

Importancia de la lactancia materna

En 1997, la Organización Panamericana de la Salud envió cuestionarios a 34 países de la Región para evaluar las prácticas y actividades de lactancia materna como parte de la puesta en vigor del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la iniciativa del Hospital Amigo del Niño. De los 25 países que respondieron el cuestionario, 20 han adoptado oficialmente el Código Internacional ya sea como legislación o por decreto ministerial, pero muchos no han establecido todavía planes de ejecución y vigilancia. Además, 22 países declararon que habían establecido un comité nacional de lactancia materna, y ya se han creado comités sobre la iniciativa del Hospital Amigo del Niño en 17 países.

Las organizaciones no gubernamentales trabajan activamente en la promoción de la lactancia materna en 20 países; 22 han redactado normas para la lactancia materna, divulgadas a todo el personal de salud, y 18 tienen un plan de acción para poner en práctica la iniciativa del Hospital Amigo del Niño. Se ha designado un total de 981 hospitales como "amigos del niño" y, según se informa, otros 921 tienen un certificado de compromiso para convertirse en hospitales así designados. Solo seis de los países declarantes carecen de estos hospitales. Todos los países han hecho lo posible por prohibir la distribución de sucedáneos de la leche materna gratuitos o de bajo costo.

Todos los países declararon que tenían un programa de capacitación en manejo de la lactancia y 18 tienen otro programa para evaluadores de los hospitales amigos del niño. En 22 países se han puesto en marcha programas educativos para promover la lactancia materna entre el público y en 18 se emplean los medios de comunicación con ese mismo fin.

En todos los países se ha establecido por ley una licencia mínima de maternidad pagada de 12 semanas y en 18 de ellos esa legislación comprende al menos dos recesos de media hora en un día laboral de 8 horas para que las nuevas madres amamenten a sus hijos. Sin embargo, en la mayoría de los países las trabajadoras del sector informal no están amparadas por esas leyes.

Los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud o de otras encuestas muestran que las tasas de iniciación de la lactancia materna pasan de 90% en todos los países y varían entre 90% en Belice y 98% en el Brasil. Por contraste con las altas tasas de iniciación de la lactancia materna, las mujeres amamantan exclusivamente a sus hijos (lo que se define como la práctica de dar leche materna como única fuente de alimento o de líquido) solo por períodos muy breves. La duración mediana de la lactancia materna exclusiva oscila entre 0,3 meses en el Paraguay y 2 meses en el Ecuador. Esos breves períodos son motivo de profunda preocupación, dado que la lactancia materna exclusiva confiere máxima protección contra la morbilidad y mortalidad infantil (118-120).

Además, la mayor reducción del número de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna ocurre en los dos primeros meses de vida, la misma edad en que la lactancia materna confiere máxima protección contra las enfermedades diarreicas y respiratorias.

Por ejemplo, en Belice, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Paraguay, la duración mediana de la lactancia materna es de alrededor de un año, y el período de máxima incidencia de diarrea suele ser de los 9 a los 12 meses de edad. Durante la enfermedad diarreica, los lactantes reducen la ingestión de otros alimentos pero siguen consumiendo leche materna. Por tanto, la lactancia materna continua durante este período reviste importancia crítica para amortiguar los efectos desfavorables de la diarrea en el estado nutricional. Puesto que el cese de la lactancia materna tiende a ser permanente, el período comprendido entre la primera semana y el primer mes después del parto es una época ideal para tratar de prolongar la duración de esa práctica. Las pruebas obtenidas recientemente indican que cuando se eliminan las restricciones existentes para la práctica de la lactancia materna y se ofrece apoyo e información a las mujeres hospitalizadas para la atención del parto, se puede prolongar mucho la duración de la lactancia materna exclusiva (121). La promoción de la lactancia en los hospitales también es sumamente eficaz en función del costo (122).

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares incluyen un grupo de afecciones del aparato circulatorio, entre las que se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva. Las dos primeras constituyen las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes y comparten, junto con la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis, factores de riesgo comunes que pueden ser identificados tempranamente y sobre los cuales se puede intervenir favorablemente, lo que facilita su prevención y control.

