

Mortalidad atribuible a factores de riesgo en países seleccionados del Cono Sur. .

Laura Acosta, Florencia Molinatti y Enrique Peláez.

Cita:

Laura Acosta, Florencia Molinatti y Enrique Peláez (2017). *Mortalidad atribuible a factores de riesgo en países seleccionados del Cono Sur*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/Ymc>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**XIV Jornadas de Estudios de Población- I Congreso Internacional de Población del
Cono sur. Santa Fe, 20-22 de septiembre de 2017.**

Mortalidad atribuible a factores de riesgo en países seleccionados del Cono Sur

Autores

Laura D. Acosta (CIECS, CONICET y UNC). E-mail: ldacosta@conicet.gov.ar

Florencia Molinatti (CIECS, CONICET y UNC). E-mail: fmolinatti@hotmail.com

Enrique Peláez (CIECS, CONICET y UNC). E-mail: enpelaez@gmail.com

Resumen

Los estilos de vida son cada vez más peligrosos en los entornos urbanos y globalizados, lo cual ha llevado a un aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT) en todo el mundo. Este trabajo tiene por objetivo *comparar la mortalidad atribuible (MA) a tres factores de riesgo prevenibles y con mayor incidencia en la mortalidad por ENT (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol y exceso de peso) en países seleccionados del Cono Sur (Argentina, Chile y Brasil) entre los años 2009 y 2013.*

Los resultados indican que estos tres comportamientos analizados ocasionan una importante cantidad de muertes en los países analizados. La mayor MA al consumo de *tabaco* se registra en los varones argentinos y chilenos, seguidos por las mujeres chilenas. Sin embargo, los mayores Años de Vida Perdidos (AEVP) se observaron en Argentina. Respecto al consumo de *alcohol*, la MA a este consumo en Argentina y Chile es mayor a la observada a nivel mundial y en el caso de Chile, si bien la mortalidad estimada para el sexo masculino es similar al promedio de América Latina, en el caso de las mujeres es muy superior. A pesar de que la proporción de muertes fue mayor en hombres chilenos, los hombres argentinos y brasileros presentaron mayores AEVP. La MA al *exceso de peso* en Argentina es similar a la de otros países desarrollados y en el caso de Chile, es superior. Paradójicamente, Brasil si bien presenta la menor proporción de MA a este factor, exhibe la mayor pérdida de años de vida por esta causa. Estas “paradojas” pueden ser explicadas, más allá de las diferencias en las prevalencias, por la etapa de la transición epidemiológica y demográfica en la que estos países se encuentran y también por los patrones culturales y sociales vinculados a cada uno de estos comportamientos.

Introducción

Los factores de riesgo prevenibles son la base de la mayoría de las enfermedades no transmisibles (ENT), como el cáncer, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y causas externas. La mayoría de las ENT son el resultado de cuatro comportamientos particulares: el consumo de tabaco, la inactividad física, una dieta poco saludable y el consumo nocivo del alcohol; factores que a su vez provocan cambios metabólicos/fisiológicos que conducen a un aumento de la presión arterial, colesterol, glucosa en sangre y el sobrepeso/obesidad (WHO, 2016).

La estrategia global para reducir el consumo nocivo de alcohol define el "consumo nocivo" como la ingesta de bebidas que causa consecuencias perjudiciales para la salud y además provoca consecuencias sociales negativas para el bebedor, su entorno más próximo y la sociedad en general (WHO, 2014). El consumo nocivo del alcohol está implicado directa o indirectamente en algunos trastornos neuropsiquiátricos, enfermedades gastrointestinales (por ejemplo, cirrosis hepática), algunos tipos de cáncer (por ejemplo, cáncer de colon y recto), lesiones intencionales y no intencionales, síndrome alcohólico fetal y enfermedades cardiovasculares (Boden y Fergusson, 2011; Kessler, 2004; Nelson et al., 2013; Rehm et al., 2010; Seitz et al., 2012; WHO, 2014).

La mortalidad atribuible al consumo de tabaco es actualmente responsable de la muerte de alrededor de 5 millones de personas en el mundo. Se calcula que otras 600.000 personas mueren por exposición al humo del tabaco (Mathers y Loncar, 2006). El consumo de tabaco está asociado con la discapacidad y las muertes por ENT: cánceres, especialmente cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades del sistema respiratorio (Öberg et al, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo (WHO, 2000). Las consecuencias del sobrepeso son múltiples: desde un mayor riesgo de muerte prematura hasta complicaciones que afectan la calidad de vida del individuo, aumentando la morbilidad. El sobrepeso y la obesidad son uno de los principales factores de riesgo de las ENT: la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, además de estar asociadas con numerosas consecuencias psicológicas (WHO, 2000).

Como establece la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas en la Cumbre sobre las Enfermedades No Transmisibles, los estilos de vida son cada vez más peligrosos en los entornos urbanos y globalizados, lo que ha llevado a un aumento de estas enfermedades en

todo el mundo. Por lo tanto, el órgano antes mencionado afirma que la prevención y el control de las ENT deberían incluirse como una cuestión prioritaria dentro de las estrategias y planes nacionales de salud (Probst-Hensch et al., 2011).

En los países latinoamericanos, la transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha conducido a un aumento de las ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y lesiones por causas externas. El incremento de la morbilidad y mortalidad por ENT en los países de la región conlleva un mayor problema en dichos países, debido a los condicionantes relacionados con la adopción de hábitos de riesgo, como el nivel educativo y el nivel de ingresos, así como las barreras en el acceso a la atención de salud que existen en nuestros países.

Antecedentes

En América Latina la prevalencia de exceso de peso está aumentando de manera similar a la observada en países desarrollados. Según datos de la OMS (2015), para el año 2010 los países de la región que presentan mayor proporción de sobrepeso y obesidad son Chile (25,7%) y Uruguay (24,6%). En Argentina, según la primera, segunda y tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005, 2009 y 2013), la población adulta con obesidad se ha incrementado, representando el 14,6%, 18% y el 20,8% respectivamente (MSN, 2015).

A pesar de este incremento en la prevalencia de exceso de peso, estudios previos indicaron que este incremento no se ha traducido en un incremento en la mortalidad atribuible al exceso de peso en Argentina: en 2005, el 5,2% de las muertes de varones y el 6,1% de las de mujeres se debieron al exceso de peso; en 2009 disminuyeron al 4,9% y al 5,5%, respectivamente (Acosta y Peláez, 2015).

En países desarrollados como España, se estimó que la mortalidad atribuible al exceso de peso fue de 15,8% del total de muertes en hombres y 14,8% en mujeres (Martin et al., 2013)

Respecto al consumo nocivo de alcohol, en un trabajo que analiza el consumo de alcohol y carga de enfermedad en las Américas, indica que los habitantes de esta Región consumieron más alcohol (8,4 litros de alcohol puro por adulto en el 2012) en comparación con el promedio mundial. La Región también experimentó una alta carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol (4,7% de las defunciones), especialmente en forma de lesiones atribuibles al consumo de alcohol (Shield et al., 2015).

En un estudio previo, se analizó la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Argentina, según los datos de prevalencia obtenidos de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 (Acosta et al., 2012). Los resultados indican que se produjeron 11.013

muerres atribuidas al consumo de alcohol (3,6% del total de muerres en la poblaci3n), de las cuales el 73% se produjeron en el sexo masculino. Los AEVP a causa del consumo de alcohol fueron de 0,20 a~os en mujeres y 0,80 a~os en hombres.

De acuerdo con Palloni, Novak y Pinto (2015), Argentina, Brasil, Chile, Cuba, M3xico y Uruguay tienen las mayores prevalencias de consumo de tabaco y en los pasados diez a~os, el impacto del tabaquismo signific3 la p3rdida de entre 2 y 6 a~os en esperanza de vida entre los hombres de 50 a~os y m3s. De acuerdo a los resultados de este estudio, se espera que esos a~os de vida perdida incrementen, particularmente entre las mujeres y entre aquellos que se encuentren en los estadios iniciales de la epidemia del tabaquismo (Brasil y M3xico).

Seg3n unos informes del Instituto de Efectividad Cl3nica y Sanitaria (IECS), cada a~o podr3an evitarse 44.851, 156.216 y 19.731 muerres en Argentina, Brasil y Chile, respectivamente; las cuales representan el 12,6%, 13,2% y 18,6% de las muerres que tienen lugar cada a~o en esos pa3ses (IECS, 2017a, 2017b; Pinto et al., 2017).

En base a estos antecedentes, el objetivo de este trabajo es *comparar la mortalidad atribuible a algunos factores de riesgo (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol y exceso de peso) en pa3ses seleccionados del Cono Sur (Argentina, Chile y Brasil) entre los a~os 2009 y 2013*.

Metodolog3a

Este estudio compar3 las diferencias en la mortalidad atribuible a tres de los principales factores de riesgo de ENT: sobrepeso y la obesidad (a trav3s del 3ndice de Masa Corporal-IMC), el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, a trav3s del uso de datos secundarios oficiales. Tambi3n se contrastaron los A~os de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) debido a estas causas en Argentina, Chile y Brasil.

