

Mortalidad y Años de Esperanza de Vida perdidos a causa del consumo de alcohol en Argentina¹

Laura Débora Acosta²

Palabras clave: Mortalidad- Consumo de alcohol- Años de Vida Perdidos.

Resumen

Objetivo: Analizar el impacto del consumo de alcohol en la mortalidad y en los Años de Vida Perdidos (AVP) en la población argentina, año 2008. Metodología: Se utilizaron fuentes de datos secundarios. Para determinar la Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol (MACA) cada causa relacionada al consumo de alcohol se obtuvo multiplicando la Mortalidad Observada (MO) y la Fracción Atribuible Poblacional (FAP). Se calcularon tasas de mortalidad atribuida al alcohol, según edad y sexo, en cada región y total país. Por último, se calculó AVP. Resultados: Se produjeron 11001 muertes atribuidas al consumo de alcohol (3,6% del total de muertes en la población), de las cuales el 73,2% se produjeron en el sexo masculino. Los AVP a causa del consumo de alcohol fueron de 0,15 años en mujeres y 0,61 años en hombres. Los mayores AVP en ambos sexos fueron por causas externas de mortalidad y el grupo más afectado fue el de 15 a 24 años. Según regiones, se registraron mayor AVP en la región Patagónica, tanto para hombres como para mujeres. Conclusión: Los resultados de este trabajo reflejan la necesidad de potenciar las estrategias de intervención dirigidas a controlar el consumo de alcohol, en especial en hombres jóvenes.

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

² Centro de estudios Avanzados- Universidad Nacional de Córdoba. CONICET
E-mail: laudeac@hotmail.com

Mortalidad y Años de Esperanza de Vida perdidos a causa del consumo de alcohol en Argentina³

Laura Débora Acosta⁴

Introducción

En Argentina, hasta la década 1980, el patrón cultural del consumo de alcohol era permisivo pero con rechazo a los excesos. A partir del año 2000, la permisividad incondicional se ha extendido en la sociedad. Este cambio es atribuible a la industria, en particular la productora de cerveza que multiplicó en grado notable sus ventas tras enfocar su publicidad en la población juvenil para ampliar el número de sus consumidores. El hábito de beber, particularmente entre los jóvenes, dejó de vincularse con la alimentación y el ambiente familiar y pasó a ser parte del encuentro nocturno, los lugares bailables, la diversión y el descontrol. (Alderete y col. 2008: 301). Según los datos del “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2006”, realizada por el Observatorio Argentino de Drogas (2007), la prevalencia de vida de consumo de alcohol fue de casi tres cuartas partes de la población (73,9%), siendo significativamente mayor el consumo en el sexo masculino (79,9 %). Las mayores tasas de consumo se observan entre las personas de 18 a 34 años. Estos datos sobre prevalencia podrían indicar un fuerte impacto del consumo de alcohol en la mortalidad general y los Años de Esperanza de Vida Perdidos, en nuestra población en especial en el sexo masculino.

El consumo de alcohol es considerado un trastorno mental y de comportamiento según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OPS, 1998). La mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol es baja en comparación con otras causas de mortalidad: 1,7 muertes por cada 100.000 habitantes en la población general en el año 2005 (datos propios en base a Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud de la Nación Argentina año 2005). Sin embargo, el consumo de alcohol podría estar implicado en la morbi-mortalidad por otras causas, por ejemplo, los accidentes (Serfaty y col., 2005).

Al respecto, Medina-Mora y col. (2002: 15) comentan que los padecimientos asociados al consumo de alcohol que más pérdida de días de vida saludable provocan, son la cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%) y continúa explicando que a pesar de ello, también se trata de uno de los problemas de salud pública con elevado índice de recuperación de la inversión en programas orientados a su prevención y manejo. Los mismos autores agregan que el abuso del alcohol provoca un elevado costo para México, por su contribución en mortalidad prematura debida a problemas de salud y como resultado de accidentes y violencia.

³ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

⁴ Centro de estudios Avanzados- Universidad Nacional de Córdoba. CONICET
E-mail: laudeac@hotmail.com

Revuelta Muñoz y col. (2002: 113), reconocen que existen numerosos estudios que han puesto de manifiesto la asociación entre el consumo elevado de alcohol y un incremento de la mortalidad por determinadas causas, y realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la evolución de la mortalidad atribuible al alcohol (MAA) y los años potenciales de vida perdidos (APVP) por su consumo, en Cataluña de 1988 a 1997. Los resultados del citado trabajo fueron: que un 5,5% de las muertes fueron atribuibles al alcohol y que el 65,8% de las muertes fueron masculinas; los accidentes de tráfico fueron la causa de defunción más frecuente en los varones (15,3%) y las enfermedades cerebrovasculares (25,9%) en las mujeres. Además se constató una disminución progresiva del número de muertes atribuidas al alcohol y años potenciales de vida perdidos (APVP) durante el período estudiado, fundamentalmente debido al descenso de las muertes por accidentes de tráfico en ese período.

En el año 1990 el Centers of Disease Control and Prevention (CDC) elaboró un indicador que mide la mortalidad atribuible al consumo de alcohol, aplicándolo a la población de Estados Unidos (CDC, 1990). Entre las causas en la que se atribuye algún riesgo hay condiciones crónicas y condiciones agudas, dentro de las primeras se encuentran, algunas que son 100% atribuibles al consumo de alcohol, como la pancreatitis crónica inducida por alcohol (K86.0), y otras que poseen un alto riesgo, como la cirrosis hepática (K74.3-K74.6, K76.0, K76.9), además de otras causas de media y baja probabilidad. Entre aquellas condiciones agudas, hay causas 100% atribuibles al consumo de alcohol, como el suicidio inducido por alcohol (X65), y otras de alto riesgo como los homicidios (X85-Y09, Y87.1) y otras causas externas (CDC, 2009). Con respecto a esto, un estudio realizado por Bella y col. (2010) en la ciudad de Córdoba, cuyos objetivos fueron identificar los factores de riesgo de suicidio presentes en niños y adolescentes que se hospitalizan por intento de suicidio mediante un análisis multivariado, describió, entre otros antecedentes psicopatológicos íntimamente relacionados con el suicidio, el consumo de sustancias como el alcohol y la marihuana.

