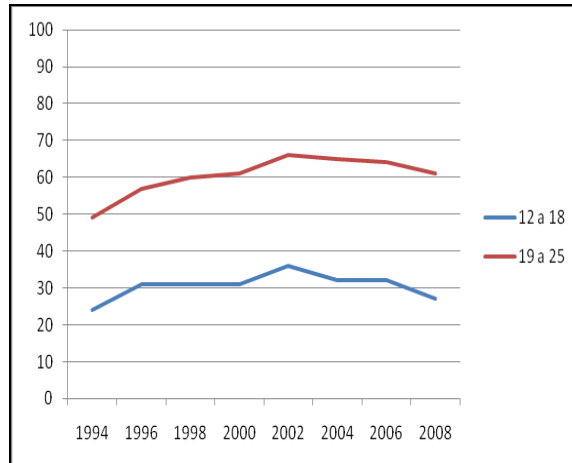
Figura 2. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, 12 a 64 años, según género, Chile. 1994-2008



Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008, CONACE.

En el grupo de jóvenes de 12 a 25 años, la prevalencia de último mes, luego de subir fuertemente hasta el 2000, se estabiliza entre el 2002 y 2006, con un leve descenso en 2008:

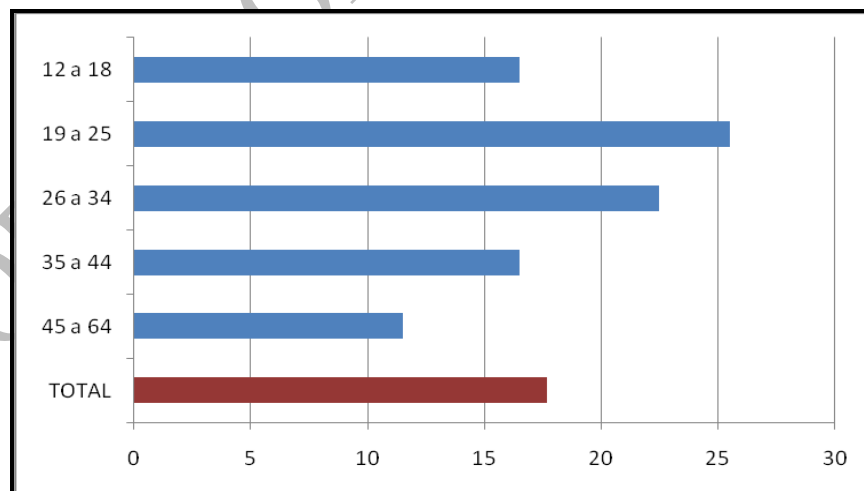
Figura 3. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, en jóvenes, Chile, 1994-2008



Fuente: CONACE

El patrón de consumo de alto riesgo, uno de cuyos indicadores es la presencia de consumo excesivo episódico (5 o más “tragos” de 13 gramos de alcohol, por ocasión), está presente en un 18% de todos aquellos que registran haber bebido el último mes, en un 26% de quienes tienen 19 y 25 años y un 18% de quienes tienen entre 26 y 34 años:

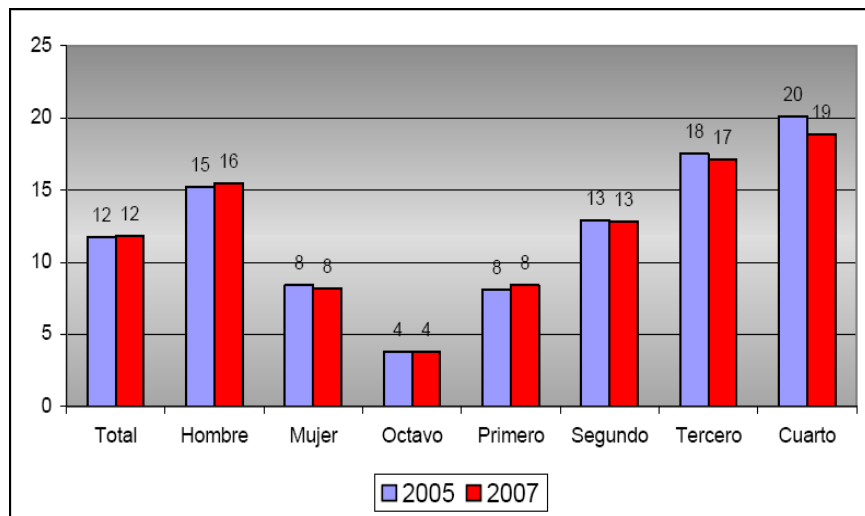
Figura 4. Prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo (cinco o más tragos en una sola ocasión en el último mes), por edad, Chile. 2004



Fuente: Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004. CONACE

Entre los escolares de 8° básico (alrededor de los 14 años de edad), ya es posible encontrar el inicio del patrón de consumo de alto riesgo según el mismo indicador, y su frecuencia crece sostenidamente hasta el fin de la educación media. Este perfil se ha mantenido elevado y estable en los últimos años:

Figura 5. Evolución 2005-2007 del consumo de alto riesgo (tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual) según sexo y curso



Fuente: Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006, CONACE

La presencia de problemas de salud, familiares, económicos, laborales, asociados al consumo de alcohol por el entrevistado, constituyó una medición frecuentemente utilizada en el medio nacional. La frecuencia de “bebedores problema” (uno de los componentes del consumo de alto riesgo) en la población general, no varió sustancialmente en las dos ocasiones que se ha medido a nivel de población general (2000 y 2006):