Para estimar la mortalidad atribuible a factores de riesgo, se utiliz3 la metodolog3a de Evaluaci3n Comparativa de Riesgos (CRA, Ezzati et al, 2006). La metodolog3a CRA, se basa en que la contribuci3n de un factor de riesgo a la mortalidad puede ser estimada a trav3s de la Fracci3n Atribuible Poblacional (FAP), comparando la carga debido a la exposici3n observada en la poblaci3n con una distribuci3n hipot3tica. Esta distribuci3n hipot3tica es definida como *escenario contrafactual* (Mathers et al., 2001).

La ecuaci3n 1 indica la FAP para variables continuas (el IMC), donde $RR(x)$ es el riesgo relativo al nivel de exposici3n x , $P(x)$ es el nivel de exposici3n en la poblaci3n, $P'(x)$, es el nivel de exposici3n en el escenario contrafactual (definido como $IMC \leq 21 \text{ kg/m}^2$ DE 1 kg/m^2) y m es el m3ximo nivel de exposici3n.

$$FAP = \frac{\int_{x=0}^m RR(x)P(x)dx - \int_{x=0}^m RR(x)P'(x)dx}{\int_{x=0}^m RR(x)P(x)dx} \quad (\text{Ecuación 1})$$

La fórmula de la FAP para variables discretas (consumo de tabaco¹ y consumo de alcohol²) con n niveles de exposición es (ecuación 2):

$$FAP = \frac{\sum_{i=1}^n P_i * RR_i - \sum_{i=1}^n P'_i * RR_i}{\sum_{i=1}^n P_i * RR_i} \quad (\text{Ecuación 2})$$

Donde n es el número de categorías de exposición o niveles, P_i la prevalencia de la categoría de exposición, RR_i es el riesgo relativo en la categoría de exposición y P'_i la prevalencia de exposición en el escenario contrafactual.

Luego, la mortalidad observada por causas debidas a factores de riesgo (MO), se multiplica por la Fracción atribuible obtenida y se obtiene la Mortalidad Atribuible a Factores de Riesgo (MA, ecuación 3).

$$MA = MO * AF \quad (\text{Ecuación 3})$$

Una vez estimadas las muertes atribuibles, se calcularon los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) siguiendo la metodología propuesta por Arriaga (1996). El método de cálculo de AEVP está basado en las tablas de vida y permite ajustar por la estructura de edades de la población. A diferencia de otros métodos como los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) desarrollado por la OPS, o el índice “Años de Vida Saludables”³ el índice AEVP no está afectado por la estructura de edades de la población.

¹ Clasificado en: nunca fumador, exfumador, fumador actual

² El consumo de alcohol se clasificó según el promedio de tragos por día siendo, consumo Bajo: de 0,1 hasta 3 tragos en el hombre y hasta 1,5 tragos en la mujer; consumo medio: entre 3,1 y 4,4 tragos en el hombre y entre 1,6 y 2,9 tragos en la mujer; consumo alto: igual o mayor a 4,5 tragos en el hombre e igual o mayor a 3 tragos en la mujer (Ridolfo y Stevenson, 2001). Un trago equivale a: una lata o vaso de cerveza, una copa de vino o una medida de bebida fuerte.

³ Indicador de salud compuesto, calculado como la suma de los indicadores Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (número de muertes por una causa específica multiplicada por una función que establece los años perdidos, en relación a la edad en que ocurre la muerte) y Años de Vida Vividos con Discapacidad (número de casos incidentes en el período por el promedio de duración de la enfermedad y un factor o peso que refleja la severidad de la enfermedad que va de 0 a 1 (Murray, 1997).

El indicador AEVP propuesto por Arriaga (1996) mide el impacto de la mortalidad por una causa de muerte sobre el promedio de años que vive la población entre dos edades a y b . Para cada grupo de edad $(x, x + n)$, el número de AEVP se calcula como el producto de la proporción de personas que mueren entre x y $x + n$ por la diferencia entre el número de años que podrían haber vivido desde x si no fallecieran antes de cumplir b años $(b-x)$ y el número de años realmente vividos entre x y $x + n$, que se obtiene a partir de las funciones de la tabla de mortalidad.

El índice AEVP se definió con el objetivo de comparar la importancia relativa de las diferentes causas de defunción, en términos de mortalidad prematura, para una población en particular. Si se utilizan los APVP para comparar dos poblaciones es necesario calcular una tasa, pero la tasa de APVP por 1.000 habitantes no tiene en cuenta la estructura de edad de la población. La tasa de APVP ajustada por edad elimina el efecto de diferentes estructuras de edad cuando se comparan dos poblaciones diferentes; sin embargo, esta tasa ajustada ya no se puede interpretar como el número de años perdidos en la población por cada 1.000 personas, sino que sirve sólo a efectos de comparación.

El índice de AEVP permite medir tanto el nivel de mortalidad de una población como el cambio cuando se comparan dos poblaciones, y el método de cálculo basado en las tablas de vida permite ajustar por la estructura de edades de la población. Además, el índice proporciona un valor, en años de esperanza de vida, que es fácil de interpretar. El método de AEVP requiere limitar las edades del análisis, de modo que el último grupo abierto nunca puede entrar en el cálculo.

Como menciona Arriaga, las edades elegidas para efectuar el análisis pueden ser cualesquiera, desde el nacimiento hasta la edad más alta posible; por ejemplo, 80 años si el último grupo de la tabla de mortalidad es 80 y más. Sin embargo, en algunas situaciones puede interesar centrarse en un grupo concreto si se analiza una causa de muerte que afecta específicamente a esa edad. En este caso se evaluó la pérdida de años de vida entre los 35 y los 80 años.

Los AEVP parten del supuesto de mortalidad nula entre dos edades. Toda defunción anterior a esta edad de corte disminuye la esperanza de vida de la población. De manera que valora el impacto de las muertes prematuras sobre la esperanza de vida de la población. En otras palabras, los AEVP tratan de determinar, en ausencia de mortalidad, cuántos años más deberían haber vivido las personas que fallecen. A diferencia de otros índices utilizados para medir los años de vida perdidos por muerte prematura, el índice proporciona un valor -en años de esperanza de vida- de fácil interpretación (Arriaga, 1996).

Fuentes de datos

Los RR correspondientes a cada causa de muerte relacionada con los factores de riesgo estudiados (consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad, consumo de alcohol⁴), fueron obtenidos de diversos meta-análisis (James et al., 2004; Rehm & Imtiaz, 2016; U.S. Department of Health and Human Services, 2014), conforme a lo establecido por la metodología CRA. Los valores de los RR para cada causa de muerte, se encuentran en el Anexo 1.

Los datos sobre prevalencia de factores de riesgo fueron obtenidos de diversas encuestas llevadas a cabo en los países estudiados: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (Argentina), Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (Chile) y Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (Brasil). Los datos de mortalidad y población fueron obtenidos de: Dirección de Estadística e Información en Salud (Argentina), Departamento de Estadística e Información en Salud (Chile), Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (Brasil).

Los cálculos de mortalidad atribuible y AEVP fueron realizados con el programa EPIDAT, versión 4.0.0.

Resultados

Consumo de tabaco

Los tres países analizados presentan una prevalencia elevada de tabaquismo (cuadro 1). En el caso de los mayores de 65 años, los hombres brasileros presentan la mayor prevalencia entre fumadores y ex fumadores, abarcando a casi el 60% de la población, seguidos por los argentinos con casi el 57% y los chilenos con el 54%. En el caso de las mujeres, las argentinas y las brasileras son las menos fumadoras (tanto actuales como ex fumadoras) con una prevalencia inferior al 28 por ciento.

En el caso del grupo de 35 a 64 años la tendencia es diferente, los hombres chilenos tienen la prevalencia más alta, más del 72% de la población de esa edad (sumando fumadores y ex fumadores). En segundo lugar, aparecen las mujeres chilenas con una prevalencia cercana al 59%. Los hombres argentinos tienen una prevalencia entre fumadores y ex fumadores cercana al 54%, los hombres brasileros menos del 46%. Entre las mujeres, menos del 40% de las argentinas fuman o han fumado en su vida y ese porcentaje es menor entre brasileras, menor al 33%.

⁴ En el caso del consumo de riesgo de alcohol, no se tuvieron en cuenta algunas causas de muerte por enfermedades transmisibles (HIV, tuberculosis) y Síndrome alcohólico fetal, ya que sólo nos enfocamos en causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta de 35 años y más. Tampoco se contabilizó el efecto protector del consumo bajo de alcohol en algunas causas de muerte.

Cuadro 1. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Prevalencias de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores para la población adulta de 35 años y más, según sexo y grupos de edad

Grupo de edad	Consumo de tabaco	Argentina 2013		Brasil		Chile 2009-10	
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
35 a 64 años	Fumadores	30,6	22,7	21,9	14,9	42,6	37,6
	Ex fumadores	23,3	16,7	23,8	17,5	30,0	21,4
	Nunca fumadores	46,1	60,6	54,3	67,6	27,4	41,1
65 años y más	Fumadores	12,4	10,4	13,9	7,1	11,8	14,4
	Ex fumadores	44,3	17,3	45,7	20,7	42,2	22,2
	Nunca fumadores	43,3	72,3	40,4	72,2	46,0	63,4
Total población de 35 años y más	Fumadores	26,7	19,3	20,4	13,3	37,7	33,0
	Ex fumadores	27,8	16,8	27,9	18,2	32,0	21,5
	Nunca fumadores	45,5	63,9	51,7	68,5	30,4	45,5

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. Elaboración propia.