Diversos estudios en países desarrollados han analizado la mortalidad atribuida al consumo de alcohol, a través de la metodología propuesta por el CDC (1990). En el 1998 la mortalidad atribuible al alcohol en Barcelona, España representó el 4,8% del total de muertes, reduciéndose desde 1983 (Jané y col., 2003). En España en el año 2004, observaron que la mortalidad atribuible al alcohol en la población total fue mayor para causas crónicas que agudas (60% frente al 40% respectivamente), aunque al analizar los años potenciales de vida perdidos (APVP) tuvieron más peso las causas agudas: 30 años frente a 13,7 años respectivamente; por lo que podrían estar implicado en esta diferencia el peso que poseen las principales causas de muerte en el grupo de adolescentes y jóvenes (Ochoa y col, 2006).

Objetivo

Analizar el impacto del consumo de alcohol en la mortalidad y en los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) en la población argentina, según, sexo, grupos de edad y región geográfica, en el año 2008.

Metodología

El estudio es cuantitativo, transversal y descriptivo, el universo de estudio estuvo conformado por todas las defunciones producidas en el año 2008 (N= 302.133), según causas de muerte, de acuerdo a la CIE-10 (OPS, 1998), atribuibles directa e indirectamente al consumo de alcohol en la población de Argentina, a partir de la metodología propuesta por la CDC (1990)- Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol (MACA)-, y el cálculo de los AEVP (Arriaga, 1996).

Se utilizaron como fuentes de datos secundarias la base de datos de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación del año 2008, y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos calculadas para el mismo año (INDEC). Además se utilizó la base de datos de la “Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008” (EnPreCoSP-2008) realizada en la población mayor a 15 años de Argentina para obtener datos de prevalencia de consumo de alcohol de Argentina (INDEC, 2009), necesarias para el cálculo de algunos de los indicadores utilizados que se describen más adelante.

Cabe destacar que la muestra de la EnPreCoSP-2008 (INDEC, 2009), se caracterizó por ser nacional, probabilística, polietápica y representativa, se realizó en aglomerados de más de 70 mil habitantes (según últimas proyecciones al año 2006 alcanzarían 80 mil habitantes), tomando como base el último Censo Nacional de Población y Viviendas del año 2001. La muestra comprendió hogares, en viviendas particulares, de cada uno de los aglomerados urbanos del país. Se realizaron un total de 13.471 encuestas efectivas sobre una muestra de 19.084 casos, distribuida en la totalidad de las provincias del país.

Como se mencionara anteriormente, los datos necesarios para la elaboración del análisis propuesto son el número total de defunciones del país según edad, sexo y causas. Del este total se extraen aquellas que se cree son atribuibles al consumo de alcohol de acuerdo a lo planteado por el CDC, que han publicado una lista con las enfermedades y su Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP)⁵. El concepto de FAP, es utilizado en epidemiología para indicar causalidad. Es la proporción en que el efecto (en este caso la muerte) en la población expuesta, puede ser atribuido al factor de riesgo⁶ (en este caso el consumo de alcohol).

La tabla N° 1 (ver anexo) indica las causas relacionadas al consumo de alcohol consideradas con sus correspondientes códigos CIE-10 y el grado de causalidad.

Para las causas de mortalidad atribuible al consumo de alcohol directamente relacionadas, existen las FAP calculadas por ese organismo, y las FAP para causas indirectamente relacionadas, deben ser calculadas según la prevalencia del consumo de cada población.

⁵ La Fracción Atribuible Poblacional (FAP) es un indicador de riesgo poblacional, indica la proporción de la población que está en riesgo de padecer un daño, en relación a su exposición a un determinado factor de riesgo. Para obtener la FAP, se requiere conocer la frecuencia del factor de riesgo en la población (consumo de alcohol), y la incidencia del evento (muerte). La misma se calcula de la siguiente manera: $FAP = (Tasa\ de\ incidencia\ en\ la\ población - Tasa\ de\ incidencia\ en\ población\ no\ expuesta) / (Tasa\ de\ incidencia\ en\ la\ población) \times 100$ (Beaglehole, 1994).

⁶ El concepto de factor de riesgo se refiere a una característica o condición detectable en una persona, la cual produce que la misma tenga mayor probabilidad de padecer un daño a la salud (en este caso la muerte). Para determinar si una determinada exposición constituye un factor de riesgo, se obtiene el Riesgo Relativo (RR), el cual se calcula dividiendo la tasa de incidencia en la población expuesta, en relación a la población no expuesta (Battelino, 1994).

$$RR = (Tasa\ de\ incidencia\ en\ la\ población\ expuesta) / (Tasa\ de\ incidencia\ en\ la\ población\ no\ expuesta)$$

Cuando el riesgo relativo es mayor a 1 indica que existe un mayor riesgo de padecer el evento no deseado (muerte) para aquella persona que presenta un factor determinado (consumo de alcohol). Cuando es menor a 1 se considera que es un factor de protección y cuando es igual a 1 indica que no existe relación causal. Mientras que el RR es una medida de riesgo individual, la Fracción Atribuible Poblacional es un indicador de riesgo poblacional, se define como la proporción de casos de un determinado evento (muerte) que se podrían evitar en la población si se eliminara la exposición a un determinado factor de riesgo (consumo de alcohol).

Siguiendo la metodología propuesta por el CDC (2004), se calcularon las FAP, a partir de datos sobre exposición (alta, media o baja) al consumo de alcohol. Para determinar la exposición al consumo de alcohol en la población, como se mencionara previamente, se utilizó la “Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008” (EnPreCoSP-2008) realizada en la población mayor a 15 años de Argentina (INDEC, 2009). Los datos sobre prevalencia de consumo en embarazadas, fueron obtenidos de estimaciones realizadas por English y col. (1995).

Índices calculados

Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol

La Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol (MACA) se obtuvo multiplicando las Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP) con la mortalidad observada (MO) para cada causa de muerte relacionada con el consumo de alcohol. Para el cálculo de las FAP se ha procedido de acuerdo a los criterios utilizados por el CDC (1990):

- *Causas directamente relacionadas:*

En este caso la MACA se obtuvo multiplicando la Mortalidad Observada (MO), es decir, las defunciones tomadas de la DEIS (2008) para cada causa directamente relacionada y la FAP indicada por el CDC (2004).