Se estima que en el año 2000 el número de defunciones por causas circulatorias en América Latina y el Caribe será de 1.100.000, que representa casi 50% de las defunciones por enfermedades no transmisibles y aproximadamente 31% de las producidas por todas las causas (123). Igualmente, las defunciones por enfermedades cardiovasculares seguirán representando casi 50% de las defunciones por enfermedades no transmisibles hasta el año 2020, pero su proporción aumentará a 34% del total de muertes en el año 2010 y a 37% en el 2020.

A falta de información sobre morbilidad y factores de riesgo, las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, han sido la forma tradicional de expresar y comparar la magnitud de los problemas de salud de un país o territorio. Sin embargo, estas

tasas no tienen en cuenta la trascendencia sociosanitaria y económica de las defunciones, especialmente si se considera el valor que la sociedad concede a la salud y el empeño que pone en evitar la muerte en las etapas más tempranas y en el período productivo de la vida.

En el caso de las enfermedades cardiovasculares, el uso de indicadores de mortalidad prematura también tiene interés por otras razones. Estas enfermedades ocurren con mayor frecuencia a medida que avanza la edad y no sería razonable esperar que pudieran prevenirse, sino solamente retrasar su aparición y la defunción de quienes las padecen. Así, el concepto de mortalidad prematura adquiere una connotación preventiva, ya que la mayoría de las defunciones ocurridas antes de determinada edad pueden considerarse indicativas de las deficiencias en la prevención y el tratamiento clínico del problema. En este contexto, la mortalidad prematura puede interpretarse como la consecuencia de ocasiones perdidas para la prevención, y su comparación —entre zonas geográficas o en el tiempo— puede expresar una influencia desigual de los determinantes de la salud de la población y de la promoción de la salud, y la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Como indicador de la mortalidad prematura se ha elegido la tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) desde el nacimiento hasta la edad de 64 años, basada en la mortalidad registrada. Estas tasas se presentan como la media anual de cada período de cinco años desde 1960 a 1994, con objeto de evitar su variabilidad excesiva en los países más pequeños y suavizarlas en el análisis de tendencias. Además, las tasas medias quinquenales de APVP presentadas aquí —a las que se llamará tasas de APVP en el resto de esta sección— corresponden a los países que tienen valores de mortalidad registrada para al menos dos años de cada lustro, están ajustadas por edad usando la población estándar mundial y están expresadas por 100.000 habitantes.

Magnitud de la mortalidad prematura

La mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares varía sustancialmente de un país a otro. El país con tasas más altas de APVP por enfermedades cardiovasculares es la Argentina, tanto en hombres como en mujeres. A esta cifra elevada contribuye mucho la alta proporción de defunciones codificadas como paro cardíaco, que podría indicar una calidad dudosa de la certificación médica de las defunciones por enfermedades cardiovasculares. Le siguen dos países del Caribe, Trinidad y Tabago y Suriname, además del Brasil y Venezuela, en hombres, y Trinidad y Tabago, Brasil y El Salvador, en mujeres. Los países con tasas más bajas son Canadá, Costa Rica y Chile, tanto en hombres como en mujeres.

Tres países del Caribe —Trinidad y Tabago, Suriname y Cuba— y otro con costa en el Caribe —Venezuela— presentan las tasas más altas de APVP por enfermedad isquémica del corazón, tanto en hombres como en mujeres, mientras que el Ecuador y Chile tienen las más bajas. Hay que señalar que en un amplio grupo de países las tasas en mujeres son bajas.

Las tasas más altas de APVP por enfermedad cerebrovascular se presentan en Brasil, Argentina y Trinidad y Tabago, tanto en hombres como en mujeres, seguidos por Barbados y El Salvador en hombres y por Suriname y Colombia en mujeres. En el caso de la enfermedad hipertensiva, las tasas más altas se encuentran en Trinidad y Tabago, Brasil, Venezuela y Colombia, tanto en hombres como en mujeres, y Suriname, que tiene la tasa más alta en hombres.

Tendencias de la mortalidad prematura

Para el análisis de las tendencias se han incluido 13 de los 16 países con información disponible para el quinquenio 1990–1994. En estos países se han podido calcular las tasas de APVP por enfermedades cardiovasculares en al menos seis de los siete períodos quinquenales desde el quinquenio 1960–1964. Para la enfermedad isquémica del corazón la información es algo más incompleta en Argentina, Colombia, El Salvador y Trinidad y Tabago. Para cada causa se presenta el cambio medio quinquenal experimentado por tres indicadores: la tasa de APVP, la razón entre la tasa de APVP del grupo de 15 a 44 años y la del grupo de 45 a 64 años, y la razón entre la tasa de APVP de hombres y mujeres.