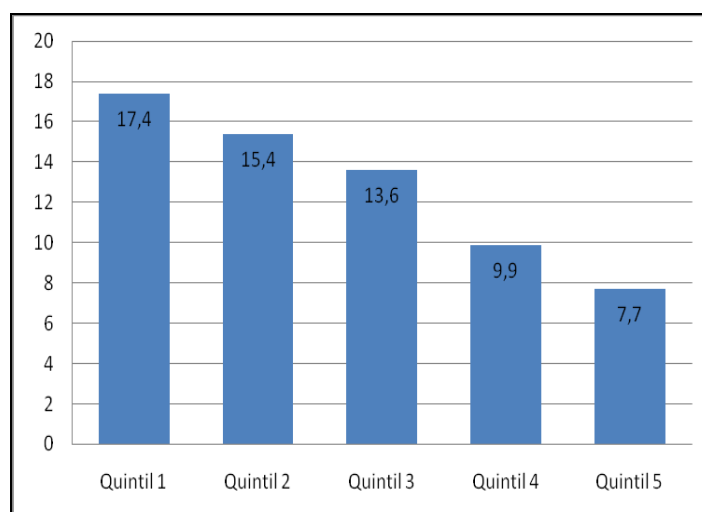
Figura 6. Prevalencia de bebedores problema, según sexo y año



Fuente: ENCAVI 2006. MINSAL

El beber problema muestra un claro perfil de inequidad en su distribución por nivel socioeconómico. En efecto, 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:

Figura 7. Tasa (%) de bebedores problema de alcohol, según quintil de ingreso



Fuente: ENCAVI 2006. MINSAL.

La dependencia del alcohol (otro de los componentes del consumo de alto riesgo) alcanzó valores de 2 a 4% en población mayor de 15 años, en los años 90. Más recientemente, en un estudio en población adolescente, el grupo de 14 a 19 años, en una región del país, la dependencia alcanzó a 2,8% (4,5% en hombres y 1% en mujeres) (Vicente B. et al, 2010).

El Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007 (MINSAL) reveló que la dependencia del alcohol y la cirrosis hepática se encuentran entre las cinco primeras causas específicas de carga de enfermedad en ambos sexos, pero fundamentalmente representado en los hombres. En éstos, ambas condiciones dan cuenta del 25% del total de los años de vida perdidos. Los accidentes de tránsito y los traumatismos por violencias, condiciones ambas fuertemente asociadas al consumo de alcohol, agregan otra fracción importante (7,6 y 6,3% respectivamente).

Si se considera la carga atribuible a factores de riesgo individuales, el alcohol se muestra como el más gravitante de ellos, responsable de 12,4% de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad, doblando a los factores siguientes: sobrepeso (6,3%) y la presión arterial elevada (5,6%).

Según este estudio, una de cada diez muertes en Chile es atribuible al consumo de alcohol. Estimativamente, ello equivale a 2.831 personas que mueren a los 40 años, en plena edad productiva. Asimismo, es el principal causante de discapacidad. En forma similar, ello equivaldría a 8.788 personas que quedan discapacitadas en la mitad de la vida, cada año.

El Estudio de Carga de Enfermedad muestra así una realidad que afecta no sólo la salud de la población, sino que también incide negativamente en el desarrollo económico y social del país, cuya valorización no se ha actualizado, desde la estimación hecha en 1998, que mostró que el consumo de alcohol, le significa al país un costo US\$ 3 mil millones anuales (en moneda equivalente de 1995). En términos per cápita, si los ingresos que representa el alcohol como actividad económica fueron en ese año US\$ 59, el costo ascendió a US\$ 210.

De acuerdo a un análisis de la carga evitable, considerando algunos escenarios factibles de alcanzar, se estimó que si en Chile disminuyera el consumo promedio de alcohol en un 20% (es decir, llegará al promedio de la región de las Américas) se evitarían 105.063 años perdidos por discapacidad y 1.380 muertes al año en el país, número similar al total de muertes por accidentes de tránsito.

Drogas

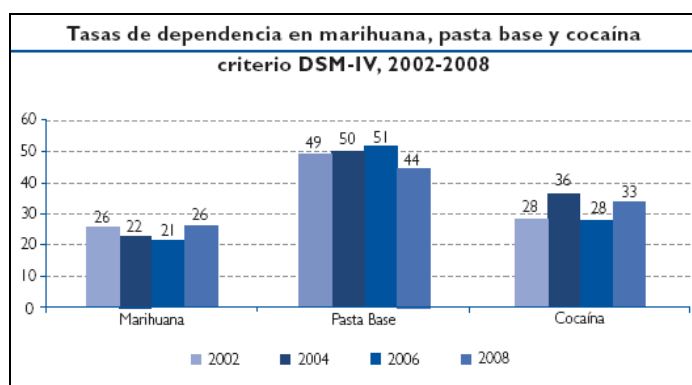
Se asocia el uso de drogas ilícitas a suicidio, violencias y accidentes, pero no se dispone de estudios concluyentes que establezcan relaciones entre este factor de riesgo y los daños a la salud que se mencionan.

Respecto al consumo de drogas ilegales en la Región de la Américas, Chile presenta un consumo anual de marihuana de 6,7%, menor que en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%), y Argentina (7,2%). Pero se ubica por sobre países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%). En el caso del consumo de cocaína en el último año, Chile presenta un consumo de 2,4%, que es menor que el de Estados Unidos (2,8%) y de Argentina (2,8%), pero mayor que el de Colombia (0,8%) y Canadá (1,9%) (UNODC 2010). Chile estaría en una posición intermedia entre los países de la región en el consumo de las sustancias señaladas.