- *Causas indirectamente relacionadas:*

Corresponden a condiciones crónicas particulares, las cuales se determinan a partir de unos riesgos relativos previamente determinados y en función a los niveles de consumo de alcohol en la población. Se calculó la FAP para riesgo medio/alto para cada causa indirectamente relacionada con el consumo de alcohol, la cual se calcula de la siguiente forma (CDC, 2004):

$$FAP^7 = \left(\frac{r1}{(r1)+1} \right) \left(\frac{r2}{(r2)+1} \right)$$

Los datos de Riesgos Relativos fueron tomados del CDC (2004), mientras que los datos de prevalencia fueron obtenidos de la encuesta EnPreCoSP-2008. Se consideraron los puntos de corte establecidos por English y colaboradores (1995) y Ridolfo y Stevenson (1998) para consumo bajo, medio y alto de alcohol, que surgen del promedio de tragos por día⁸. Dichos puntos de corte son:

⁷ Donde:

r1= rr1/rr0 (compara riesgo relativo, medio y bajo)

r2= rr2/rr0 (compara riesgo relativo, alto y bajo)

rr0= riesgo relativo para consumo de alcohol bajo (CDC, 2004)

rr1= riesgo relativo para consumo de alcohol medio (CDC, 2004)

rr2= riesgo relativo para consumo de alcohol alto (CDC, 2004)

p1= prevalencia de consumo de alcohol rango medio (INDEC, 2009)

p2= prevalencia de consumo de alcohol rango alto (INDEC, 2009)

⁸Un trago corresponde a: una lata (350 ml) de cerveza; una copa (150 ml) de vino o una medida (40 ml) de bebida fuerte (INDEC, 2009).

		Promedio de tragos por día	
		Hombres	Mujeres
Consumo	Sexo		
	Bajo	Hasta 3,0	Hasta 1,5
	Medio	3,1	1,6
	Alto	4,5	3,0

Para cada causa relacionada al consumo de alcohol se obtuvo multiplicando la MO en cada causa relacionada y FAP.

Se tuvo en cuenta, además, el posible efecto protector del alcohol en determinadas causas, como la colelitiasis y cardiopatía isquémica. Al respecto, Alderete y col. (2008: 301), cita un artículo que habla de los efectos beneficiosos en este último caso; comenta que el consumo en forma moderada de bebidas alcohólicas puede ser beneficioso dado que atenúa la formación de coágulos sanguíneos, lo cual representa un mecanismo protector para las enfermedades coronarias. Al mismo tiempo cita a otros autores que aseguran que, por otro lado, la toxicidad por consumo excesivo puede producir daño pancreático y es un mediador importante de efectos agudos, como accidentes, lesiones intencionales o muerte y violencia familiar.

-Rangos de edad considerados: Para el cálculo de causas crónicas y agudas, el rango de edad considerado fue población de 15 años y más, ordenadas por grupos quinquenales de edad. Hubo algunas excepciones: el caso de mortalidad por patologías del recién nacido, en las que se consideraron los menores de un año, muertes por maltrato infantil en las que se consideraron menores de 15 años; en accidentes de tránsito se consideraron todas las edades.

-Regiones consideradas: Se consideraron las siguientes regiones:

- “Pampeana”, que incluye las jurisdicciones de Buenos Aires; Ciudad autónoma de Buenos Aires, Entre Ríos, Córdoba, Santa Fe y La Pampa;
- “Noroeste” que comprende Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero y Tucumán;
- “Noreste” compuesta por Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones;
- “Cuyo” conformada por Mendoza, San Juan y San Luis; y
- “Patagónica” que contiene a las provincias de Chubut, Neuquén, Tierra del Fuego, Río Negro y Santa Cruz.

Figura N° 1:

REGIONES GEOGRÁFICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



Fuente: INDEC

Años de Esperanza de Vida Perdidos

Otros de los índices aplicados en este estudio fue el de AEVP. El método de años de vida perdidos explican en su totalidad el cambio de las esperanzas de vida, indicando la contribución de cada edad y cada causa de muerte al cambio total de la esperanza de vida. Muchas veces los estudios realizados sobre mortalidad se encontraron con el inconveniente que no se tenía un índice adecuado para medir la misma, las tasas están afectadas por la estructura por edades, y las esperanzas de vida son complicadas de analizar para ver la contribución de cada causa de muerte a la evolución de la mortalidad de la población analizada. El índice “años de vida perdidos”, tiene la ventaja de poder medir con el mismo índice el nivel de mortalidad y su cambio. Lo más destacable de este índice es la posibilidad de una fácil interpretación del mismo en relación con la contribución de cada causa de muerte en la mortalidad (Pelaez, 2004: 2149).

Se calcularon los AEVP con la MACA para cada grupo de edad según el método propuesto por Arriaga (1996). Primero se estimaron las tablas de vida de cada sexo utilizando la rutina LTPOPDTH⁹ del PAS, para la que se requieren datos de mortalidad por sexo y grupos de edad, y datos de población. Con datos de estas tablas de vida se calcularon los AEVP con la rutina YL0805¹⁰ del paquete PAS¹¹.

Para obtener la frecuencia de las muertes por causas atribuibles al alcohol y la prevalencia del consumo de alcohol según sexo, grupo de edad y lugar de residencia, se utilizaron las bases de datos ya mencionadas. Se realizó el procesamiento de dichos datos con el programa estadístico SPSS versión 11.5.

Resultados

Mortalidad atribuida al consumo de alcohol en Argentina

En el año 2008 se produjeron un total de 11.731 muertes atribuidas al consumo de alcohol (3,9% del total de muertes en la población). En varones la mayor proporción de muertes relacionadas al consumo de alcohol se produjeron por causas externas (43,7%), seguidas por enfermedades circulatorias y en tercer lugar las enfermedades digestivas; mientras que en mujeres las principales causas de muertes atribuidas al consumo de alcohol estuvieron relacionadas con las enfermedades circulatorias (42,5%) seguidas de las causas externas, y en tercer lugar las neoplasias (Ver anexo, Tabla N° 2). Cabe destacar que no se observaron casos, (o su frecuencia fue menor a 0.5 al multiplicar la MO por la FAP) para los grupos de causas “Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo”, “Embarazo, parto y puerperio”, y “Hallazgos anormales clínicos y de laboratorio”.