Todas las enfermedades cardiovasculares

El Cuadro 22 muestra el cambio medio quinquenal de las tasas de APVP por 100.000 habitantes a lo largo de los 35 años analizados, para cada país y causa, el error estándar de este cambio, así como la probabilidad de que este cambio sea distinto de 0. De los 13 países seleccionados, 7 muestran un descenso estadísticamente significativo de las tasas de APVP. Solo un país, El Salvador, presenta un aumento de la tasa. En los otros cinco países no se observan cambios estadísticamente significativos, si bien en todas las tasas muestran una tendencia a disminuir. En México, a partir del quinquenio 1970–1974, como en la Argentina, a partir del período 1975–1979, se observan fuertes descensos estadísticamente significativos de las tasas estudiadas; de hecho, el descenso observado en México es el de mayor magnitud de todos los experimentados por los países en el mismo período.

En cuatro de los siete países que han experimentado un descenso de las tasas de APVP para el conjunto de enfermedades cardiovasculares —Chile, Colombia, Costa Rica y Tri-

CUADRO 22
Cambio medio por quinquenio de las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP), por país y causa de defunción, 1960–1994.

Enfermedades cardiovasculares				Enfermedad isquémica del corazón				Enfermedad cerebrovascular				Enfermedad hipertensiva			
País ^a	Cambio ^b	E.E. ^c	p ^d	País	Cambio	E.E.	p	País	Cambio	E.E.	p	País	Cambio	E.E.	p
Trinidad y Tabago	-156,9	15,9	0,00	Estados Unidos	-76,0	8,6	0,00	Trinidad y Tabago	-75,8	9,8	0,00	Trinidad y Tabago	-27,7	4,0	0,00
Colombia	-131,7	4,1	0,01	Argentina	-50,5	5,7	0,01	Chile	-36,4	1,7	0,00	Barbados	-26,5	2,8	0,00
Canadá	-127,7	9,9	0,00	Canadá	-49,8	11,5	0,01	Barbados	-34,5	13,1	0,04	Estados Unidos	-9,3	3,7	0,04
Chile	-127,7	9,9	0,00	Chile	-22,5	2,1	0,00	Colombia	-23,5	8,3	0,04	Cuba	-7,7	1,7	0,01
Barbados	-124,7	15,3	0,00					Estados Unidos	-23,0	2,5	0,00	Chile	-7,5	0,8	0,00
Estados Unidos	-109,6	7,7	0,00					México	-21,0	4,7	0,01	Argentina	-7,1	1,6	0,01
Costa Rica	-92,9	17,7	0,00					Costa Rica	-17,2	5,0	0,02	Canadá	-4,7	0,9	0,00
								Canadá	-15,0	1,5	0,00	Costa Rica	-4,5	0,6	0,00
								Nicaragua	-11,8	1,8	0,00				
								Argentina	-9,2	1,9	0,01				
México ^e	-80,2	45,7	0,14	Trinidad y Tabago	-27,7	9,4	0,06	Cuba	-4,8	3,5	0,24	Colombia	-4,0	2,2	0,15
Nicaragua	-43,6	30,4	0,22	Colombia	-11,3	5,6	0,13	Venezuela	-0,4	3,2	0,91	Venezuela	-2,0	1,6	0,27
Cuba	-23,5	11,7	0,11	Barbados	2,6	12,6	0,85	El Salvador	3,7	3,5	0,37	México	-0,4	0,9	0,64
Venezuela	-17,2	10,4	0,16	Costa Rica	3,7	2,2	0,16					El Salvador	-0,2	0,2	0,24
Argentina ^f	29,9	36,2	0,46	Venezuela	8,5	5,1	0,16								
				Cuba	9,7	5,3	0,14								
				El Salvador	30,3	12,2	0,13								
El Salvador	74,3	12,2	0,03	México	7,2	2,8	0,04					Nicaragua	4,7	1,5	0,04
				Nicaragua	14,3	1,7	0,00								

^a Los países están ordenados en tres grupos, según el cambio sea un descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$), un cambio estadísticamente no significativo o un aumento estadísticamente significativo y dentro de cada grupo según la magnitud del cambio.