Basado en los estudios de hogares que se realizan cada dos años por CONACE (2008), se observa que la tendencia del consumo de las principales drogas ilícitas (marihuana, cocaína y pasta base) en Población General desde el año 2000 se ha mantenido estable, existiendo aumentos en la población adolescente y joven:

- El consumo de marihuana en el último año pasa de 5,7% en el año 2000, a 6,4% en el año 2008. Si bien hay un aumento de 7 décimas, este consumo ha bajado de 7,2% en el año 2006, a 6,4% en el año 2008. En adolescentes de 12 a 18 años aparece una tendencia sostenida al alza, pasando de 6,2% en el año 2004 a 9,1% en el año 2008.
- El consumo de cocaína en el último año ha aumentado 3 décimas desde el año 2000 al año 2008, pasando de 1,5% a 1,8%. Este consumo presenta un aumento entre el año 2006 al 2008 en las personas de 19 a 25 años, que pasa de 2,8% a 3,8%.
- El consumo de Pasta Base se ha mantenido en 0,7% entre el año 2000 al año 2008. Sin embargo, en el grupo de 19 a 25 años se produce un alza de 1,1% a 1,9%.
- La proporción de consumidores de marihuana de último año que declaran síntomas de dependencia han oscilado en torno al 25%.
- En el caso del consumo de la pasta base y cocaína en el último año, las tasas de dependencia tampoco han sufrido alteraciones importantes desde el año 2002. La pasta base es la sustancia que suscita siempre mayor dependencia, alrededor del 50% de los consumidores de último año. La cocaína, por su parte, ha estado fluctuando en tasas de dependencia cercanas al 30%, semejante a la de la marihuana, pero con intensidades de uso mucho menores.

Figura 8. Tasa de dependencia en marihuana, pasta base y cocaína



Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en la Población General. 2008

En estudios realizados por CONACE cada dos años en población escolar, aparecen tendencias similares a las establecidas en población general:

- Consumo de marihuana en el último año se mantiene relativamente estable, pasando de 14,8% en el 2001 a 15,1% en el año 2009, diferencia que no es estadísticamente significativa. En el año 2009, se produce un aumento significativo entre 8° básico y 1° medio, que pasa de 6,5% a 11,6%. Este aumento se verificó en toda la serie.
- Consumo de cocaína total en el último año varió de 4,2% en el año 2001 a 4,8% en el año 2009. El consumo de cocaína en el último año alcanzó 3,0%, que constituye el valor más alto desde el año 2003.

En cuanto a consumo de drogas ilícitas y carga sanitaria, el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible del año 2007, muestra que la dependencia de drogas aparece con 14.039 años de vida perdidos para los hombres de toda edad, y como la causa número 24 de AVISA perdidos. Este resultado se focaliza aún más en hombres de 20 a 44 años de edad, por lo que podría influir en un grupo de la población en plena etapa productiva.

En el estudio se establece que “la carga asociada al uso de drogas ilícitas, se estudió a partir de los riesgos relativos disponibles para “dependencia” de drogas ilícitas, por lo que no necesariamente corresponde a “consumo de drogas” propiamente tal”, por lo que sería esperable una proporción de carga de enfermedad mayor.

Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad (malnutrición por exceso) se constituye como un factor de riesgo independiente para enfermedades crónicas, y además se asocia a estigmatización social, baja autoestima y desventajas económicas. Los adultos con obesidad tienen tasas más altas de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por todas las causas. Hasta 66% de la diabetes tipo 2, 52% de coleditiasis, 29% de hipertensión y 22% de enfermedad cardiovascular pueden ser atribuidas a obesidad. Los costos económicos directos de la obesidad se estiman en 5% de los costos totales en atención médica, en países industrializados.

Comparados con los adultos normopeso, aquellos con obesidad mórbida presentan mayor riesgo relativo (RR) de padecer diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, asma, y artritis, todo lo cual va en desmedro de la calidad de vida. En relación con el cáncer, en EE.UU. la obesidad es responsable del 14% de todas las muertes por cáncer en hombres y del 20% en mujeres. La obesidad mórbida es responsable de un incremento del 52% de la tasa de mortalidad en los hombres y del 62% en las mujeres respecto a sujetos con normopeso.

A nivel ambiental han ocurrido cambios determinantes en las últimas cuatro décadas, que explicarían mayormente el brusco aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tendencia que se cumple en gran parte de los países industrializados y algunos en vías de desarrollo, como es el caso chileno. Dentro de los principales factores implicados se revelan la ingesta calórica aumentada y la disminución de la actividad física, propias de los estilos de vida más occidentalizados. A estos factores de riesgo modificables se suman variables que contribuyen a mantener malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, como son la publicidad de alimentos de alta densidad energética y alto contenido de nutrientes críticos (sodio, azúcares, grasas saturadas y trans), el aumento en el tamaño de las porciones, el entorno familiar que influye en los hábitos de ingesta y estilos de vida del niño y de adolescentes (Kain J. et al, 2005).