En cuanto a los AEVP atribuidos al consumo de alcohol por grupo de edad y sexo, en la Fig. N° 2 se observa claramente que los hombres pierden muchos más años de esperanza de vida por causa del consumo de alcohol, excepto en las de menores de un año, en el que la causa de muerte que genera la pérdida de años de vida son ciertas afecciones del período perinatal y las causas externas afectan de igual manera a ambos sexos. Con respecto a lo que sucede según los grupos de edades, cabe destacar que el índice AEVP destaca las causas de muerte que tienen mayor peso de entre todas aquellas que causan las muertes de la subpoblación estudiada. Entonces, en los adultos mayores, otras causas no atribuidas alcohol ganan mayor importancia, o lo que es lo mismo, las atribuidas al alcohol la pierden.

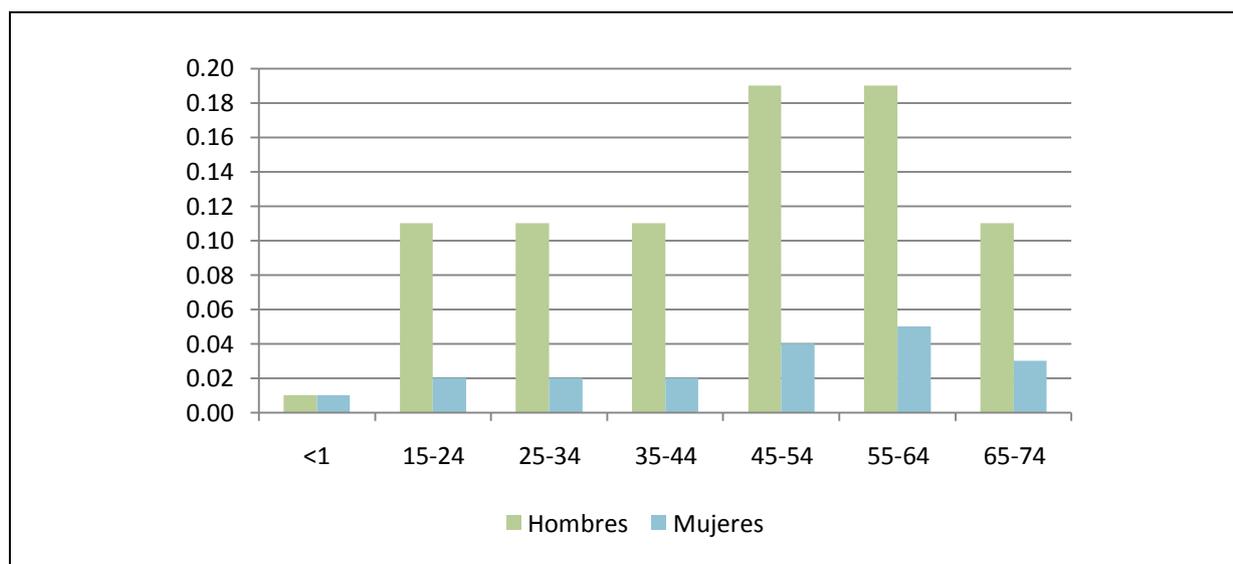
Figura N° 2: AEVP ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GRUPO

⁹ Construye una tabla de vida a partir de datos de población y de defunciones por edad

¹⁰ Planilla que calcula los AEVP por grupos quinquenales de edad, cuyo grupo abierto es de 80 años y más.

¹¹ Population Analysis Spreadsheets (PAS)

DE EDAD Y SEXO. ARGENTINA, AÑO 2008.



Fuente: elaboración propia.

La Esperanza de Vida al Nacer para la población argentina femenina, según estimaciones del INDEC¹² fue de 79,06 años (2005-2010), y coincide con las estimaciones realizadas con los datos del año 2008. Los AEVP totales fueron de 6,29 años, de los cuales 0,20 se atribuyen al consumo de alcohol. El grupo de edad más afectado por los AEVP debido al consumo de alcohol fue el de 55 a 64 años. Dentro de las causas atribuidas al consumo de alcohol, las que más influyeron a los AEVP fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad; afectando a mujeres entre 15 y 44 años (ver anexo, Tabla N° 3).

La Esperanza de Vida al nacer en hombres de Argentina estimada por INDEC (2005-2010) es de 71,56 años. Existe una leve diferencia con las estimaciones realizadas utilizando la planilla del PAS, en la que la esperanza de vida al nacer de los hombres en el año 2008 es de, 72,12 años.

El total de AEVP para hombres de Argentina fue de 10,43 años, de los cuales 0,85 son atribuidos al consumo de alcohol. El grupo de edad más afectado por las AEVP fue el de 55 a 64 años. Dentro de las causas atribuidas al consumo de alcohol, la que más contribuyó a los AEVP fue las causas externas de morbilidad y mortalidad. El grupo de edad más afectado por esta causa fue el de 15 a 34 años (ver anexo, Tabla N° 4).

¹² Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad 1950-2015. Los resultados que se presentan derivan de la aplicación de la hipótesis media de evolución de la fecundidad (variante recomendada). Elaboración en base a los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Mortalidad atribuida al consumo de alcohol por región

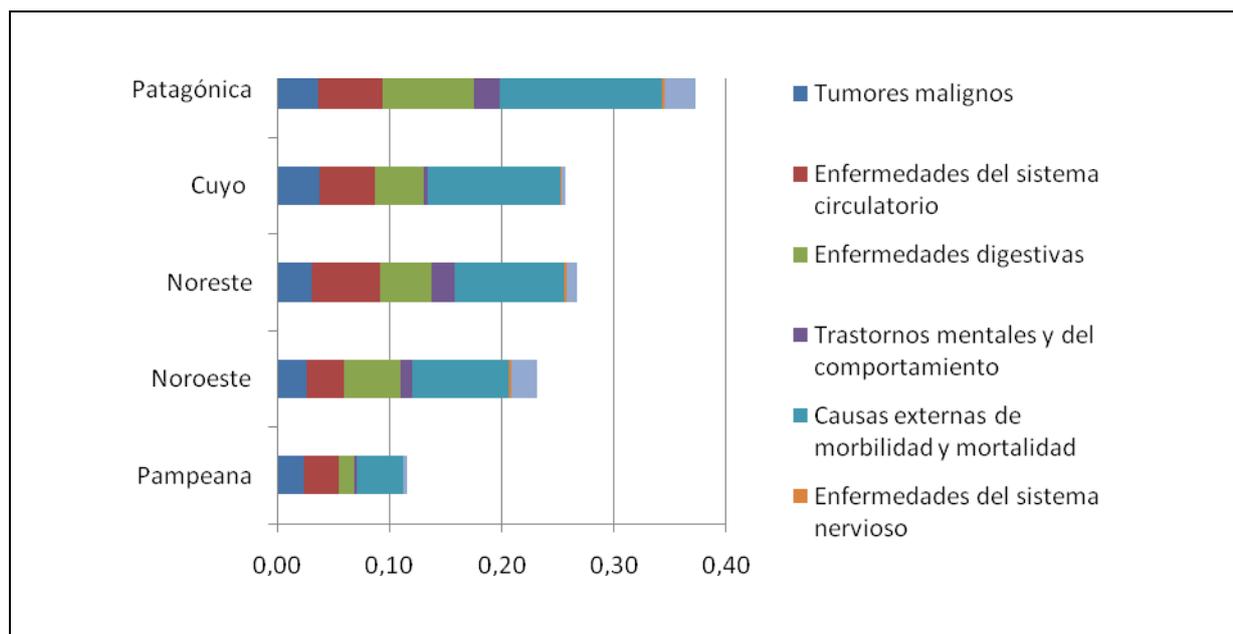
Ahora se representarán los años de vida perdidos por sexos y regiones geográficas de Argentina.