^b Número de años potenciales de vida perdidos por cada 100.000 habitantes que ha aumentado o disminuido la tasa de APVP en promedio cada quinquenio.

^c Error estándar del cambio de la tasa media quinquenal de APVP.

^d Probabilidad de que el cambio de la tasa media quinquenal de APVP sea distinto de 0.

^e Desde el quinquenio 1970–1974 el cambio es de -211,8; $p=0,00$.

^f Desde el quinquenio 1975–1979 el cambio es de -114,4; $p=0,01$.

nidad y Tabago—, este descenso se produjo más rápidamente entre las personas de 15 a 44 años de edad que entre las de 45 a 64 (Cuadro 23). Sin embargo, en Barbados, Canadá y los Estados Unidos de América, el descenso fue similar en ambos grupos de edad. De los países donde el descenso de las tasas de APVP se inició más tarde en el período estudiado, en México el descenso fue más rápido entre los mayores de 45 años, y en la Argentina el descenso fue igual entre los mayores y menores de 45 años. La explicación de este fenómeno de compresión relativa de la mortalidad prematura hacia las edades más próximas a los 65 años en algunos países requiere un análisis detallado de la incidencia y letalidad por cohortes de estas enfermedades que escapa a las posibilidades actuales, dada la limitación de la información disponible.

En general, el cambio de las tasas de APVP para todas las enfermedades cardiovasculares ha sido mayor en los hombres que en las mujeres. Excepto en Argentina, Barbados, Canadá y los Estados Unidos, la razón entre las tasas de APVP por todas las enfermedades cardiovasculares en los hombres y en las mujeres ha aumentado de manera estadísticamente significativa (Cuadro 24). En Colombia, Costa Rica, El Salvador, México y Nicaragua esta razón era cercana a 1 al comienzo de la serie temporal estudiada, pero en los períodos más recientes ha sido significativamente mayor que 1. Estos países se caracterizan porque en ellos no disminuyeron las tasas de APVP o, si lo hicieron, las tasas iniciales eran de magnitud relativamente pequeña comparada con las de los otros países.

Enfermedad isquémica del corazón

En la mayoría de los países existe una tendencia a la disminución de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en pocos países han disminuido las tasas de APVP debido a enfermedad isquémica. En 4 de los 13 países analizados (Argentina, Canadá, Chile y Estados Unidos) hubo disminuciones significativas (véase el Cuadro 22), mientras que en México y Nicaragua han aumentado. En el resto de los países hubo una ligera tendencia a aumentar, aunque no estadísticamente significativa.

En México el incremento se produjo a expensas del grupo de 45 a 64 años, mientras que en el de 15 a 44 años disminuyó, lo que se puede considerar una compresión absoluta de la mortalidad prematura hacia los grupos de edad más avanzada (véase el Cuadro 23). En Nicaragua, sin embargo, se observa un incremento de las tasas de APVP en todos los grupos de edad. En los países en los que se han producido descensos de las tasas de APVP, esta disminución ocurrió en todos los grupos de edad por igual, excepto en Chile, donde se produjo una compresión relativa de la mortalidad prematura hacia el grupo de 45 a 64 años. Otros países en los que se ha

producido una situación similar de compresión son Colombia y Costa Rica. En Colombia se observó un incremento de las tasas de APVP en todos los grupos de edad hasta el período 1975–1979, a partir del cual las tasas disminuyen en los grupos más jóvenes pero permanecen al mismo nivel en las personas de 45 a 64 años. En Costa Rica, las tasas de mortalidad prematura han disminuido ligeramente en los grupos de edad menores de 45 años, que se compensa con un ligero aumento en el de 45 a 64 años, lo que explica que la tasa global haya permanecido estable. Es lo que se denomina una compresión relativa pero de escasa magnitud.

Las tasas de APVP en los hombres son sustancialmente más altas que en las mujeres. De hecho, el predominio de la mortalidad prematura en los hombres se atribuye a muertes prematuras por enfermedad isquémica del corazón, que es de tres a cinco veces más frecuente en los hombres que en las mujeres en la mayor parte de los países. Esta diferencia no solo se ha mantenido en el tiempo sino que ha aumentado significativamente en 6 de los 13 países analizados. La razón de masculinidad de las tasas de APVP, sin embargo, ha disminuido en el Canadá y los Estados Unidos, pero sigue figurando entre las más altas del continente (véase el Cuadro 24).