Desde el ámbito de la salud pública, resulta particularmente preocupante el aumento progresivo de la obesidad infanto-juvenil, sobre todo al considerar el mayor riesgo de constituirse como un adulto obeso, con las complicaciones médicas asociadas, entre las que se cuentan el aumento de la presión arterial, dislipidemia e hiperinsulinismo, condiciones fisiopatológicas que preceden a las enfermedades cardiovasculares, las que constituyen una de las principales causas de mortalidad del adulto (Burrows R., 2000).

La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta (Ludwig D., 2007) y en la adolescencia puede reducir la expectativa de vida en alrededor de 5-20 años. El aumento en la prevalencia de la malnutrición por exceso en niños y adolescentes, se acompaña con un aumento en la frecuencia de sus complicaciones médicas (OMS). En la actualidad, uno de cada cuatro niños o adolescentes padece obesidad y uno de cada tres tiene riesgo de adquirirla. Así, uno de cada cuatro niños con sobrepeso en el rango de 6 a 12 años padece intolerancia a la glucosa, y un 60% de ellos tiene al menos un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular (Miller J. Et al, 2004).

La I Encuesta Nacional de Salud (I ENS, 2003) reveló que un 23% de la población mayor de 17 años presentó obesidad y un 38% sobrepeso, factor de riesgo independiente para muchas enfermedades no transmisibles. Este diagnóstico nutricional en población adulta se realiza en base al índice de masa corporal (IMC) que corresponde al peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2), que es una medida poblacional útil y simple que expresa la relación entre el peso y la talla. Para la OMS, el sobrepeso se define como un IMC igual o superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, y la obesidad como un IMC igual o superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Un IMC elevado se asocia con mayor riesgo de efectos adversos para la salud. El IMC promedio de la población adulta chilena es $26,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ indicando sobrepeso. Entre las mujeres, a medida que mejora el nivel socioeconómico (NSE) mejora el IMC, $28 \text{ kg}/\text{m}^2$ en el NSE bajo a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ en el estrato más alto. Por el contrario, en hombres el IMC aumenta de $26,1 \text{ kg}/\text{m}^2$ a $27,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ entre el NSE bajo y el alto respectivamente.

En los menores de 6 años, el diagnóstico nutricional es integrado, considera la medición y seguimiento del peso y la talla basado en el patrón de referencia de crecimiento infantil OMS, además de su relación con la edad y el sexo, sumando antecedentes personales y familiares y otros datos del examen físico. Según datos del DEIS MINSAL, la prevalencia de obesidad es 9,4% en la población menor de 6 años, y 21% de embarazadas, mientras que al sexto mes post parto el sobrepeso llega a 33,4% y la obesidad a 22,3%.

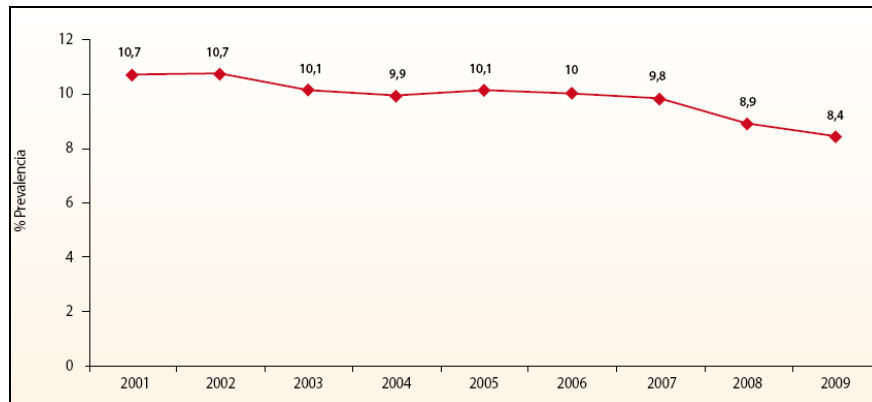
La presencia de obesidad abdominal y de dos o más alteraciones asociadas (alteración de los lípidos, glicemia y presión arterial), constituyen un síndrome metabólico (SM), presente en uno de cada cuatro adultos chilenos. Así, la ENS 2003 refleja una alta prevalencia de hipertensión arterial (35%), hipercolesterolemia (35%), hipertrigliceridemia (30%), intolerancia a la glucosa (16%) y diabetes (4%); con estos datos, el 50% de los adultos chilenos presenta un riesgo cardiovascular alto o muy alto. La ENCAVI 2006 reafirma el que al menos un 90% de la población califica como sedentaria, cifra que afecta mayormente a mujeres y al nivel socioeconómico bajo.

La dieta de la población chilena se ha “occidentalizado” entre la década del 70 y la del 90, con mayor consumo de grasas, alimentos procesados e hipercalóricos, bajo consumo de pescados, legumbres y verduras. Al desagregar las cifras, es factible evidenciar estos cambios con diferencias en el nivel socioeconómico en relación al consumo de alimentos altamente calóricos. Estudios recientes en escolares de Santiago, evidencian una ingesta diaria alta de alimentos calóricos, baja de frutas, verduras y de lácteos. Se estudiaron los hábitos de ingesta y actividad física en escolares de la Región Metropolitana, según establecimiento educacional al que asisten, encontrando diferencias significativas al comparar la realización de actividad física; así, un 70% de los infantes y 90% de los adolescentes tiene tres horas semanales o más de ejercicio programado, 60% de los establecimientos municipalizados, sólo tiene los noventa minutos del programa escolar. Así también, otros estudios nacionales revelan la falta de actividad física y el considerable número de horas frente al televisor en los escolares de NSE bajo, así como su preferencia por los alimentos de alta densidad energética y bebidas publicitados en la televisión (Olivares S. et al, 2004; Olivares S. et al 1999; Olivares S. et al, 2003).