En las Tablas N° 5 y 6 del anexo se observa la distribución de la MACA entre las 5 regiones geográficas argentinas descriptas anteriormente. Se observa en números absolutos y en ambos sexos, que la mayor MACA se encuentra en la región Pampeana. Al analizar proporcionalmente, para mujeres de la región Pampeana la MACA fue del 2%, en la región Noroeste 2%, en la región Noreste 3%, en la región Cuyo 3% y Patagónica de 4%. La proporción de MACA para hombres de la región Pampeana fue de 4%, en la región Noroeste 8%, en la región Noreste 8%, en la región Cuyo 7% y en la región Patagónica 13%.

En cuanto a las proporción de las causas de muerte atribuidas al consumo de alcohol en mujeres, se observa que en la región Pampeana existió mayor proporción de MACA por enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos; en la región Noroeste por causas externas de mortalidad y enfermedades digestivas; en la región Noreste y Cuyo por enfermedades del sistema circulatorio y causas externas de mortalidad. En la región Patagónica por causas externas de mortalidad en primer lugar, seguido de enfermedades del sistema circulatorio.

En hombres, se observa que en todas las regiones la mayor proporción de muertes fueron causas externas de mortalidad, con mayor proporción en las regiones Noreste, Patagónica y Cuyo. En segundo lugar, en las regiones Pampeana, Noreste y Cuyo se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio; mientras que en la región Noroeste y Patagónica se encuentran las enfermedades digestivas.

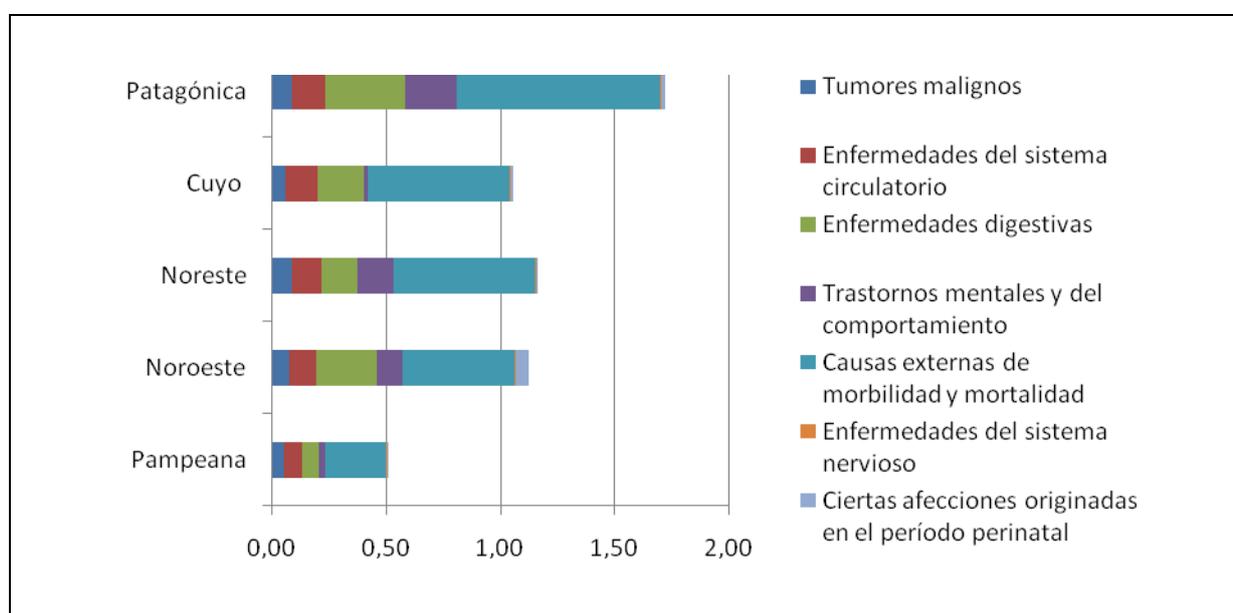
Figura N° 3: AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS ATRIBUIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS Y REGIONES. TODAS LAS EDADES, MUJERES ARGENTINA 2008



Fuente: Elaboración propia

La Fig. N° 3 refleja los AEVP atribuidos al consumo de alcohol para mujeres de Argentina, según región. Se observa que los mayores AEVP se encuentran en la región Patagónica, seguida de la región Noreste y Cuyo. Según grupos de causas debidas al consumo de alcohol, los AEVP por afecciones originadas en el período perinatal fueron mayores en la región Noroeste, las causas externas de morbilidad y mortalidad en la región Patagónica, al igual que los trastornos mentales y de comportamiento y las enfermedades digestivas. Los mayores AEVP para enfermedades del sistema circulatorio se observaron en la región Noreste, mientras que no se observaron diferencias importantes por región para los AEVP por enfermedades del sistema nervioso y tumores malignos.