Enfermedad cerebrovascular

En la mayoría de los países las tasas de APVP por enfermedad cerebrovascular han disminuido de manera significativa excepto en Cuba, El Salvador y Venezuela (Cuadro 22).

La contribución de cada grupo de edad a las tasas de APVP ha variado en cinco países: Canadá, Colombia, Cuba, México y Nicaragua (Cuadro 23). En todos ellos las tasas correspondientes a las personas de 15 a 44 años se han reducido, y en Colombia, México y Nicaragua este descenso ha sido más rápido que el experimentado en el grupo de 45 a 64 años. Sin embargo, en el Canadá el declive de la tasa en los más jóvenes no fue tan rápido como en el grupo de 45 a 64 años, mientras que en Cuba esta última tasa aumentó, compensando el descenso de la tasa en los más jóvenes. En los demás países la composición por edad de las tasas de APVP ha permanecido más o menos estable a lo largo del tiempo.

La razón de masculinidad de las tasas de APVP ha permanecido estable durante los siete quinquenios estudiados excepto en Cuba y los Estados Unidos (Cuadro 24). En estos dos países se ha observado un aumento relativo de las tasas en los hombres, aunque algo más notable en Cuba, que constituye un caso especial. Cuba es de los pocos países en los que la tasa de APVP por enfermedad cerebrovascular presenta una tendencia estable, pero la composición interna de esta tasa ha variado sustancialmente con un incremento de las tasas específicas en los hombres y en el grupo de edad de 45 a 64 años.

CUADRO 23

Cambio porcentual medio por quinquenio de la razón de edad^a de las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP), por país y causa de defunción, 1960-1994.

Enfermedades cardiovasculares				Enfermedad isquémica del corazón				Enfermedad cerebrovascular				Enfermedad hipertensiva			
País ^b	Cambio ^c	E.E. ^d	p ^e	País	Cambio	E.E.	p	País	Cambio	E.E.	p	País	Cambio	E.E.	p
								Canadá	-8,4	3,0	0,04				
Canadá	-2,1	2,3	0,40	El Salvador	-30,1	12,7	0,14	Barbados	-48,1	33,8	0,21	Nicaragua	-29,4	36,5	0,47
Estados Unidos	-0,9	2,7	0,75	Nicaragua	-3,7	4,8	0,49	Costa Rica	-3,7	4,8	0,48	El Salvador	-3,6	8,7	0,69
Argentina	0,1	1,1	0,90	Cuba	-0,5	7,1	0,95	Argentina	-3,7	1,8	0,10	Cuba	2,8	6,5	0,69
El Salvador	0,3	2,6	0,93	Barbados	0,1	31,5	1,00	Venezuela	-2,7	1,1	0,06	Venezuela	3,3	4,1	0,46
Barbados	3,0	4,2	0,51	Canadá	0,9	2,9	0,76	Estados Unidos	-1,4	1,7	0,44	Trinidad y Tabago	11,0	9,3	0,29
Venezuela	3,8	3,1	0,27	Argentina	2,0	5,2	0,74	El Salvador	3,0	2,0	0,23	Costa Rica	12,4	5,8	0,08
				Estados Unidos	6,4	3,1	0,10	Chile	4,5	1,9	0,07	Estados Unidos	12,6	8,0	0,18
				Venezuela	9,2	8,8	0,35	Trinidad y Tabago	12,5	7,5	0,16	Barbados	19,6	38,9	0,64
Nicaragua	5,9	1,3	0,01	México	13,7	3,0	0,01	México	11,4	1,3	0,00	México	14,7	2,4	0,00
Costa Rica	12,6	1,5	0,00	Costa Rica	17,8	3,2	0,00	Nicaragua	11,4	3,6	0,03	Argentina	15,5	2,4	0,00
Cuba	13,6	1,3	0,00	Colombia	29,0	4,6	0,01	Colombia	14,9	1,6	0,00	Colombia	17,8	3,1	0,00
México	14,8	1,9	0,00	Chile	45,4	3,1	0,00	Cuba	15,0	1,7	0,00	Canadá	28,1	10,1	0,04
Trinidad y Tabago	16,8	3,2	0,01	Trinidad y Tabago	61,9	7,2	0,00					Chile	30,3	8,2	0,01
Colombia	18,3	1,7	0,00												
Chile	18,9	1,8	0,00												

^aRazón de edad = Tasa media quinquenal de APVP en el grupo de 45 a 64 años / Tasa media quinquenal de APVP en el grupo de 15 a 44 años.