Se presentan a continuación algunos gráficos de la evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010:

En preescolares, se utilizó para su seguimiento la información del estado nutricional de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) que atiende a más de 120.000 niños menores de 5 de todo el país, correspondiendo aproximadamente a un 10% de la población infantil al comparar con los niños bajo control en el sistema público de salud a través del DEIS. El análisis de las cifras desde el 2001 muestra un claro descenso en los últimos 3 años en la prevalencia de la obesidad, aunque sin alcanzar las cifras esperadas en el nivel nacional, pero mostrando una paulatina mejoría. Se destaca que algunas regiones se acercan a la meta del 2010, con cifras cercanas al 7%: O'Higgins, Maule, Atacama y Arica.

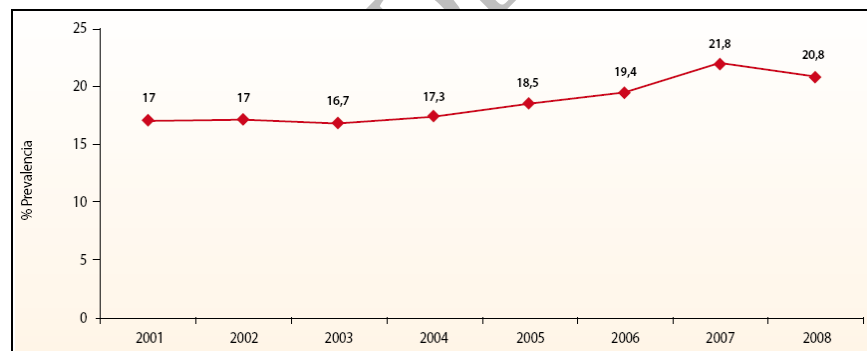
Figura 9. Prevalencia de Obesidad en párvulos. Chile, 2001-2009



Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional de la JUNJI

Las cifras de situación nutricional de escolares de aproximadamente 280 mil estudiantes de 1° básico de todas las escuelas públicas del país, según datos de JUNAEB (1° básico) muestran un significativo y progresivo aumento en la prevalencia de obesidad desde cifras de un 16,7% a cifras superiores al 20%, en sólo 4 años (2003 a 2007). Sin embargo, el 2007 se aprecia por primera vez un quiebre en la curva: desde el 2001 a la fecha ha aumentado la prevalencia en cuatro puntos, inverso a lo esperado de disminuir en la misma cifra, por lo que este objetivo muestra un importante retroceso.

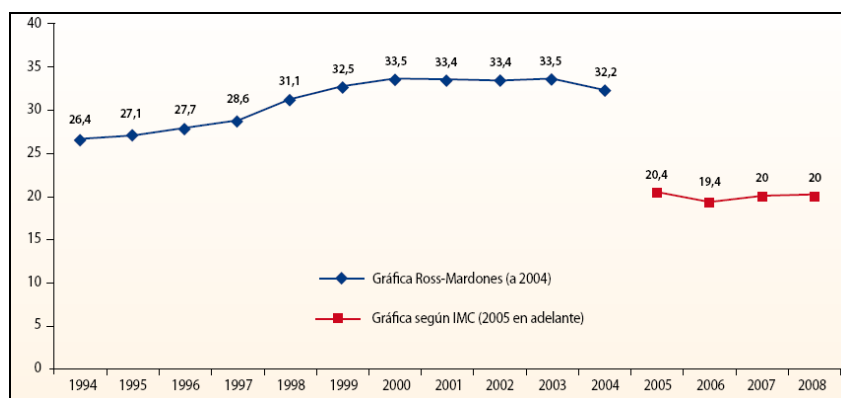
Figura 10. Prevalencia de Obesidad en escolares de 1° básico. Chile, 2001-2008



Fuente: Sistema de información de JUNAEB

En relación a la prevalencia de obesidad en embarazadas controladas en la red asistencial del sistema público de salud, que alcanza a más de 100.000 mujeres, hasta el año 2004 se medía en base a la gráfica Rosso-Mardones y era superior al 30%. El año 2005, después de realizar un estudio piloto y con análisis de expertos, se decide sobre la base de la evidencia, modificar la evaluación nutricional de las gestantes. Desde el 2005 la prevalencia se ha mostrado constante.

Figura 11. Prevalencia de Obesidad en Embarzadas. Chile, 1994 -2008



Fuente: DEIS, MINSAL

Sedentarismo (actividad física insuficiente)

La sociedad ha modificado sus estilos de vida, los que se han visto afectados gradualmente por factores de orden sociológico y sociocultural, como la falta de espacios públicos, la automatización de las ciudades, la informatización de la sociedad, la falta de seguridad, la necesidad de inmediatez de resultados en lo emprendido, la incorporación de la mujer al mundo laboral, entre otros. Estas conductas promueven estilos de vida sedentarios, disminuyendo la motivación hacia la práctica de ejercicio físico.

La OMS ha definido la actividad física como “cualquier movimiento voluntario, producido por la contracción músculo-esquelética que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal”, estableciendo una distinción acerca de la actividad física mínima recomendada. Se sugiere que las personas realicen al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia de al menos cinco veces a la semana. Se entiende por actividad física moderada, la forma de ejercitación en la que existe un consumo de oxígeno entre 45 y 59% de la capacidad máxima de consumo del sujeto, y una frecuencia cardiaca entre el 50 y el 69% de la frecuencia máxima. En las actividades moderadas, el corazón late más rápido de lo normal y, por ejemplo, el sujeto puede hablar pero no cantar.