Respecto al peso de las muertes atribuibles al tabaco en la mortalidad general del país, se observa que las defunciones de los varones argentinos y chilenos por tabaquismo representan poco más del 14% del total. En las mujeres de esos países, en cambio, mientras el 5,1% de las defunciones de las argentinas se asociada al tabaco, ese porcentaje asciende al 8% entre las chilenas. En Brasil el peso relativo de las muertes por tabaquismo es mucho menor en ambos sexos: 5,4% en los varones y 2,8% en las mujeres (cuadro 2).

Cuadro 2. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por sexo y grandes grupos de causa de muerte

Causas de muerte (código CIE-10)	ARGENTINA 2013				BRASIL 2013				CHILE 2009-10			
	Número		Porcentaje		Número		Porcentaje		Número		Porcentaje	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
NEOPLASIAS	9.195	2.916	42,1	39,3	29.028	9.800	31,4	24,1	2.843	1.223	43,0	36,4
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	7.890	2.626	36,1	35,3	29.267	12.877	31,7	31,7	2.260	1.101	34,2	32,8
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	4.780	1.887	21,9	25,4	33.801	17.814	36,6	43,9	1.510	1.037	22,8	30,9
Todas las muertes atribuibles al tabaco	21.865	7.430	100,0	100,0	92.347	40.581	100,0	100,0	6.614	3.360	100,0	100,0
Todas las muertes	151.969	146.779			1.701.410	1.426.386			46.353	41.970		
Porcentaje de todas las muertes atribuibles al tabaco	14,4	5,1			5,4	2,8			14,3	8,0		

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS, MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

n/a: datos no aplicables

MO: Mortalidad observada

MA: Mortalidad atribuible

Analizando por causa simple se observa que, en el caso de los hombres de Argentina, 1 de cada 4 muertes atribuibles al tabaco fue por tumor de tráquea o pulmón, 15% por otras enfermedades cardíacas, 12% debidas a Otras EPOC y 11,7% por cardiopatía isquémica dentro de las principales causas. En las mujeres argentinas, 1 de cada 4 muertes atribuibles al tabaco también fue por tumor de tráquea o pulmón, 14,9% debidas a Otras EPOC, 13,1% debida a otras enfermedades cardíacas, y 10,6% por enfermedades cerebrovasculares (Ver Anexo 2).

En el caso de los hombres brasileros, en cambio, el 27% de las defunciones por tabaquismo se debieron a EPOC; el 15,4% por cardiopatía isquémica y el 13,8% debido a tumor de tráquea o pulmón. En las mujeres brasileras, el 34,5% se debió a otras EPOC; 15,1% debido a tumor de tráquea o pulmón; 13,1% cardiopatía isquémica y el 12% por enfermedad cerebrovascular (Ver Anexo 2).

En el caso de los hombres chilenos, el 21,45% de las muertes atribuibles al tabaco fue por tumor de tráquea o pulmón; el 16,8% debido a Otras EPOC y el 15,5% debido a cardiopatía isquémica. Entre las mujeres, por su parte, el 24,8% fue debido a Otras EPOC, el 20,1% debido a tumor de tráquea o pulmón; el 13% enfermedades cerebrovasculares y el 11,2% a cardiopatía isquémicas (Ver Anexo 2).

Al analizar el impacto que estas prevalencias tienen sobre la mortalidad utilizando la metodología de los AEVP (cuadro 3) puede observarse que los más afectados por la mortalidad debida al tabaquismo son los hombres argentinos que pierden 1,77 años de esperanza de vida, seguido por los hombres chilenos que pierden 1,28 años de esperanza de vida. Los menos afectados resultan los hombres brasileros que pierden 0,65 años de esperanza de vida, misma cantidad que las mujeres argentinas. Tanto en el caso de los hombres argentinos como los chilenos, el principal grupo de causas fueron las neoplasias. En el caso de los brasileros, por su parte, el principal grupo fueron las enfermedades cardiovasculares, al igual que entre las mujeres de ese país.

Cuadro 3. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Comparación de los AEVP atribuibles al consumo de tabaco en adultos de 35 años y más, según sexo y grupos de causas de muerte

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	ARGENTINA 2013		BRASIL 2013		CHILE 2009-10	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Neoplasias	0,82	0,28	0,25	0,09	0,59	0,23
Enfermedades Cardiovasculares	0,69	0,24	0,27	0,12	0,53	0,23
Enfermedades Respiratorias	0,26	0,12	0,13	0,07	0,16	0,08
Total Causas atribuibles al consumo de tabaco	1,77	0,65	0,65	0,28	1,28	0,53
Otras causas no atribuibles al consumo de tabaco	5,82	4,07	7,39	4,70	4,76	3,05
Total AEVP	7,59	4,72	8,04	4,99	6,04	3,58

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Consumo de alcohol

Los tres países (cuadro 4) presentan una prevalencia de consumo medio y alto de alcohol inferior al 10% de la población. El grupo de edades mayor a 65 años presenta en general una prevalencia menor que los más jóvenes en consumo alto con excepción de las mujeres

argentinas que suben de 1,1 a 1,3 esa prevalencia. La mayor prevalencia de consumo alto en este grupo etario esta dado por los hombres chilenos con una prevalencia de 5,2%, la menor en las mujeres brasileras 0,1%.

En el caso del grupo de 35 a 64 años se destaca la prevalencia de consumo alto en los hombres chilenos que es cercana al 11%. Otra vez las mujeres brasileras son las que menos consumen sólo 0,5%. Llama la atención también el porcentaje de mujeres chilenas con consumo alto 5,5%. En el segmento de consumo bajo los hombres argentinos con 51,9% son los que tienen mayor prevalencia, seguido por las mujeres argentinas 37,8%.

Cuadro 4. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Prevalencias de consumo de alcohol para la población adulta de 35 años y más, según sexo y grupos de edad

Grupo de edad	Consumo de alcohol	Argentina 2013		Brasil 2013		Chile 2009-10	
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
35 a 64 años	Abstemios	42	59.5	63.9	88	50.6	73.5
	Consumo bajo	51.9	37.8	31.5	10.4	31.8	15.4
	Consumo medio	2.2	1.6	2.0	1.2	6.8	5.6
	Consumo alto	3.8	1.1	2.6	0.5	10.8	5.6
65 años y más	Abstemios	46.5	70.6	80.6	96.3	62.9	82.2
	Consumo bajo	46.8	26.4	17.8	3.4	30.2	12.2
	Consumo medio	4.4	1.7	0.8	0.4	1.8	4.2
	Consumo alto	2.3	1.3	0.8	0.1	5.2	1.4
Total población de 35 años y más	Abstemios	44.3	65.1	72.3	92.2	56.8	77.9
	Consumo bajo	49.4	32.1	24.7	6.9	31.0	13.8
	Consumo medio	3.3	1.7	1.4	0.8	4.3	4.9
	Consumo alto	3.1	1.2	3.4	0.3	8	3.5

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. Elab. propia.

Notas:

Abstemio: No consumió alcohol en los últimos 30 días.

El consumo de alcohol se clasificó según el promedio de tragos por día siendo, consumo Bajo: de 0,1 hasta 3 tragos en el hombre y hasta 1,5 tragos en la mujer; consumo medio: entre 3,1 y 4,4 tragos en el hombre y entre 1,6 y 2,9 tragos en la mujer; consumo alto: igual o mayor a 4,5 tragos en el hombre e igual o mayor a 3 tragos en la mujer (Ridolfo & Stevenson, 2001)

Un trago equivale a: una lata o vaso de cerveza, una copa de vino o una medida de bebida fuerte.

Respecto al peso de la mortalidad por consumo de alcohol en la mortalidad general del país, se observa en el cuadro 5 que, hombres y mujeres chilenos presentan la mayor proporción de mortalidad atribuible al consumo de alcohol, con 7,1% y 4% muertes por esta causa sobre el total de muertes, respectivamente. En segundo lugar, se encuentran hombres y mujeres argentinos (3,9 y 3,3), mientras que hombres y mujeres de Brasil presentan las menores proporciones de mortalidad por esta causa.

Cuadro 5. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por sexo y grandes grupos de causa de muerte

Causas de muerte (código CIE-10)	ARGENTINA 2013				BRASIL 2013				CHILE 2009-10			
	Número		Porcentaje		Número		Porcentaje		Número		Porcentaje	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
NEOPLASIAS	870	739	14,7	15,0	2.909	222	8,9	8,2	257	84	7,8	4,6
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	1.771	765	30,0	15,6	4.623	668	14,2	24,6	704	265	21,3	14,4
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	2.310	544	39,1	11,1	9.769	969	29,9	35,7	1.692	412	51,2	22,4
CONDICIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS	483	124	8,2	2,5	5.892	672	18,0	24,7	397	49	12,0	2,7
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD	471	2.745	8,0	55,8	9.474	187	29,0	6,9	256	1.026	7,7	55,9
Todas las muertes atribuibles al alcohol	5.905	4.917	100,0	100,0	32.667	2.718	100,0	100,0	3.306	1.836	100,0	100,0
Todas las muertes	151.969	146.779			1.701.410	1.426.386			46.353	41.970		
Porcentaje de todas las muertes atribuibles al alcohol	3,9	3,3			1,9	0,2			7,1	4,4		

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

Analizando por causa simple (Anexo 2) se observa que de las defunciones por alcoholismo en Argentina en el caso de los hombres el 30 % son por cirrosis hepática, el 13,7% por enfermedad cerebrovascular isquémica. En las mujeres argentinas el 22,8% fue por cáncer de mama, el 17,9% por cirrosis hepática, el 15,3 % por enfermedad cerebrovascular isquémica y el 11% por Enfermedad Hipertensiva.