^bLos países están ordenados en tres grupos, según el cambio sea un descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$), un cambio estadísticamente no significativo o un aumento estadísticamente significativo y dentro de cada grupo según la magnitud del cambio.

^cCambio porcentual promedio en cada quinquenio de la razón de edad.

^dError estándar del cambio de la razón de edad.

^eProbabilidad de que el cambio de la razón de edad sea distinto de 0.

CUADRO 24
**Cambio porcentual medio por quinquenio de la razón de masculinidad^a de las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP),
 por país y causa de defunción, 1960–1994.**

Enfermedades cardiovasculares				Enfermedad isquémica del corazón				Enfermedad cerebrovascular				Enfermedad hipertensiva			
País ^b	Cambio ^c	E.E. ^d	p ^e	País	Cambio	E.E.	p	País	Cambio	E.E.	p	País	Cambio	E.E.	p
				Estados Unidos	-2,6	0,5	0,00								
				Canadá	-2,3	0,4	0,00								
Barbados	-1,3	1,6	0,45	Barbados	-4,1	4,4	0,40	Venezuela	-0,6	0,7	0,44	Barbados	-9,6	3,8	0,05
Estados Unidos	0,1	0,6	0,94	Trinidad y Tabago	-1,4	0,7	0,14	Argentina	-0,1	1,0	0,94	Nicaragua	-3,5	10,2	0,75
Canadá	0,2	0,7	0,79	Argentina	-1,1	0,4	0,13	México	-0,1	0,5	0,80	El Salvador	-2,0	5,9	0,76
Argentina	0,8	0,9	0,43	Venezuela	0,8	0,8	0,34	Costa Rica	0,2	0,9	0,84	Costa Rica	-0,7	2,7	0,80
				Nicaragua	5,2	3,6	0,23	Canadá	0,6	0,4	0,21	Trinidad y Tabago	0,0	1,4	0,99
								Barbados	1,5	3,9	0,72	Argentina	1,1	1,2	0,41
								Colombia	1,8	0,8	0,08	Venezuela	2,4	1,5	0,18
								Chile	1,9	1,0	0,12	Cuba	4,1	3,6	0,32
								El Salvador	2,2	2,0	0,35	Chile	7,4	3,1	0,06
								Trinidad y Tabago	2,3	2,4	0,39				
								Nicaragua	5,1	3,8	0,25				
Venezuela	2,4	0,5	0,01	El Salvador	4,4	0,7	0,02	Estados Unidos	1,5	0,1	0,00	Colombia	3,0	1,0	0,04
Nicaragua	4,4	1,5	0,04	Cuba	5,6	1,4	0,02	Cuba	4,6	1,1	0,01	México	3,9	1,3	0,03
México	7,0	0,4	0,00	Costa Rica	7,3	2,3	0,02					Canadá	6,8	2,7	0,04
Colombia	7,5	0,3	0,00	Colombia	8,3	0,6	0,00					Estados Unidos	13,4	1,5	0,00
Trinidad y Tabago	4,7	1,0	0,01	México	9,7	1,4	0,00								
Cuba	6,7	0,7	0,00	Chile	13,9	3,3	0,01								
Chile	9,0	1,5	0,00												
El Salvador	10,4	0,6	0,00												
Costa Rica	11,0	1,1	0,00												

^a Razón de masculinidad = Tasa media quinquenal de APVP de los hombres/ Tasa media quinquenal de APVP de las mujeres.

^b Los países están ordenados en tres grupos, según el cambio sea un descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$), un cambio estadísticamente no significativo o un aumento estadísticamente significativo y dentro de cada grupo según la magnitud del cambio.

^c Cambio porcentual promedio en cada quinquenio de la razón de masculinidad.