La práctica de actividad física constituye un factor protector para la salud mental y física de la población, por lo que se asocia al concepto más amplio de salud: desde los aspectos de promoción y prevención de estilos de vida saludable, hasta el rol relevante de la práctica de ejercicio físico controlado en los aspectos terapéuticos de algunas enfermedades.

Por otro lado, la inactividad física incluiría el estado de reposo del cuerpo humano, y todos aquellos movimientos que conllevan a un gasto mínimo de energía que no impactan significativamente la actividad metabólica del organismo. La OMS considera equivalente los conceptos de “inactividad física” y “sedentarismo”. Se entiende por sedentario a quien no realice actividad física y/o deportiva con una frecuencia igual o superior a tres sesiones de 30 minutos a la semana (OMS. Recomendaciones Mundiales sobre la Actividad Física para la Salud. Citado en Health for You Magazine, Enero 2010).

La inactividad física incide de manera importante en la generación del sobrepeso y de la obesidad, y en distintos tipos de enfermedades, tales como: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hipertensiva del corazón, cáncer colorectal, diabetes, cáncer de endometrio, y cáncer de mama. La inactividad física, es una de las diez primeras causas mundiales de defunción y discapacidad.

El interés porque la población desarrolle actividad física es central, pues es una condición basal indispensable para alcanzar mejores estándares de calidad de vida y salud mental. Se puede sostener que las prácticas de actividad física y deporte, además de constituir un importante factor protector para la salud de la población, corresponden a un derecho ciudadano fundamental (Max Neef et al, 1986). La Ley del Deporte (2001) establece que es rol del Estado crear las condiciones para que la población pueda acceder a la práctica de actividad física y sus múltiples beneficios, bajo un marco de calidad que asegure oportunidad, pertinencia, suficiencia y aceptabilidad.

La Encuesta sobre Hábitos Deportivos en población mayor de 18 años, realizada en el 2009, por el Instituto Nacional de Deportes (IND), muestra que un 86,4% de la población es sedentaria, cifra que no ha sufrido variación significativa (0,8%), respecto de la encuesta 2006, donde el sedentarismo alcanzaba un 87,2%.

Las razones descritas por la población son: a) no tiene tiempo: 52,3%; b) no le gusta 8,6%; y c) flojera 5,2%; constituyendo una oportunidad y un desafío, para el país, por tratarse de argumentos de tipo cultural, por lo tanto, modificables. Los temas como falta de recintos 5,1%, y falta de dinero 3,4 %, tienen una valoración muy menor.

Cinco de las quince regiones (Tarapacá, Valparaíso, O'Higgins, Los Lagos, Magallanes), figuran en el 2009 con índices de sedentarismo superiores a los datos 2006. En Tarapacá, el sedentarismo subió del 81,6 al 90,7%; en O'Higgins, del 86,5 al 91,4%; y en Magallanes, del 84,3 al 91,5%. En todos los casos la variación supera el 5%.

No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. La brecha se produce en el nivel socioeconómico, tal como lo reflejan diversos estudios nacionales e internacionales: se observa que a menor nivel socioeconómico el grado de sedentarismo es mayor. Mientras en el segmento ABC1, los no sedentarios alcanzan al 19,1%, en el grupo E sólo llegan al 7,6%, produciéndose una diferencia de 11,5 puntos porcentuales⁵

En términos de práctica de actividad física en el ciclo de vida, la mayor cantidad de personas físicamente activas, se encuentra en el tramo etario entre los 18 y los 25 años, con un 41,9%, llamando la atención el alto porcentaje de personas jóvenes sedentarias.

Parece necesario destacar el grupo comprendido entre los 46 y 55 años, con un 32,5%, de participantes activos, para luego decaer a un 21,4% en el grupo comprendido entre los 56 y los 65 años, y a un preocupante 15,9% en las personas mayores de 65 años. Estos datos señalan la necesidad de focalizar adecuadamente la oferta, al momento de diseñar políticas, planes y programas de fomento de la actividad física.

Chile ocupa el segundo lugar en sedentarismo al compararlo con los otros 16 países que efectúan sus estimaciones a partir de encuestas basadas en metodologías similares.

⁵ Cabe precisar que se estimó el nivel socioeconómico por medio del modelo ESOMAR.

Aún cuando la comunidad ha internalizado el concepto de que “hacer ejercicio físico es bueno para la salud”, las estadísticas muestran que Chile no es un país con cultura física y deportiva.

Sexo Inseguro (conducta sexual de riesgo)

Los comportamientos de riesgo se extienden también a la sexualidad: los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados, así, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado y practican el sexo sin protección, suelen ser los mismos que consumen drogas ilícitas y tienen bajo rendimiento escolar (Jessor R., 2009), y con frecuencia se asocia también el consumo de alcohol. Muchos de estos comportamientos reflejan las pautas existentes, normas sociales y culturales, inequidades, desigualdades y bajos niveles de educación. Por ello, tal como lo plantea la OPS, se requiere de un enfoque de promoción completo e integrado para implementar estrategias de prevención eficaces (Plan Estratégico 2008-2012, OPS).

El comportamiento sexual arriesgado, contribuye significativamente al aumento de las consecuencias negativas para la salud, como el embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual y otras consecuencias de carácter emocionales, sociales y físicas.