En el caso de los hombres brasileiros el 29,2 % de las defunciones por alcoholismo se debieron a cirrosis hepática; el 17,1 % debido a Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al consumo de alcohol (F10). En las mujeres brasileiras el 34,6% se debió a cirrosis hepática; 23 % corresponde a debido a TM y C debido al consumo de alcohol; 12,7% debido a cáncer de mama; 11,7% debido a enfermedad hipertensiva y el 10,1 % por enfermedad cerebrovascular isquémica (Anexo 2).

En el caso de los hombres chilenos el 50 % es por cirrosis hepática. Las mujeres el 46,9 % debido a cirrosis hepática, el 13,4% debido a enfermedad hipertensiva y el 11,3 % por enfermedad cerebrovascular isquémica (Anexo 2).

Al analizar el impacto que estas prevalencias de consumo de alcohol tienen sobre la mortalidad utilizando la metodología AEVP (cuadro 6) puede observarse que a pesar de la mayor prevalencia de alto consumo de alcohol en los chilenos los más afectados por la mortalidad debida alcoholismo son los hombres argentinos que pierden casi 0,38 años de esperanza de vida, seguido por los hombres brasileiros que pierden 0,32 años de esperanza de vida. Menos afectados resultan los hombres chilenos que pierden 0,23 años de esperanza de vida. Las mujeres más afectadas son las chilenas que pierden 0,14 años de esperanza de vida. En el caso de los hombres argentinos el principal grupo de causas fueron las enfermedades digestivas, lo mismo ocurrió con los hombres chilenos y brasileiros. En el caso de las mujeres argentinas la principal causa fueron las neoplasias, en Brasil y Chile las enfermedades digestivas.

Cuadro 6. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Comparación de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) atribuibles al consumo de alcohol en adultos de 35 años y más, según sexo y grupos de causas de muerte.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	ARGENTINA 2013		BRASIL 2013		CHILE 2009-10	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Neoplasias	0.06	0.05	0.07	0.02	0.05	0.03
Enfermedades Cardiovasculares	0.08	0.02	0.04	0.02	0.03	0.02
Enfermedades Digestivas	0.16	0.03	0.17	0.04	0.12	0.07
Condiciones neuropsiquiátricas	0.04	0.00	0.02	0.03	0.02	0.01
Causas externas	0.04	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01
Total Causas atribuibles al consumo de alcohol	0.38	0.11	0.32	0.12	0.23	0.14
Otras causas no atribuibles al consumo de alcohol	7.20	4.60	7.71	4.88	5.80	3.45
Total AEVP	7.58	4.71	8.03	5.00	6.03	3.59

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Sobrepeso y obesidad

En el cuadro 7 se puede observar que los hombres argentinos presentan mayor media de IMC, y en segundo lugar los hombres chilenos. En el caso de las mujeres, las chilenas presentan mayor media de IMC seguido de las brasileras. Tanto las mujeres de Chile como las de Brasil presentaron mayor IMC que los hombres, contrario a lo observado en el caso de Argentina donde los hombres presentaron mayor IMC. En todos los casos se observó una disminución de la media de IMC en la población de 65 años y más (Cuadro 7).

Cuadro 7. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Distribución de Índice de Masa Corporal (IMC, Kg/m²), según sexo y grupo de edad (media y desvío estándar). Adultos de 35 años y más

Grupo de edad	Argentina 2013		Brasil 2013		Chile 2009-10	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
35 a 64 años	28,3 (4,8)	27,8 (5,6)	26,8 (4,5)	27,9 (5,4)	28,2 (4,6)	29,0 (5,6)
65 años y más	27,8 (5,2)	26,9 (5,0)	25,8 (4,3)	27,2 (5,1)	27,6 (4,6)	28,7 (5,4)
Total población de 35 años y más	28,1 (4,9)	27,0 (5,3)	26,4 (4,4)	27,6 (5,3)	27,9 (4,6)	28,9 (5,5)

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. Elaboración propia.

En relación a la carga de mortalidad por exceso de peso, se observa en el cuadro 8 que hombres y mujeres chilenos presentan la mayor proporción de muertes atribuibles al exceso de peso (8,9 y 10% respectivamente). En segundo lugar se observa que hombres y mujeres de Argentina presentan una proporción de muertes por sobrepeso y obesidad de 5,7% en ambos casos. En tercer lugar, se encuentra Brasil con 2,6% de muertes en hombres y 3,3% de

muerres en mujeres. Se observa que la proporción de muerres fue mayor en mujeres de Chile y Brasil, con respecto a los hombres.

Cuadro 8. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Mortalidad atribuible al exceso de peso, por sexo y grandes grupos de causa de muerte

Causas de muerte (código CIE-10)	ARGENTINA 2013				BRASIL 2013				CHILE 2009-10			
	Número		Porcentaje		Número		Porcentaje		Número		Porcentaje	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
NEOPLASIAS	572	2.181	6,6	26,2	1.082	5.335	2,5	11,4	156	586	3,8	13,9
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	7.387	5.384	85,1	64,6	40.038	37.683	91,7	80,7	3.357	2.953	81,5	70,2
OSTEOARTRITIS	5	9	0,1	0,1	7	15	0,0	0,0	1	3	0,0	0,1
ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y MET.	717	755	8,3	9,1	2.528	3.665	5,8	7,8	607	667	14,7	15,8
Todas las muerres atribuibles a la obesidad	8.681	8.329	100,0	100,0	43.655	46.698	100,0	100,0	4.121	4.209	100,0	100,0
Todas las muerres	151.969	146.779			1.701.410	1.426.386			46.353	41.970		
Porcentaje de todas las muerres atribuibles a la obesidad	5,7	5,7			2,6	3,3			8,9	10,0		

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

Respecto a la mortalidad atribuible al exceso de peso según causa simple de mortalidad, se puede apreciar en el Anexo 2 que, en todos los casos, el mayor volumen de muerres atribuible al exceso de peso fue por enfermedades circulatorias.

En el caso de Argentina la principal causa en hombres fue la cardiopatía isquémica correspondiendo al 39,2% de las muerres, seguido de enfermedades cerebrovasculares (30,9), e hipertensión arterial (15%). En mujeres argentinas el mayor volumen de muerres fue por enfermedades cerebrovasculares (27,3%), seguido de cardiopatía isquémica (20,4%) e hipertensión (16,9%).

De manera similar en Brasil, la principal causa en hombres fue la cardiopatía isquémica correspondiendo al 39,5% de las muerres, seguido de enfermedades cerebrovasculares (30,1), e hipertensión arterial (22,1%). En mujeres el mayor volumen de muerres fue por enfermedades cerebrovasculares (29,8%), seguido de cardiopatía isquémica (26,1%) e hipertensión (24,8%).

La misma tendencia se observa en hombres chilenos, donde la principal causa en hombres fue la cardiopatía isquémica correspondiendo al 34,5% de las muerres, seguido de enfermedades cerebrovasculares (29,7), e hipertensión arterial (17,3%). En tanto que para las mujeres chilenas, el mayor volumen de muerres fue por enfermedades cerebrovasculares (28,2%), pero a diferencia de las argentinas y brasileras, la segunda causa fue hipertensión (23,6%), seguido de cardiopatía isquémica (18,4%).

En el cuadro 9 se analizan los AEVP atribuibles al exceso de peso en los tres países analizado, según sexo. Se observa que, a pesar de que presentaban las menores proporciones de muerte atribuibles al exceso de peso, los hombres y mujeres de Brasil presentan la mayor pérdida de

años de vida por esta causa (0,74 y 0,67 respectivamente). Asimismo, a pesar de que, presentaban menor prevalencia de exceso de peso y menor proporción de muertes atribuibles por esta causa, los hombres y mujeres argentinos presentan una mayor pérdida de años de vida que su contraparte chilena (0,58 y 0,38 para hombres y mujeres argentinos frente a 0,45 y 0,29 en hombres y mujeres chilenos respectivamente).

La mayor proporción de pérdida de años de vida por exceso de peso se observó, en todos los casos, en las enfermedades cardiovasculares (Cuadro 9).

Cuadro 9. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Comparación de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) atribuibles al exceso de peso en adultos de 35 años y más, según sexo y grupos de causas de muerte

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	ARGENTINA 2013		BRASIL 2013		CHILE 2009-10	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Neoplasias	0,04	0,13	0,02	0,09	0,03	0,09
Enfermedades Cardiovasculares	0,50	0,21	0,68	0,53	0,39	0,18
Enf. Endócrinas, nutricionales y metabólicas	0,04	0,04	0,04	0,05	0,03	0,02
Total Causas atribuibles al exceso de peso	0,58	0,38	0,74	0,67	0,45	0,29
Otras causas no atribuibles al exceso de peso	7,01	4,33	7,30	4,32	5,59	3,29
Total AEVP	7,59	4,72	8,04	4,99	6,04	3,58

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10. DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Discusión

Consumo de tabaco

En Argentina, Brasil y Chile el tabaquismo ocasiona una importante cantidad de muertes, observándose la mayor incidencia de las muertes atribuibles al consumo de tabaco sobre el total de muertes en mayores de 35 años entre los varones argentinos y chilenos, seguidos por las mujeres chilenas. Entre los primeros ese peso relativo asciende a poco más del 14% y entre las últimas, al 8%. Si se compara con cifras de otros países, Gutiérrez-Abejón et al. (2015) señalan que en 2012 en España el 15,2 % de las defunciones se debían al tabaco; Sánchez C y San Martín V (2010) señalan que en 2007 ese porcentaje era de 12 % en Paraguay; mientras que Sandoya y Bianco (2011) indican que en Uruguay entre 2000 y 2002 el 14,8 % de las defunciones totales se debieron al tabaco.