^d Error estándar del cambio de la razón de masculinidad.

^e Probabilidad de que el cambio de la razón de masculinidad sea distinto de 0.

Enfermedad hipertensiva

Las tasas de APVP por esta enfermedad solo han aumentado en Nicaragua. En Colombia, El Salvador, México y Venezuela no han variado, y en el resto de los países analizados las tasas han disminuido significativamente, en especial en los países de habla inglesa del Caribe (Cuadro 22).

En 5 de los 13 países —Argentina, Canadá, Chile, Colombia y México— las tasas de APVP han disminuido más en el grupo de 15 a 44 años que en el de 45 a 64 años. En México, las de este último grupo de edad han permanecido estables (Cuadro 23). En Barbados, Colombia, México y Nicaragua las tasas de APVP en las mujeres son consistentemente más elevadas que en los hombres a lo largo del período estudiado. En los tres últimos países no han disminuido las tasas de APVP (Cuadro 22). En México y Colombia, no obstante, la razón de masculinidad ha aumentado con el tiempo y en el último quinquenio no hubo diferencias significativas entre las tasas de ambos sexos. El Canadá y los Estados Unidos son los otros dos países en los que la razón de masculinidad ha aumentado significativamente, y en el último quinquenio eran los que tenían las cifras más altas para este indicador. En el Canadá, por cada año de vida potencial que perdieron las mujeres entre 1990 y 1994, los hombres perdieron dos.

Perspectivas de prevención y control

Las tasas de mortalidad prematura por todas las enfermedades cardiovasculares han disminuido en muchos países de América Latina y el Caribe. Si bien en algunos países las tasas de mortalidad prematura han aumentado, como en El Salvador, la República Dominicana y otros países de América Central, se puede concluir que en América Latina y el Caribe la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares tiene una tendencia descendente. Este declive parece real y no depende de cambios de diagnóstico o codificación, o de factores cualitativos del registro.

En la mayoría de los países el subregistro de la mortalidad es bajo, con excepción de El Salvador y Nicaragua, donde es alto, y de Colombia y México, donde es intermedio. La calidad del registro de la causa de defunción es generalmente buena (124), salvo en El Salvador, por lo que las tasas de APVP calculadas con la mortalidad registrada no debieran ser muy diferente de las reales, teniendo en cuenta que la magnitud y la calidad del registro de las defunciones suelen ser más bajas en los grupos de edades más extremas y, por ese motivo, de menor impacto en el análisis de la mortalidad prematura.

El descenso de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares se debe fundamentalmente a la disminución de las tasas correspondientes a las enfermedades cerebrovascular e hipertensiva. Este descenso se atribuye al mayor con-

trol de la hipertensión arterial mediante tratamientos oportunos y eficaces. Solo cuatro países muestran una tendencia descendente de la enfermedad isquémica del corazón, ya que la mayoría de los países presentan una ligera tendencia al aumento. La interpretación de las tendencias observadas de la enfermedad isquémica debe considerar el registro erróneo de una cantidad variable de defunciones por esta causa, como la disritmia y la insuficiencia cardíaca. Se desconoce la magnitud de este problema, pero se sospecha que en algunos países, como por ejemplo la Argentina, puede ser importante. Tomando en cuenta que la calidad del registro de las defunciones por enfermedad isquémica ha mejorado con el tiempo, la consideración de este problema no debiera modificar la tendencia decreciente de la mortalidad prematura por esta causa en la Argentina. Sin embargo, en otros países donde la tendencia es ligeramente ascendente, la consideración de este factor podría modificar las tasas de APVP.

En América Latina y el Caribe se aprecian dos curvas epidémicas claramente diferenciadas, a saber, una descendente correspondiente a las enfermedades cerebrovascular e hipertensiva, y otra estable o ligeramente ascendente, la de la enfermedad isquémica. Esta situación plantea dos desafíos: por una parte, mantener e incrementar el descenso de las enfermedades cerebrovascular e hipertensiva y, por otra, buscar el punto de inflexión de la curva epidémica de la enfermedad isquémica del corazón.