En el estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, realizado en Chile el año 2007, los AVISA atribuibles al factor de riesgo sexo inseguro alcanzaron a 28.419 años, teniendo una mayor carga en la mujer, producto principalmente de la infección por virus papiloma y el consecuente cáncer cervicouterino (Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, 2007. MINSAL).

Las prácticas o conductas sexuales inseguras, en particular de los adolescentes y jóvenes, son una realidad en Chile y el mundo. En varios países de la Región de Las Américas y El Caribe, la edad de inicio sexual se ha adelantado y la mayoría de los jóvenes inicia las relaciones sexuales en la adolescencia. En esta región, aproximadamente el 50% de las mujeres entre 15 y 24 años ha iniciado las relaciones sexuales a los 15 años de edad (OPS 2008).

Las conductas sexuales inseguras tienen una alta prevalencia en la población chilena, fundamentalmente en los adolescentes y jóvenes. De acuerdo a la VI Encuesta Nacional de Juventud 2009, el 48% de los adolescentes entre 15 y 19 años declara haber iniciado su vida sexual. La edad de inicio promedio alcanza a 16,7 años, lo que demuestra un adelantamiento de la edad en la que los adolescentes chilenos tienen su primera relación sexual: en 1998 el promedio fue de 17,9 años (Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Comisión Nacional del SIDA-ANRS, 2000).

El indicador es levemente menor en los hombres (16,4 años) que en las mujeres (17,1 años), sin diferencias significativas por nivel socioeconómico. Existe un 10,66% de jóvenes, que se inicia sexualmente antes de los 15 años (ENJ 2009).

El uso de métodos preventivos en la primera relación sexual, es declarado en el 51,4% de los jóvenes, sin diferencias significativas entre ambos sexos, y aunque esta conducta se ha incrementado significativamente en los últimos años, este incremento no ha sido homogéneo: la diferencia entre quienes pertenecen al nivel socioeconómico ABC1 versus el nivel socioeconómico E (76,1% y 39,3% respectivamente), demuestra la inequidad en

el uso, condicionada probablemente por diversos factores y determinantes sociales y culturales. La razón de uso de tecnología preventiva referida mayoritariamente es la prevención del embarazo (90,6%), mientras que la prevención del VIH/SIDA y las ITS es mencionada por el 39,4% y 37,8% respectivamente (ENJ 2009).

El 9,8% de las mujeres y el 31,6% de los hombres jóvenes, declara haber tenido más de una pareja en los últimos 12 meses, demostrando una brecha importante que condiciona una mayor vulnerabilidad de las mujeres en relación a los hombres. Este indicador experimentó un aumento en los jóvenes en el último decenio, pasando de 10,9% en promedio en 1998 (Comisión Nacional del SIDA-ANRS, 2000) a 16,5% en 2006 (ENCAVI).

Según la ENCAVI, la conducta de más de una pareja sexual es una condición que se mantiene en la edad adulta, manteniéndose también la diferencia observada entre ambos sexos, aunque ésta es menor (2% y 12% respectivamente). Las diferencias de género en el ámbito de la sexualidad y las conductas de exposición al riesgo se ven agravadas por la escasa percepción de riesgo, y casi nula utilización de prácticas preventivas, particularmente en las mujeres adultas de nivel socioeconómico bajo (Comisión Nacional del SIDA, 2006).

Dentro de los datos que aportan las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. (MINSAL, 2006), el embarazo adolescente, entendido como el embarazo de las mujeres menores de 19 años de edad, y los nacimientos no deseados, tienen mayor riesgo de problemas de salud tanto para la madre como para el niño, además de las consecuencias de tipo emocional, económicas y educacionales. Las adolescentes menores de 15 años enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones del embarazo y parto 4 a 8 veces mayor que la observada en el grupo de 15 a 19 años. También existen consecuencias psicosociales como la interrupción del proceso educativo, lo que disminuye las oportunidades de ingresar al mercado del trabajo más calificado, la limitación de la participación en actividades propias del grupo de pares y los costos emocionales de una maternidad no planeada. Una alta proporción de embarazos en la adolescencia no son deseados y muchas veces son originados por abusos sexuales (Diagnóstico de la Situación del Embarazo en la Adolescencia, en Chile. MINSAL, UNFPA, FLACSO-Chile. 2008)

En Chile, el año 2004 hubo 34.413 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, de los cuales el 88,3% eran el primer hijo/a, el 10,6% el segundo hijo/a y un 1,1% el tercero o más hijos (INE). En una proporción importante, los hijos de madres adolescentes tienen también padres adolescentes: en el año 2003, un 24,7% de los progenitores de niños cuyas madres tenían entre 15 y 19 años, tenían también esa misma edad.

La declaración de embarazo no planificado por parte de los adolescentes entre 15 y 19 años, alcanzó a 17,1%, de acuerdo a la VI Encuesta Nacional de Juventud de 2009, esta cifra experimentó un incremento en comparación con la V Encuesta Nacional de Juventud del año 2006, la que fue de 15,9% en ese mismo grupo de edad.