Las estimaciones realizadas sobre el número de muertes atribuibles al consumo de tabaco son inferiores a las realizadas por el equipo de trabajo del IECS (IECS, 2017a; 2017b; Pinto et al., 2017) particularmente en Brasil, pero posiblemente estas diferencias puedan explicarse por la aplicación de diferentes metodologías, la selección de fuentes de información e incorporación de parámetros.

En Argentina y Chile, el mayor peso está dado las neoplasias, principalmente por el cáncer de tráquea, pulmón y bronquios: 1 de cada 4 muertes atribuibles al tabaco en Argentina y 1 de cada 5 en Chile. En Brasil, en cambio, la principal causa de muerte son las enfermedades respiratorias y dentro de ellas las otras EPOC (J44): entre los hombres casi el 27% de las muertes atribuibles al tabaquismo se relaciona a esa causa y entre las mujeres, casi el 35%.

A pesar de las mayores prevalencias de tabaquismo se registraron en Chile, tanto entre hombres y mujeres, la mayor pérdida de años de esperanza de vida se observó en Argentina. Mientras los hombres argentinos pierden casi dos años de esperanza de vida y las argentinas, poco más de medio año, en Chile se reduce a 1,28 años en el caso de los hombres y 0,53 entre las mujeres. Brasil presenta las menores prevalencias de los tres países y sus AEVP también son inferiores. Los factores que pueden explicar estas “paradojas” podrían encontrarse en la cantidad diaria de cigarrillos consumidos, la edad promedio de inicio del consumo de tabaco, la edad a la que se dejó de fumar en el caso de los ex fumadores, el momento de inicio y el éxito de las medidas de control del tabaco, entre otros. Por ejemplo, en Chile, similar a lo observado en Brasil, se alcanzó el nivel más alto de aplicación del paquete MPOWER, particularmente en lo referido al monitoreo de tabaco y la aplicación de políticas de control y las advertencias sanitarias sobre los peligros del tabaco entre tres y seis años antes que en Argentina (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016)

La epidemia de tabaco se encuentra bien establecida en América Latina y el Caribe, pero los países se encuentran en diferentes etapas: mientras Argentina y Chile, por ejemplo, se encuentran en la última etapa, Brasil se encuentra en la etapa inicial de la epidemia. Adicionalmente, la variabilidad en la región es resultado de la diversidad en el momento de inicio y éxito de las políticas de control del tabaco. Esto último es central en aquellos países donde el consumo de tabaco comienza a edades más tempranas y las campañas antitabaco son más recientes (OPS, 2016; Palloni et al., 2015).

Según datos de la OMS (2015), el tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, cerca de 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. Es la principal causa de muerte evitable mundial. Los esfuerzos en post de su reducción han sido importantes, pero están lejos de ser suficientes. Trabajos como el presente pretenden ser un aporte en la toma de conciencia pública del daño a la salud producido por el tabaquismo.

Consumo de alcohol

Los hombres y mujeres chilenos presentaron la mayor proporción de consumo medio y alto de alcohol, con valores mayores al 15% y 10% en hombres y mujeres de 35 a 64 años, respectivamente. En Argentina y Brasil fue mayor la proporción de consumo bajo. Si bien estos resultados coinciden en parte con los observados por Shield et al (2016), donde se observó un mayor consumo per cápita de alcohol en Chile (10,6 litros por año), con respecto a la Argentina (9,4 litros) y Brasil (8,9 litros), las amplias diferencias pueden ser debidas en parte a las diferencias en la captación de los datos sobre consumo de alcohol en las diferentes encuestas utilizadas. En el caso de Chile indaga sobre el consumo “en la última semana”, mientras que en Argentina y Brasil sobre el “consumo habitual”. El preguntar sobre el consumo habitual puede llevar a subestimaciones ya que las personas suelen no tener conciencia sobre el propio consumo de alcohol.

Los valores de prevalencia de consumo de alcohol influyeron en la mortalidad atribuible por esta causa, siendo mayor en Chile, seguido de Argentina. Los valores de mortalidad observados en Chile son similares a los observados para la región de América Latina en hombres (7,3% del total de muertes), pero muy superior a los observados en mujeres (1,8% del total de muertes) (Shield et al., 2016). Por otra parte, son superiores a los observados a nivel mundial (6,5% y 1,4% de las muertes totales, para hombres y mujeres respectivamente; Rehm et al., 2009) en el caso de Brasil y Argentina, estuvieron ambos por debajo de la media mundial y de la región.

Comparado con otros países, los resultados del presente trabajo indican que la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en la Argentina y Chile es mayor a la reportada por otros estudios, como a los reportados por Emslie et al. (2009) en Escocia, el cual fue del 3%, similar a la de Brasil. Por otra parte, fue menor a los países de Europa del Este y Rusia (Rehm, 2007), en donde se estimó que el consumo excesivo de alcohol fue responsable del 14,6% de las muertes prematuras de la población (17,3% en varones y 8% en mujeres). Estas diferencias están relacionadas con la prevalencia y patrones de consumo de alcohol en la población de Argentina, Brasil y Chile.

Al igual que en los estudios analizados, en el presente trabajo se encontró un mayor riesgo de morir por causas relacionadas al consumo de alcohol en hombres que en mujeres (Rehm et al., 2009; Shield et al., 2016), lo cual se debe en parte a la diferencia en la prevalencia de consumo excesivo de alcohol por género. Sin embargo, en el caso de Argentina, la brecha entre hombres y mujeres es menor.

En el 2008 en el caso de la Argentina, se reportó una mortalidad atribuible al consumo de alcohol de 5,7% para hombres y 2,2 % en mujeres (Acosta et al., 2012). Si bien, los datos no

son comparables debido a que se utilizó una metodología diferente (en relación a los RR utilizados y además se contabilizó el efecto protector del consumo bajo de alcohol en algunas causas de muerte) y se consideró la mortalidad a partir de los 20 años, donde la incidencia de las causas externas tiene un mayor peso, resulta destacable la mayor proporción de muertes en mujeres.

Respecto a los AEVP, a pesar de que la proporción de muertes fue mayor en hombres de Chile, los hombres argentinos y brasileros presentaron mayores AEVP. Las posibles explicaciones de este hecho podrían encontrarse en las diferencias con respecto a los patrones de consumo de alcohol, así como en la incidencia de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

Los datos sobre mortalidad por consumo de alcohol en los tres países resaltan la necesidad de implementar políticas de salud tendientes a reducir la mortalidad por esta causa. Según la Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, entre las políticas más costo-efectivas se encuentran: el control de la disponibilidad de alcohol; el aumento del precio a través de impuestos; el control de la publicidad del alcohol, y la implementación de políticas para evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol. Otras medidas poblacionales que también cuentan con evidencia en su costo- efectividad son el aumento de la edad mínima permitida para adquirir alcohol y la regulación de la graduación de alcohol en las bebidas (Yu ye et al., 2013; OPS, 2010).

Sobrepeso y obesidad

Los hombres argentinos presentaron la mayor media de IMC, mientras que, entre las mujeres, las chilenas presentaron la mayor media de IMC. Es importante señalar que las formas de relevamiento de las fuentes de datos son diferentes lo que podría generar algún sesgo en los resultados obtenidos. En la Encuesta Nacional de Salud de Chile tanto el peso como la altura fueron medidos con el instrumental específico, al igual que en la Pesquisa Nacional de Salud de Brasil 2013; mientras que la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina el relevamiento sobre peso y altura fue autorreferido. Sobre el tema hay diferentes observaciones en la literatura. Mientras que algunos autores señalan que el peso y la altura autorreferida tienden a sobreestimar la talla y subestimar el peso (Quiles J. et al, 1996; Plankey MW et al, 1997); mientras que otros autores afirman que existe una adecuada correlación entre las mediciones y los datos autorreferidos (Basterra-Gortari FJ et al, 2007; Hill A, Roberts J, 1998).

En relación al volumen de la mortalidad atribuible al exceso de peso, Brasil presenta la menor proporción de muertes por esta causa, seguido de Argentina. En comparación con otros países, Argentina presenta similar mortalidad atribuible al sobrepeso y obesidad en relación a otros países desarrollados; como es el caso de Francia (5,8%) y menor a la observada en Reino Unido (8,7%) (Banegas et al, 2003). En el caso de Chile la cifra cercana al 10 % es superior a la de estos países, pero inferior a la observada por Martín-Ramiro et al (2013) en España, quienes cifran un peso del 15,9 % de las defunciones españolas serían atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Por su parte, Argentina ha presentado valores similares a los observados en los años 2005 y 2009 (Acosta y Peláez, 2015).