Figura N° 4: AÑOS DE VIDA PERDIDOS ATRIBUIDAS AL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS Y REGIONES. TODAS LAS EDADES, VARONES ARGENTINA 2008



Fuente: Elaboración propia

La Fig. N° 4 muestra los AEVP atribuidos al consumo de alcohol para hombres de Argentina en el año 2008, según región. Se observa que la región de Patagónica, seguida por las regiones Noroeste y Noroeste presentan el valor mayor de AEVP para el total de MACA. Según grupo de causas de muerte atribuidas al consumo de alcohol, la región Patagónica presentó mayor AEVP por causas externas de morbilidad y mortalidad, trastornos mentales y de comportamiento y enfermedades del sistema digestivo. La región Noroeste presentó mayor AEVP por ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Por otra parte, no se registraron diferencias importantes en los AEVP por enfermedades del sistema nervioso entre las regiones.

En todas las regiones y en ambos sexos el principal grupo de causas relacionadas al consumo de alcohol, fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad; y los grupos de edades más afectados fueron los de 15 a 34 años.

Conclusiones

Los resultados del presente trabajo indican que la mortalidad atribuible al consumo de alcohol es mayor a la reportada por otros estudios, como los realizados por Ochoa R. y colaboradores (2006) en España, donde la MACA fue del 2,3%, o las reportadas por Sjören H y colaboradores (2000) en Suiza, el cual fue del 1,4%, o a los reportados por Emslie y colaboradores en Escocia (2009) el cual fue del 3%. Por otra parte, es menor a los reportados por Bello y colaboradores en las Islas Canarias (2003), la cual fue del 6% o en Suecia, la cual fue del 5% (Hemström, 2002). Estas diferencias podrían estar relacionadas con la prevalencia del consumo de alcohol en la población argentina, con respecto a los países referidos. 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 (Sjören y col 2003; Ochoa y col 2006; Bello y col 2003; Hemström, 2002; Revuelta Muñoz y col, 2002), lo cual se debe en parte a la diferencia en la prevalencia de consumo excesivo de alcohol por género (Revuelta Muñoz y col, 2002).

El grupo de causas que más afectaron a los AEVP fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad, las cuales a su vez afectaron principalmente a la población joven. Estos datos coinciden con los reportados por otros autores (Sjören y col 2003; Ochoa y col 2006; Bello y col 2003; Hemström, 2002; Revuelta Muñoz y col, 2002).

En relación a la comparación por regiones geográficas, a pesar que en términos absolutos la región Pampeana presentó mayor MACA, al analizar los AEVP por regiones, se observó que esta región es la que presentaba menor AEVP que el resto de las regiones. La utilización de AEVP permite establecer comparaciones en relación al nivel y cambio de la mortalidad entre poblaciones, no influyendo en el índice las diferencias en la composición por edad de las poblaciones (Arriaga, 1996). Por lo tanto las diferencias observadas entre las regiones no serían debido a la composición por edades de las mismas, sino que deberían ser explicados por otros factores. Por una parte podría relacionado con la prevalencia del consumo de alcohol en las regiones (Bello y col, 2003), como así también, por la distribución de las causas de muerte entre las regiones, en la cual otros factores -además del alcohol- podrían actuar. Por ejemplo, la región Patagónica presenta mayor proporción de muertes por causas externas de morbilidad y mortalidad, la cual afecta principalmente a personas jóvenes y por lo tanto influye en los AEVP. Se requieren de nuevos estudios para determinar los factores que a su vez influyen en los patrones de consumo de la población; así como en la distribución de causas de muerte.

En cuanto a la metodología utilizada, la principal limitación del presente trabajo se encuentra en haber utilizado FAP provenientes del CDC de los EEUU, las cuales pueden afectar los resultados obtenidos ya que no provienen de la misma población. Sin embargo, ante la ausencia de FAP para la población Argentina, esta metodología permite realizar un aproximación al problema en el país y observar las diferentes realidades regionales. Además permite establecer comparaciones con otros países que han utilizado la misma metodología propuesta por el CDC. Otra limitación que presenta el presente trabajo es la validez de la causa fundamental de defunción, la cual depende de la calidad de los registros de estadísticas vitales.

Los resultados de este trabajo reflejan la necesidad de potenciar las estrategias de intervención dirigidas a controlar el consumo de alcohol, en especial en hombres jóvenes. Por otra parte, se requieren de estudios que analicen la MACA a través del tiempo, lo permitirá la evaluar el

impacto de las políticas de prevención en el consumo de alcohol en la Argentina, tal como ha sido realizado en otros estudios (Revuelta Muñoz, 2001; Hemström, 2002).

Bibliografía

1. Alderete E, Kaplan CP, Nah G, Pérez-Stable EJ. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública Mex* 2008; 50:300-307.
2. Arriaga EE. Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de población*. 1996; 24(63):7-38.
3. Bella Mónica E., Fernández Ruth A., Willington José M. Identificación De Factores De Riesgo en Intentos de Suicidio en Niños y Adolescentes. *Rev Argent Salud Pública*, Vol. 1 - N° 3, Junio 2010.
4. Bello LM, Saavedra P, Serra M. Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas Canarias (1980-1998). *Gace Sanit* 2003; 17 (6): 466-473.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol-related mortality and years of potential life lost--United States, 1987. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 1990; 39:272-275.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol Related Disease Impact (ARDI). Alcohol and Public Health. Disponible en: <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/HomePage.aspx> Accedido: 30/11/09.
7. Emslie C, Mitchell R. Are the gender differences in the geography of alcohol-related mortality in Scotland? An ecological study. *BMC Public Health* 2009; 9: 58-66.
8. English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Codde JP, et al. The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1995 edition. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health 1995.
9. Hemström, O. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *European Journal of Public Health* 2002; 12:254-262.
10. INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (EnPreCoSP 2008). Documento para la utilización de Base de Datos Usuario. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Salud de la Nación. 2009
11. Jané M, Borrell C, Nebot M, Pasarín MI. Impacto del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de Barcelona. *Gac San* 2003; 17 (2): 108-115.
12. MEDINA-MORA ME, NATERA G, BORGES G: Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. Conadic-Secretaría de Salud, México, 2002.
13. Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional de población de 12 a 65 años, sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2006. Informe de resultados 2007.
14. Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España 1999-2004. Instituto de Estudios de alcohol y drogas Valladolid, diciembre 2006.

15. PELÁEZ E., 2004, Análisis del nivel y cambio de la mortalidad joven y adulta en la Provincia de Córdoba entre 1980 y 1995, XI Encuentro Nacional de Estudios Populacionais da ABEP.

16. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10). Washington DC: OPS, 1996.