Al inicio de la década, la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años alcanzaba a 63.56 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, se observó una tendencia a la baja hasta el año 2004 alcanzando ese año a 48,77. En los años siguientes, se inició un ascenso progresivo que llegó a una tasa de 54.66 en el 2007 (DEIS, MINSAL). Durante el año 2008, hubo un total de 246.581 nacimientos en el país, de los cuales un 16,6%

correspondió a hijos de madres menores de 19 años. Durante el año 2007, se registraron 955 nacidos vivos hijos de madres menores de 15 años, la tasa de fecundidad aumentó de 1,0 en 1999 a 1,2 en 2007, en este grupo etario (DEIS, MINSAL).

En los Objetivos Sanitarios para la década 2000–2010, se definió la meta de reducción del embarazo no planificado en un 30%, bajando la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 entre las adolescentes entre 15 y 19 años y a 0 la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años. En ambas se avanzó en forma importante aunque no se logró la meta propuesta, alcanzando a 53,4 y 2,2 respectivamente. La fecundidad en la población adolescente sigue siendo un desafío.

Los promedios nacionales ocultan una profunda inequidad por nivel socioeconómico. De acuerdo a estudio realizado en el año 2003 por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva-ICMER la proporción de nacidos vivos hijos de madres adolescentes según comuna de residencia de ellas, fue de 1,2% en Vitacura y de 21,6% en La Pintana, mostrando que las comunas con más altos ingresos tienen las menores proporciones (Luengo X. et al, 2003). Otro análisis publicado el año 2008, comparó las tasas de nacidos vivos de madres adolescentes según Índice de Desarrollo Humano de Ingreso del año 2006, los resultados muestran que mientras en la comuna de La Pintana, la tasa de fecundidad en adolescentes fue de 80,9 (IDH de Ingreso = 0,583), en la comuna de Vitacura fue de 6,8 (IDH = 1,000) (MINSAL, UNFPA, FLACSO-Chile. 2008).

La situación del VIH/SIDA en Chile se encuentra documentada en otro OE.

Las ITS afectan principalmente a población entre los 20 y los 44 años, el 55% de las ITS notificadas en los últimos 10 años, correspondieron a adolescentes y jóvenes, mientras que el 35% a personas entre 30 y 49 años (Informe Epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Departamento de Epidemiología, MINSAL, 2009). Durante los años 2006-2008 se notificaron un total de 5.755 casos de ITS en los 6 centros de atención que constituyen la red centinela en el país: el 37,8% fueron hombres y el 62,2% mujeres. La patología más frecuente fue el condiloma acuminado con un 42%, seguido por sífilis (todas sus formas) con un 13,6% y uretritis no gonocócica con un 11,5%. El condiloma acuminado, causado por el virus papiloma humano, ha mostrado una tendencia al aumento durante los últimos años y su relación con el cáncer de cuello de útero la hace una enfermedad que debe ser prevenida y controlada a tiempo.

Uno de los indicadores de exposición a sexo inseguro es el uso del preservativo en forma consistente (siempre/casi siempre). En población adolescente de 15 a 19 años activos sexualmente llega a 43,8% en el año 2006, de acuerdo a los resultados de la V Encuesta Nacional de Juventud. En otra medición poblacional, la ENCAVI 2006, el mismo indicador fue de 37,9%.

La efectividad del preservativo está mediada por su uso correcto y consistente, siendo necesario avanzar hacia la protección sostenida, especialmente en población adolescente que presenta una alta frecuencia de intercambio de parejas sexuales. Una aproximación a la protección sostenida se puede obtener al medir la tasa de uso de preservativo en la última relación sexual. En la VI ENJ 2009, ésta alcanzó a 44,3% en población adolescente de 15 a 19 años. Otra forma de acercamiento es la medición del uso del preservativo en la iniciación sexual: la V ENJ obtuvo una cifra de 50,8% en el grupo de 15 a 19 años, similar al valor obtenido en la ENCAVI 2006 (50,1%).

Se debe indicar que el uso de preservativo en el inicio sexual no se distribuye en forma homogénea entre los adolescentes y jóvenes, siendo los más pobres los que menos lo usan. En la ENCAVI 2006, la declaración de uso de condón en el inicio sexual fue de 8% entre las personas pertenecientes al primer quintil de ingreso y de 26% en aquellas del quinto quintil de ingreso. Ello señala diferencias en el acceso a información y recursos. Otro aspecto a considerar es que los jóvenes mencionan como principal motivo de uso la prevención de embarazo, señalando en menor proporción la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Por último, no se ha logrado instalar la necesidad de uso consistente del preservativo a través del tiempo: los estudios muestran que la declaración de uso de condón disminuye con la edad, incrementándose la proporción en la declaración de uso de píldoras anticonceptivas (ENJ 2009).

BORRADOR DE CONSULTA

Metas OE Factores de riesgo

Meta 1:

Aumentar la tasa de mayores de 15 años con salud óptima (no fuma, IMC<25, realiza al menos 150 min de AF moderada semana, consume al menos 5 porciones de frutas y verduras, colesterol <200, PA<120/80 y glicemia <100 mg/dl, sin consumo alcohol de alto riesgo)

Meta 2:

Reducción de la prevalencia de consumo de tabaco último mes en población 12-64 años

Meta 3:

Reducción de la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en jóvenes de 12 a 25 años

Meta 4:

Desaceleración de la tendencia creciente de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil (menores de 6 años)

Meta 5:

Aumentar prevalencia de actividad física suficiente en población mayor a 18 años

Meta 6:

Aumentar prevalencia de Conducta Sexual Segura en adolescentes y jóvenes (15 a 19 años)

Meta 7:

Disminuir prevalencia de Consumo de Drogas durante último año (marihuana, pasta base y cocaína) en población general