Respecto al comportamiento de las causas de muerte relacionadas con el exceso de adiposidad, se observa que las mismas fueron fundamentalmente las enfermedades circulatorias en los tres países. Esto coincide con otros estudios realizados en poblaciones europeas (Martín-Ramiro et al., 2014, Kelly et al., 2009).

El análisis de los AEVP atribuibles al exceso de peso debe realizarse en consonancia con el proceso de transición epidemiológica de estos países. Esto podría explicar el hecho de que a pesar que, los hombres y mujeres de Brasil presentan la menor proporción de muertes atribuibles al exceso de peso, presentan paradójicamente, la mayor pérdida de años de vida por esta causa. Asimismo, Chile, a pesar de tener la mayor proporción de muertes atribuibles al exceso de peso, presenta los menores AEVP. Esto puede deberse al peso que ejercen en los AEVP atribuibles al exceso de peso, las enfermedades circulatorias.

En efecto, en Brasil se observó un mayor peso de la mortalidad atribuible al exceso de peso relacionadas a las enfermedades circulatorias, que en Argentina y Chile. En Argentina, tanto en hombres como en mujeres, se observó un mayor peso de las neoplasias como causa de muerte relacionada con el exceso de peso. Algunos autores (Olshansky y Ault, 1986; Rogers y Hackenberg 1987) han considerado incluir en el proceso de transición epidemiológica una nueva etapa: “la edad de las enfermedades degenerativas retrasadas” como consecuencia de los avances en el campo de la medicina en el tratamiento y la prevención de las enfermedades cardiovasculares; lo cual ha permitido el aumento de la esperanza de vida por encima de los 80 años. Es decir que se debería analizar el comportamiento de los sistemas de salud de estos países en relación a las ENT. Por lo tanto, una de las hipótesis es que exista una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la población brasilera y/o existe en la población argentina y chilena, un mejor tratamiento y detección precoz de las enfermedades cardiovasculares que en Brasil (y por tanto menor letalidad por enfermedades

cardiovasculares), aunque con un incremento de la prevalencia de cáncer en el caso de Argentina.

Estos resultados indican la importancia de considerar el exceso de peso como un problema de salud pública en estos países. El sobrepeso y obesidad es un fenómeno mundial que no ha mostrado signos de retroceso a pesar de ser, en gran parte, prevenible. La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, adoptada en septiembre de 2011, reconoce la importancia crucial de reducir el nivel de exposición de las poblaciones a dietas poco sanas y al sedentarismo. En dicha Declaración se manifiesta el compromiso de promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, incluidas las políticas y medidas orientadas a promover la alimentación saludable e incrementar la actividad física en toda la población (OMS, 2010).

Bibliografía

- Acosta LD y Peláez E (2015). Mortalidad atribuible al sobrepeso y obesidad en Argentina. Comparación entre los años 2005 y 2009. *REBEP*, 32 (2): 277-292.
- Acosta LD, Bertone CL, Peláez, E (2012). Mortalidad y Años de Esperanza de Vida Perdidos a causa del consumo de alcohol en Argentina. 2008. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9 (2), artículo 4.
- American Cancer Society (2006). *The Tobacco Atlas*. 2nd ed. Atlanta, GA: ACS.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles*. Primera edición. Buenos Aires: MSN, INDEC.
- Arriaga, E. (1996). Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de población*, vol. 24, núm. 63, 7-38.
- Banegas JR, López-García E, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, v. 57, p. 201-208, 2003.
- Banegas, JR, Díez Gañán, L., González Enríquez, J., Villar Álvarez, F., Rodríguez-Artarejo, F. (2005). La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica*, vol. 124, núm. 20, 769-771.
- Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Forga LI, Martínez JA, Martínez-González MA.(2007) Validación del índice de masa corporal autorreferido en la Encuesta Nacional de Salud. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:373-81.
- Boden J. M. & Fergusson DM (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106, 906-14.
- Gutiérrez-Abejón, E., Rejas-Gutierrez, J., Criado-Espejel, P., Campo-Ortega, E.V., Breñas-Villalon, M.T., Martín-Sobrino, N. (2015). Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Medicina Clínica*, vol. 145, núm.12, 532-533.
- Hill A, Roberts J. (1998) Body mass index: A comparison between self-reported and measured height and weight. *J Public Health Med*. 1998;20:221.

- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (2017). *El tabaquismo en Argentina*. Junio 2017. Buenos Aires, Argentina: IECS. Recuperado de <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/resumen-Infografi%C2%A6%C3%BCa.pdf>
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (2017). *El tabaquismo en Chile*. Junio 2017. Buenos Aires, Argentina: IECS. Recuperado de http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Flyer_tabaquismo_CHILE.pdf
- James WPT, Jackson-Leach R, Mhurchu CN et al. (2004) Overweight and obesity (high body mass index). In *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors Volume 1*. Edited by: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Geneva: World Health Organization; 2004: 497-596.
- Kelly C, Pashayan N, Munisamy S, Powles J (2009). Mortality attributable to excess adiposity in England and Wales in 2003 and 2015: explorations with a spreadsheets implementation of the Comparative Risk Assessment Methodology. *Population Health Metrics*; 7: 11-18.
- Kessler RC (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatr*, 56, 730–7.
- Martin RJJ; Alvarez Martín E, Y Gil Prieto R (2013). “Mortalidad Atribuible al exceso de peso en España”. Medicina Clínica. Barcelona 2013.
- Mathers CD, & Loncar D (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 3(11): e442
- Ministerio De Salud De La Nación Argentina (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles*. Primera Edición, Buenos Aires.
- Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, Greenfield TK, Rey G, Kerr WC (2013). Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health*, 641–648.
- Öberg M, Jaakkola Maritta S, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A (2011). Worldwide Burden of disease from exposure to second hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377 (9760), 8-14.
- Olshansky, J & Ault B (1986). The fourth stage of the epidemiological transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 64, N° 3.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio de tabaco. Resumen*. Washington: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A los 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y Políticas Públicas, segunda edición. Washington, D.C: OPS, 2010 acceso 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/alcohol-politicas.pdf>
-
- (2015) *Tabaco*. Nota descriptiva n.º 339, 2015. Recuperada de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
-
- (2014) *Obesidad y Sobrepeso*, Nota descriptiva N°311, Agosto de 2014 [acceso: 1 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. 2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), GBD 2010 Arrow Diagram [acceso: 3 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>
- Palloni, A., Novak, B., & Pinto-Aguirre, G. (2015). The Enduring Effects of Smoking in Latin America”. *American Journal of Public Health*, vol. 105, núm. 6, 1246–1253. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302420>

- Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz AN, Alcaraz A, Rodríguez B, Augustovski F, Pichon-Riviere A. *Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos*. Documento técnico IECS N° 21. Buenos Aires, Argentina: IECS. Recuperado de http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Flyer_tabaquismo_Brasil-v9.pdf
- Plankey MW, Stevens J, Flegal KM, Rust PF (1997). Prediction equations do not eliminate systematic error in self-reported based body-mass index. *Obes Res*. 1997; 5:308–14
- Probst-Hensch N, Tanner M, Kessler C, Burri C, Künzli N (2011). Prevention –a cost-effective way to fight the non-communicable disease epidemic. *Swiss Med. Wkly.*, 141: 1-8.
- Quiles J, Vioque J. (1996). “Validez de los datos antropométricos declarados para la determinación de la prevalencia de obesidad. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106:725–9.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. (2010a). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*, 105, 817–43.
- Rogers, RG & Hackenberg R (1987). Extending epidemiologic transition theory. *Social Biology*, N° 34.
- Sánchez C y San Martín V. (2010). Mortalidad atribuible al tabaquismo durante los años 2001-2007 en Paraguay. *Revista Paraguaya de Epidemiología*, vol. 1, núm. 1, 27-32.
- Sandoya, E. y Bianco, E. (2011). Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. *Revista Uruguaya de Cardiología*, vol. 26, 201-206.
- Seitz HK, Pelucchi C, Bagnardi V, La Vecchia C (2012). Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. *Alcohol Alcohol*. 47, 204–12.
- Shield KD, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J (2015). Alcohol consumption and global burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica*; 38 (6): 442-449.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- World Health Organization (WHO) (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series n° 184. Geneva: WHO.
- _____ (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: WHO.
- _____ (2015). *Prevalence - most recent adult survey. Data by country*. Última actualización: 04/09/2015. Recuperado de: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.TOB1249?lang=en>
- _____ (2016). *Non-communicable diseases*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> Access 12/11/2016
- Yu Ye, Cheryl J. Cherpitel y Scott Macdonald. Capítulo 6: Traumatismos relacionados con el consumo de alcohol en las Américas: variaciones en función de la causa y el país. En *Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política*. OPS. OMS; Washington DC, 2013.