17. Revuelta Muñoz E, Godoy García P y Farreny Blasi M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. Aten Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 112-118.

18. Ridolfo B, Stevenson, C. The Quantification of Drug-Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1998. Drug Statistics Series no. 7. AIHW cat. no. PHE 29. Canberra, Australia: AIHW. 2001.

19. Serfaty E, Masaútis A, Foglia VL. Consumo habitual de alcohol y accidentes no fatales, en adolescentes varones de Argentina. Estudio epidemiológico. Acta Psiquiat Psicol Am Lat 2005; 51 (1): 21-25.

20. Sjören H, Eriksson A, Brostön G, Ahlm K. Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. Alcohol and Alcoholism 2000; 35 (6): 601-611.

21. Revuelta Muñoz E, Godoy García P y Farreny Blasi M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. Aten Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 112-118.

Anexo

Tabla N° 1		
CAUSAS DE MUERTE RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU GRADO DE RELACIÓN SEGÚN LA CDC		
CAUSAS	CÓDIGOS CIE-10	CONTRIBUCIÓN A LA MORTALIDAD
CONDICIONES CRÓNICAS		
TUMORES MALIGNOS		
Cáncer orofaríngeo	C01-C06, C09-C10, C12-C14	Causalidad media (CI)
Cáncer de esófago	C15	Causalidad media (CI)
Cáncer de hígado	C22	Causalidad media (CI)
Cáncer de laringe	C32	Causalidad media (CI)
Cáncer de mama, mujeres	C50	Causalidad media/baja (CI)
Cáncer de próstata	C61	Causalidad media/baja (CI)
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO		
Abuso de alcohol	F10.0, F10.1	100% atribuible (CD)
Síndrome de dependencia de alcohol	F10.2	100% atribuible (CD)
Psicosis alcohólica	F10.3-F10.9	100% atribuible (CD)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		
Degeneración del sistema nervioso debido al consumo de alcohol	G31.2	100% atribuible (CD)
Epilepsia	G40, G41	C. media/baja (CD)
Polineuropatía alcohólica	G62.1	100% atribuible (CD)
Miopatía alcohólica	G72.1	100% atribuible (CD)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		
Accidente cerebrovascular, isquemia	G45, I63, I65-I67, I69.3	Causalidad media/baja (CI)
Hipertensión	I10-I15	Causalidad media/baja

		(CI)	
Enfermedad isquémica del corazón	I20-I25	Causalidad media/baja (CI)	
Cardiomiopatía alcohólica	I42.6	100% atribuible (CD)	
Disritmia cardíaca supraventricular	I47.1, I47.9, I48	Causalidad media (CI)	
Accidente cerebrovascular, hemorragia	I60-I62, I69.0-I69.2	Causalidad media/baja (CI)	
Várices esofágicas	I85, I98.20, I98.21	Causalidad media (CD)	
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO			
Hemorragia gastroesofágica	K22.6	Causalidad alta (CD)	
Gastritis alcohólica	K29.2	100% atribuible (CD)	
Enfermedad alcohólica del hígado	K70-K70.4, K70.9	100% atribuible (CD)	
Hepatitis crónica	K73	Causalidad media/baja	
Cirrosis hepática inespecífica	K74.3-K74.6, K76.0, K76.9	Causalidad alta (CD)	
Hipertensión portal	K76.6	Causalidad alta (CD)	
Colelitiasis	K80	C. media/baja (CD)	
Pancreatitis aguda	K85	Causalidad alta (CD)	
Pancreatitis crónica inducida por el consumo de alcohol	K86.0	100% atribuible (CD)	
Pancreatitis crónica	K86.1	Causalidad alta (CD)	
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO			
Soriasis	L40.0-L40.4, L40.8, L40.9	C. media/baja (CD)	
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO			
Aborto espontáneo	O03	C. media/baja (CD)	
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL			
Bajo peso al nacer, prematuridad, retardo en crecimiento intrauterino o muerte.	O36.5, O36.4, P05, P07	C. media/baja (CI)	
Feto y recién nacido afectado por el consumo materno de alcohol	P04.3, O35.4	100% atribuible (CD)	
Síndrome alcohólico fetal	Q86.0	100% atribuible (CD)	
CONDICIONES AGUDAS			
HALLAGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO			
Excesivo nivel de alcohol en sangre	R78.0	100% atribuible (CD)	
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD			
Otros accidentes de tránsito	V01, V05-V06, V09.1, V09.3, V09.9, V10-V11, V15-V18, V19.8-V19.9, V80.0-V80.2, V80.6-V80.9, V81.2-V81.9, V82.2-V82.9, V87.9, V88.9, V89.1, V89.3, V89.9	Causalidad media (CD)	
Accidentes por vehículo automotor tráfico	V02(.1, .9), V03(.1, .9), V04(.1, .9), V09.2, V12-V14(.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28(.3-.9), V29.4-V29.9, V30-V39(.4-.9), V40-V49(.4-.9), V50-V59(.4-.9), V60-V69(.4-.9), V70-V79(.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2	Causalidad media (CD)	
Accidentes por vehículo automotor no tráfico	V02.0, V03.0, V04.0, V09.0, V12-V14(.0-.2), V19.0-V19.3, V20-V28(.0-.2), V29.0-V29.3, V30-V39(.0-.3), V40-V49(.0-.3), V50-V59(.0-.3), V60-V69(.0-.3), V70-V79(.0-.3), V81.0, V82.0, V83-V86(.4-.9), V88.0-V88.8, V89.0	Causalidad media/baja (CD)	
Accidentes, Transporte marítimo	V90-V94	C. media/baja (CD)	
Transporte aéreo	V95-V97	C. media/baja (CD)	
Accidentes por caídas	W00-W19	Causalidad media (CD)	
Accidentes ocupacionales	W24-W31, W45	C. media/baja (CD)	
Accidente por armas de fuego	W32-W34	C. media/baja (CD)	
Accidente por ahogamiento	W65-W74	Causalidad media (CD)	
Aspiración	W78-W79	C. media/baja (CD)	
Accidentes por fuego	X00-X09	Causalidad media (CD)	
Hipotermia	X31	Causalidad media (CD)	
Envenenamiento (no alcohol)	X40-X49 (except X45)	Causalidad media (CD)	
Envenenamiento por alcohol	X45, Y15, T51.0, T51.1, T51.9	100% atribuible	

Suicidio	X60-X84, (except X65) Y87.0	Causalidad media (CD)	
Suicidio por exposición al alcohol	X65	100% atribuible	
Maltrato infantil	X85-Y09, Y87.1	C. media/baja (CD)	
Homicidio	X85-Y09, Y87.1	Causalidad media (CD)	

CD: Cálculo directo

CI: Cálculo indirecto

Tabla N° 2: MUERTES ATRIBUIDAS AL CONSUMO DE ALCOHOL, POR AGRUPAMIENTO DE CAUSAS Y SEXO. ARGENTINA, 2008.