Existe consenso sobre la necesidad de abordar esta tarea mediante la puesta en práctica de programas integrados de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo (125). Programas como el de Karelia del Norte en Finlandia han demostrado que se puede reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante intervenciones dirigidas a disminuir la prevalencia de solo tres factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión e hipercolesterolemia (126). Datos recientes de los Estados Unidos revelan que 50% de la disminución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ocurrida en el decenio de 1980 se atribuye a las intervenciones preventivas (primarias y secundarias) sobre los mismos tres importantes factores de riesgo.

En América Latina y el Caribe no se dispone de información sobre la prevalencia de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares que sea comparable entre países. La puesta en marcha de los proyectos CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles), en los que participan siete países de la Región, ha comenzado a proveer algunos datos confiables y relevantes. El Cuadro 25 presenta la prevalencia de seis factores de riesgo en adultos de ambos sexos de 25 a 64 años, en las áreas de demostración de Valparaíso en Chile y Nueva Escocia en el Canadá. Se observa que en Chile la prevalencia de sedentarismo y tabaquismo es mucho mayor que en el Canadá. Asimismo, se manifiesta que las mujeres chilenas,

CUADRO 25
Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en adultos de 25 a 64 años de edad, según sexo, en Chile y Canadá.

Factor de riesgo	Nueva Escocia, Canadá (N=2.411)		Valparaíso, Chile (N=3.120)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Colesterol HDL ≤ 35 mg%	18%	5%	19%	12%
Colesterol total ≥ 200 mg%	50%	40%	45%	48%
Hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg	21%	13%	11%	12%
Sedentarismo (en tiempo libre)	31%	38%	73%	94%
Exceso de peso IMC ≥ 25	67%	50%	60%	63%
Tabaquismo (fumadores actuales)	33%	30%	47%	35%

Fuente: Programa CARMEN, encuesta de base. Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud, Chile, 1997, y encuesta de salud de Nueva Escocia (CINDI Canadá, 1995). Los resultados no están ajustados por edad.

CUADRO 26
Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en adultos de 25 a 64 años de edad de la población general de Chile, según estrato socioeconómico (N=3.120).

Factor de riesgo	Estrato socioeconómico			Valor p
	Alto	Medio	Bajo	
Colesterol HDL ≤ 35 mg%	13,8%	16,1%	12,6%	0,20
Colesterol total ≥ 200 mg%	49,0%	47,1%	45,7%	0,68
Hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg	9,3%	9,8%	14,2%	0,00
Sedentarismo	78,9%	83,1%	89,4%	0,00
Exceso de peso IMC ≥ 25	56,4%	61,0%	65,3%	0,00
Tabaquismo (fumadores actuales)	39,8%	39,5%	42,9%	0,22

Fuente: Programa CARMEN, encuesta de base. Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud, Chile, 1997.

en comparación con los canadienses, tienen una mayor prevalencia de exceso de peso e hipocolesterolemia de alta densidad, mientras que los hombres chilenos tienen una menor prevalencia de hipertensión arterial, exceso de peso e hipocolesterolemia total que los canadienses. La distribución de la prevalencia dentro de cada país puede variar sustancialmente por grupos socioeconómicos y demográficos, por lo que las intervenciones deben considerar estas diferencias para ser efectivas. El Cuadro 26 presenta las diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo en Chile, de acuerdo con el estrato socioeconómico al que pertenece el entrevistado. Se observa que la hipertensión arterial, el sedentarismo y el exceso de peso son más frecuentes entre las personas del estrato más bajo.

El efecto de la reducción de la prevalencia de los factores de riesgo mencionados sobre la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares es difícil de predecir. En un estudio reciente (127) se ha estimado el impacto que pudieran tener la reducción de la hipertensión arterial, el tabaquismo y

la inactividad física sobre la mortalidad total en América Latina y el Caribe. El Cuadro 27 presenta la proporción de defunciones atribuibles a estos tres factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Por último, estas estimaciones tienen limitaciones metodológicas y son consideradas como conservadoras, pero ponen de relieve el importante impacto que las intervenciones preventivas pueden tener sobre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

TUMORES MALIGNOS

Se estima que en 1990 los tumores malignos provocaron 903.000 defunciones en la Región de las Américas (128). Si bien esta categoría contiene una serie de entidades nosológicas de etiología diversa, lo cierto es que el curso clínico de las mismas implica un proceso crónico, en general de alta letalidad, que en términos de atención requiere de la disponibilidad de una serie de servicios de salud preventivos y curativos.