Anexo 1

Cuadro 1. Riesgos relativos de muerte debidos a enfermedades relacionadas con el tabaco en fumadores y ex fumadores según sexo

Causas de muerte (código CIE-10)	Varones		Mujeres	
	Fumador	Ex Fumador	Fumador	Ex Fumador
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	10,89	3,40	5,08	2,29
Cáncer esófago (C15)	6,76	4,46	7,75	2,79
Cáncer de estómago (C16)	1,96	1,47	1,36	1,32
Cáncer páncreas (C25)	2,31	1,15	2,25	1,55
Cáncer laringe (C32)	14,60	6,34	13,02	5,16
Cáncer tráquea, pulmón, bronquios (C33-C34)	23,26	8,70	12,69	4,53
Cáncer de cuello de útero (C53)	n/a	n/a	1,59	1,14
Cáncer de riñón y pelvis renal (C64-C65)	2,72	1,73	1,29	1,05
Cáncer de vejiga urinaria (C67)	3,27	2,09	2,22	1,89
Leucemia mieloide aguda (C92.0)	1,86	1,33	1,13	1,38
Cardiopatía isquémica (I20-I25)				
35-64	2,80	1,64	3,08	1,32
65 y más	1,51	1,21	1,60	1,20
Otras enfermedades cardíacas (I00-I09, I26-I28, I29-I51)	1,78	1,22	1,49	1,14
Enfermedad cerebrovascular (I60-I69)				
35-64	3,27	1,04	4,00	1,30
65 y más	1,63	1,04	1,49	1,03
Aterosclerosis (I70)	2,44	1,33	1,83	1,00
Aneurisma aórtico (I71)	6,21	3,07	7,07	2,07
Otra enfermedad arterial (I72-I78)	2,07	1,01	2,17	1,12
Neumonía, gripe (J10-J11, J12-J18)	1,75	1,36	2,17	1,10
Bronquitis, enfisema (J40-J42, J43)	17,10	15,64	12,04	11,77
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44)	10,58	6,8	13,08	6,78

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

Cuadro 2. Riesgos relativos de muerte debidos a enfermedades relacionadas con el consumo de riesgo de alcohol en adultos, según sexo

Causas de muerte (código CIE-10)	Varones			Mujeres		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	1,86	3,11	6,45	1,86	3,11	6,45
Cáncer esófago (C15)	1,39	1,93	3,59	1,39	1,93	3,59
Cáncer de hígado (C22)	1,19	1,4	1,81	1,19	1,4	1,81
Cáncer laringe (C32)	1,43	2,02	3,86	1,43	2,02	3,86
Cáncer de mama (C50)	n/a	n/a	n/a	1,25	1,55	2,41
Cáncer colorectal (C18, C20)	1	1,17	1,44	1	1,17	1,44
Diabetes mellitus (C10-C14)	0,87	0,94	1,01	0,6	0,81	1,02
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol (F10)						
Envenenamiento accidental debido a la exposición al alcohol (X45)						
100% atribuibles por definición						
Epilepsia (G40-G41)	1,81	2,44	3,27	1,81	2,44	3,27
Enfermedad hipertensiva (I10-I15)	1,4	1,57	2,47	1,2	1,81	2,81
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	0,78	0,95	1,45	0,74	0,67	1,45
Arritmia cardíaca (I47-I49)	1,08	1,44	2,09	1,07	1,42	2,02
Enfermedad cerebrovascular hemorrágica (I60-I62)	0,8	1,2	1,5	0,8	1,2	1,5
Enfermedad cerebrovascular isquémica (I63-I66)	1,4	1,6	1,94	1,2	1,96	2,4
Cirrosis hepática (K70, K74)	5,6	7	14	5,6	7,7	10,1
Pancreatitis aguda (K85)	1,2	1,8	4,2	1,2	1,8	4,2
Causas externas de mortalidad (V01-Y98)	1,12	1,26	1,58	1,12	1,26	1,58

Fuente: Rehm & Imtiaz (2016)

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

n/a: datos no aplicables

El consumo de alcohol se clasificó según el promedio de tragos por día siendo, consumo Bajo: de 0,1 hasta 3 tragos en el hombre y hasta 1,5 tragos en la mujer; consumo medio: entre 3,1 y 4,4 tragos en el hombre y entre 1,6 y 2,9 tragos en la mujer; consumo alto: igual o mayor a 4,5 tragos en el hombre e igual o mayor a 3 tragos en la mujer (Ridolfo & Stevenson, 2001)

Un trago equivale a: una lata o vaso de cerveza, una copa de vino o una medida de bebida fuerte.

Cuadro 3. Riesgos relativos de muerte por cada incremento en una unidad de Índice de Masa Corporal (IMC, Kg/m²) por encima de 21 Kg/m²

Causas de muerte (código CIE-10)	Varones					Mujeres				
	30-44	45-49	60-69	70-79	80+	30-44	45-49	60-69	70-79	80+
Diabetes mellitus no insulino dependiente (E11)	1,36	1,24	1,18	1,27	1,27	1,47	1,34	1,21	1,2	1,2
Cáncer de mama mujeres posmenopáusicas (C50)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1,03	1,03	1,03	1,03
Cáncer colorectal (C18-C21)	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01
Cáncer de útero (C54-C55)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
Hipertensión arterial primaria (I10-I13)	0,88	0,92	0,93	0,95	0,98	0,88	0,92	0,93	0,95	0,98
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	0,88	0,91	0,93	0,95	0,97	0,88	0,91	0,93	0,95	0,97
Accidente cerebrovascular (I60-I69)	0,82	0,85	0,88	0,90	0,93	0,82	0,85	0,88	0,90	0,93
Osteoartritis (M15-M19)	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04
Obesidad (E65-E66)	100% atribuible por definición									

Fuente: James et al, 2004

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

n/a: datos no aplicables

Cuadro 4. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Mortalidad observada y mortalidad atribuible al consumo de tabaco por sexo y causa de muerte

Causas de muerte (código CIE-10)	ARGENTINA 2013						BRASIL 2013						CHILE 2009-10					
	Varones			Mujeres			Varones			Mujeres			Varones			Mujeres		
	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%
NEOPLASIAS	15.036	9.195	61,2	9.040	2.916	32,3	47.215	29.028	61,5	29.630	9.800	33,1	5.789	2.843	49,1	4.011	1.223	30,5
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	624	454	72,7	249	90	36,2	5.567	4.079	73,3	1.495	559	37,4	143	100	70,4	68	28	41,9
Cáncer esófago (C15)	1.214	846	69,7	590	249	42,1	6.133	4.302	70,1	1.760	848	48,2	423	280	66,2	248	120	48,4
Cáncer páncreas (C25)	1.882	401	21,3	2.079	359	17,3	4.254	935	22,0	4.286	766	17,9	492	113	23,0	599	138	23,0
Cáncer laringe (C32)	690	561	81,3	111	69	62,2	3.667	2.999	81,8	520	339	65,1	122	94	76,8	19	10	53,6
Cáncer tráquea, pulmón, bronquios (C33-C34)	6.346	5.530	87,1	2.888	1.845	63,9	14.619	12.736	87,1	9.630	6.147	63,8	1.657	1419	85,7	991	676	68,2
Cáncer de cuello de útero (C53)	n/a	n/a	n/a	967	114	11,8	n/a	n/a	n/a	4.955	445	9,0	n/a	n/a	n/a	576	78	n/a
Cáncer de vejiga urinaria (C67)	998	427	42,8	357	64	18,0	2.434	1.070	44,0	1.120	233	20,8	280	113	40,4	142	35	24,8
Cáncer de riñón y pelvis renal (C64-C65)	1.233	457	37,1	579	24	4,2	1.711	631	36,8	1.004	37	3,7	402	149	37,1	216	11	5,1
Cáncer de estómago (C16)	1.836	473	25,8	1.045	89	8,5	8.829	2.277	25,8	4.862	427	8,8	2.197	557	25,4	1.081	119	11,0
Leucemia mieloide aguda (C92.0)	213	46	21,7	175	13	7,4	/a/	/a/	/a/	/a/	/a/	/a/	74	17	22,9	72	7	9,4
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	42.685	7.890	18,5	43.159	2.626	6,1	139.375	29.267	21,0	116.410	12.877	11,1	11.444	2.260	19,7	10.342	1.101	10,6
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	11.797	2.570	21,8	8.290	728	8,8	60.783	14.256	23,5	43.988	5.321	12,1	4.450	1029	23,1	2.924	376	12,9
Otras enfermedades cardíacas (I00-I09, I26-I28, I29-I51)	20.469	3.284	16,0	24.363	974	4,0	22.697	4.189	18,5	18.171	1.402	7,7	2.344	389	16,6	2.638	187	7,1
Enfermedad cerebrovascular (I60-I69)	9.075	1.412	15,6	9.605	791	8,2	49.290	7.856	15,9	48.848	4.887	10,0	4.150	634	15,3	4.358	439	10,1
Aterosclerosis (I70)	158	32	20,1	327	5	1,6	536	132	24,6	669	23	3,4	62	25	39,9	82	7	8,8
Aneurisma aórtico (I71)	918	560	61,0	319	109	34,2	4.107	2.566	62,5	2.691	1.062	39,5	265	162	61,3	171	76	44,2
Otra enfermedad arterial (I72-I78)	268	32	11,8	255	18	7,1	1.962	269	13,7	2.043	183	9,0	174	21	12,2	168	16	9,5
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	13.897	4.780	34,4	13.602	1.887	13,9	65.408	33.801	51,7	57.489	17.814	31,0	3.253	1.510	46,4	3.096	1.037	33,5
Neumonía, gripe (J10-J11, J12-J18)	10.341	1.975	19,1	11.611	691	5,9	30.655	6.182	20,2	32.087	2.366	7,4	1.655	303	18,3	1.771	133	7,5
Bronquitis, enfisema (J40-J42, J43)	214	186	86,9	138	87	63,4	3.133	2.796	89,3	1.980	1.425	72,0	113	95	84,3	91	68	75,3
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44)	3.342	2.619	78,4	1.853	1.109	59,9	31.620	24.823	78,5	23.421	14.023	59,9	1.485	1112	74,9	1.234	836	67,8
TOTAL muertes por causas atribuibles al consumo de tabaco	71.799	21.865	30,5	65.801	7.430	11,3	253.186	92.347	36,5	204.656	40.581	19,8	20.486	6.614	32,3	17.449	3.360	19,3

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10 DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

n/a: datos no aplicables

/a/ Causa de muerte excluida por no disponibilidad del cuarto dígito en el Sistema de Informações sobre Mortalidade.