Causas de muerte	Varones	Mujeres
TOTAL	8783	2948
Tumores malignos	1163	599
Cáncer de mama	-	296
Cáncer de esófago	313	80
Cáncer de laringe	248	24
Cáncer de hígado	296	156
Cáncer orofaríngeo	188	43
Cáncer de próstata	119	-
Enfermedades del sistema circulatorio	1932	1252
Cardiomiopatía por alcohol	15	0
Hipertensión	477	408
Enfermedad isquémica del corazón	187	69
Accidente cerebral hemorragia	953	538
Accidente cerebral isquemia	247	206
Disritmia cardíaca supraventricular	22	20
Várices esofágicas	32	11
Enfermedades del sistema digestivo	1496	385
Pancreatitis aguda	92	54
Pancreatitis crónica inducida por alcohol	3	0
Gastritis alcohólica	2	0
Enfermedad alcohólica del hígado	832	130
Pancreatitis crónica	2	0
Cirrosis hepática, inespecífica	564	201
Colelitiasis	-4	-3
Hepatitis crónica	1	0
Hipertensión portal	4	2
Trastornos mentales y del comportamiento	642	62
Abuso de alcohol	59	10
Dependencia de alcohol	558	48
Psicosis alcohólica	25	4
Causas externas de morbilidad y mortalidad	3481	612
Transporte aéreo	1	0
Envenenamiento por alcohol	3	0
Aspiración	10	6
Maltrato infantil	6	5
Ahogamiento	121	12
Accidente por caída	65	26
Accidente por fuego	105	49
Accidente por arma de fuego	13	2
Homicidio	696	124
Hipotermia	11	0
Accidentes vehículo automotor no tránsito	11	5
Accidentes vehículo automotor tránsito	1137	205
Accidentes ocupacionales	6	0
Otros accidentes de tránsito	64	24
Envenenamiento (no alcohol)	26	17
Suicidio	563	138
Enfermedades del sistema nervioso	38	14
Polineuropatía por alcohol	3	0

Degeneración del sistema nervioso inducido por alcohol	15	2
Epilepsia	20	12
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	31	25
Bajo peso al nacer, prematuridad	31	25

No se consideraron los grupos de causas muertes cuya MACA por grupo edad tuviese una frecuencia menor a 0.5

Tabla N°3

AEVP según grupos de edad decenales y causas de muerte. Mujeres. Argentina.2008											
Grupos de edad	Total	<1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-79 años
Causas de muerte											
TOTAL	6,29	1,00	0,16	0,16	0,26	0,33	0,51	0,91	0,61	1,32	0,29
Tumores malignos	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,02	0,00
Enfermedades digestivas	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
Trastornos mentales y del comportamiento	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,08	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total causas atribuidas al consumo de alcohol	0,20	0,01	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,04	0,05	0,03	0,00
Causas no atribuidas al consumo de alcohol	6,09	0,99	0,16	0,16	0,24	0,31	0,49	0,87	1,28	1,29	0,29

Tabla N° 4

AEVP SEGÚN GRUPOS DE EDAD DECENALES Y CAUSAS DE MUERTE. HOMBRES. ARGENTINA.2008.											
Grupos de edad	Total	<1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-79 años
Causas de muerte											
TOTAL	10,43	1,00	0,19	0,21	0,63	0,77	0,94	1,65	2,47	2,19	0,36
Tumores malignos	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,02	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,04	0,03	0,00
Enfermedades digestivas	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,05	0,05	0,03	0,00
Trastornos mentales y del comportamiento	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,31	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11	0,08	0,07	0,05	0,02	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total de causas atribuidas al consumo de alcohol	0,85	0,01	0,00	0,00	0,11	0,11	0,11	0,19	0,19	0,11	0,00
Causas no atribuidas al consumo de alcohol	9,58	0,99	0,19	0,21	0,53	0,65	0,83	1,46	2,28	2,08	0,36

Tabla N° 5: MUERTES ATRIBUIDAS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ARGENTINA, POR GRUPO DE CAUSAS Y REGIÓN. MUJERES. 2008.

CAUSAS DE MUERTE	Pampeana	%	Noroeste	%	Noreste	%	Cuyo	%	Patagónica	%
Tumores malignos	424	23	36	16	33	13	46	17	24	13
Enfermedades del sistema	888	47	44	19	87	35	111	40	53	28

circulatorio										
Enfermedades digestivas	200	11	55	24	36	15	43	15	41	21
Trastornos mentales y del comportamiento	23	1	10	4	16	6	3	1	9	5
Causas externas de morbilidad y mortalidad	325	17	73	31	70	28	72	26	56	30
Enfermedades del sistema nervioso	8	0	2	1	1	1	1	0	1	1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	15	1	13	6	4	1	1	0	6	3
Total muertes atribuidas al consumo de alcohol	1884	100	233	100	247	100	277	100	190	100

Tabla N° 6: MUERTES ATRIBUIDAS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ARGENTINA, POR GRUPO DE CAUSAS Y REGIÓN. HOMBRES. 2008.

CAUSAS DE MUERTE	Pampeana	%	Noroeste	%	Noreste	%	Cuyo	%	Patagónica	%
Tumores malignos	803	16	133	11	98	10	72	10	59	7
Enfermedades del sistema circulatorio	1325	26	191	15	154	16	165	22	99	13
Enfermedades digestivas	750	15	297	24	133	14	152	21	162	20
Trastornos mentales y del comportamiento	266	5	122	10	132	14	16	2	106	13
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1903	37	457	37	433	45	328	44	357	45
Enfermedades del sistema nervioso	21	0	7	1	5	1	3	0	2	0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	17	0	40	3	5	1	5	1	5	1
Total muertes atribuidas al consumo de alcohol	5085	100	1249	100	959	100	740	100	791	100