MO: Mortalidad observada; MA: Mortalidad atribuible

Cuadro 5. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Mortalidad observada y mortalidad atribuible al consumo de tabaco por sexo y causa de muerte

Causas de muerte (código CIE-10)	ARGENTINA 2013						BRASIL 2013						CHILE 2009-10					
	Varones			Mujeres			Varones			Mujeres			Varones			Mujeres		
	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%
NEOPLASIAS	7.276	870	12,0	10.453	739	7,1	26.991	2.909	11	14.619	222	2	1.997	257	12,9	2.940	84	2,9
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	624	244	39,1	249	62	24,9	5.567	1.452	26	1.495	95	6	143	55	38,5	68	12	17,6
Cáncer esófago (C15)	1.214	273	22,5	590	77	13,1	6.133	819	13	1.760	46	3	423	94	22,2	248	24	9,7
Cáncer de hígado (C22)	1.056	120	11,4	803	52	6,5	4.983	53	1	3.748	51	1	512	55	10,7	462	23	5,0
Cáncer laringe (C32)	690	168	24,3	111	17	15,3	3.667	532	15	520	18	3	122	28	23,0	19	2	10,5
Cáncer de mama (C50)	n/a	n/a	n/a	5.527	508	9,2	n/a	n/a	n/a	13.725	345	3	n/a	n/a	n/a	1.267	11	0,9
Cáncer colorectal (C18, C20)	3.692	65	1,8	3.173	23	0,7	6.641	53	1	7.096	12	0	797	25	3,1	876	12	1,4
DIABETES	1.001	1	0,1	3.842	1	0,0	25.033	0	0	31.626	0	0	1.649	1	0,1	1.734	0	0,0
Diabetes Mellitus (E10-E14)	1.001	1	0,1	3.842	1	0,0	25.033	0	0	31.626	0	0	1.649	1	0,1	1.734	0	0,0
CONDICIONES NEUROPSIQUIATRICAS	550	483	87,8	124	63	50,4	6.683	5.892	88	1.189	672	57	475	397	83,6	98	49	50,0
TMy C debido al consumo de alcohol (F10)	448	448	100,0	45	45	100,0	5.578	5.578	100	624	624	100	213	213	100,0	17	17	100,0
Env. accidental por exposición al alcohol (X45)	1	1	100,0	0	0	0,0	67	67	100	8	8	100	146	146	100,0	21	21	100,0
Epilepsia (G40-G41)	101	34	33,7	79	18	22,2	1.038	247	24	557	40	7	116	38	32,8	60	11	18,3
ENFERMEADES CARDIOVASCULARES	24.786	1.771	7,1	22.931	765	3,3	118.147	4.623	4	104.939	668	1	9.129	704	7,7	8.619	265	3,1
Enfermedad hipertensiva (I10-I15)	2.687	525	19,5	3.409	245	7,2	21.251	2.031	10	24.234	317	1	1.500	254	16,9	2.151	114	5,3
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	11.797	130	1,1	8.290	30	0,4	60.783	376	1	43.988	34	0	4.450	131	2,9	2.924	17	0,6
Arritmia cardíaca (I47-I49)	3.337	249	7,5	3.978	126	3,2	3.206	93	3	3.881	19	0	495	41	8,3	647	17	2,6
Enf. Cerebrovascular isquémica (I63-I66)	4.286	812	18,9	4.667	342	7,3	23.084	2.018	9	22.601	274	1	1.509	229	15,2	1.704	96	5,6
Enf cerebrovascular hemorrágica (I60-I62)	2.679	55	2,1	2.587	22	0,9	9.823	105	1	10.235	24	0	1.175	49	4,2	1.193	21	1,8
ENFERMEADES DIGESTIVAS	8.669	2.310	26,6	3.668	544	14,8	17.415	9.769	56	4.767	969	20	2.425	1.692	69,8	879	412	46,9
Cirrosis hepática (K70, K74)	2.390	1.773	74,2	649	400	61,6	15.268	9.525	62	3.445	940	27	2.268	1655	73,0	757	399	52,7
Pancreatitis aguda y crónica (K85, K861/a/)	370	66	17,8	274	26	9,5	2.147	244	11	1.322	29	2	157	37	23,6	122	13	10,7
CAUSAS EXTERNAS DE MOBILIDAD Y MORTALIDAD	5.909	471	8,0	2.745	118	4,3	52.603	2.974	6	17.313	187	1	2.734	256	9,4	1.026	40	3,9
Causas externas (V01-Y98)	5.909	471	8,0	2.745	118	4,3	52.603	2.974	6	17.313	187	1	2.734	256	9,4	1.026	40	3,9
TOTAL muertes por causas atribuibles al consumo de tabaco	48.191	5.906	12	43.763	2.230	5	246.872	26.167	11	174.453	2.718	1,6	18.409	3.307	18,0	15.296	850	5,6

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10 DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

n/a: datos no aplicables

/a/ Causa de muerte excluida por no disponibilidad del cuarto dígito en el Sistema de Informações sobre Mortalidade (Pancreatitis crónica).

MO: Mortalidad observada; MA: Mortalidad atribuible

Cuadro 6. Argentina, Brasil y Chile, 2009-2013: Mortalidad observada y mortalidad atribuible al exceso de peso, por sexo y causa de muerte

Causas de muerte (código CIE-10)	ARGENTINA 2013						BRASIL 2013						CHILE 2009-10					
	Varones			Mujeres			Varones			Mujeres			Varones			Mujeres		
	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%	MO	MA	%
NEOPLASIAS	3.297	572	17,3	9.975	2.181	21,9	7.264	1.082	14,9	23.343	5.335	22,9	850	156	18,4	2.359	586	24,8
Cáncer de mama, mujeres posmenopáusicas (C50)	n/a	n/a	n/a	5.189	894	17,2	n/a	n/a	n/a	12.150	2.256	18,6	n/a	n/a	n/a	1.170	251	21,5
Cáncer colon, recto y unión rectosigmoida (C18-C20)	3.297	572	17,3	3.247	545	16,8	7.264	1.082	14,9	7867	1404	17,8	850	156	18,4	935	192	20,5
Cáncer de útero (C54-C55)	n/a	n/a	n/a	1.539	742	48,2	n/a	n/a	n/a	3.326	1.675	50,4	n/a	n/a	n/a	254	143	56,3
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	23.558	7.387	31,4	21.303	5.384	25,3	131.338	40.038	30,5	117.075	37.683	32,2	10.100	3.357	33,2	9.433	2.953	31,3
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	11.797	3.402	28,8	8.290	1.696	20,5	60.783	17.232	28,4	43.988	12.190	27,7	4.450	1422	32,0	2.924	775	26,5
Enfermedad cerebrovascular (I60-I69)	9.075	2.680	29,5	9.605	2.277	23,7	49.290	13.155	26,7	48.848	13.898	28,5	4.150	1223	29,5	4.358	1186	27,2
Hipertensión arterial primaria(I10-I13)	2.686	1.305	48,6	3.408	1.411	41,4	21.265	9.651	45,4	24.239	11.595	47,8	1.500	712	47,5	2.151	992	46,1
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	867	717	82,7	934	755	80,8	3.127	2.528	80,8	4.362	3.665	84,0	733	607	82,8	803	667	83,1
Diabetes Mellitus no insulino dependiente (E11)	782	632	80,8	746	567	76,0	2.309	1.710	74,1	2.969	2.272	76,5	702	576	82,1	752	616	81,9
Obesidad (E65-E66)	85	85	100,0	188	188	100,0	818	818	100,0	1.393	1.393	100,0	31	31	100,0	51	51	100,0
OSTEOARTRITIS	22	5	23	54	9	16,7	84	7	8,3	151	15	9,9	18	1	5,6	39	3	7,7
Osteoartritis (M15-M19)	22	5	54,0	54	9	16,7	84	7	8,3	151	15	9,9	18	1	5,6	39	3	7,7
TOTAL muertes por causas atribuibles a la obesidad	27.744	8.681	31,3	32.266	8.329	25,8	141.813	43.655	30,8	144.931	46.698	32,2	11.683	4.120	35,3	12.595	4.206	33,4

Fuente: Argentina: MSAL, ENFR 2013. MSAL-DEIS, Estadísticas Vitales 2012-2014 / Brasil: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde PNS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012-2014 / Chile: MINSAL, ENS 2009-10 DEIS-MINSAL, Estadísticas de Mortalidad 2009-2011. Elaboración propia con Epidat 4.1

Notas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

n/a: datos no aplicables

/a/ Causa de muerte excluida por no disponibilidad del cuarto dígito en el Sistema de Informações sobre Mortalidade.

MO: Mortalidad observada; MA: Mortalidad atribuible