



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 9, número 2, artículo 4

Enero - junio, 2012

Publicado 1 de enero, 2012

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Mortalidad y Años de Esperanza de Vida Perdidos a causa del consumo de alcohol en Argentina. 2008

Laura Débora Acosta

Carola Leticia Bertone

Enrique Peláez



Protegido bajo licencia Creative Commons
Centro Centroamericano de Población

Mortalidad y Años de Esperanza de Vida Perdidos a causa del consumo de alcohol en Argentina. 2008

Mortality and Years of Life Expectancy Lost attributable to alcohol consumption in Argentina, 2008

Laura Débora Acosta¹, Carola Leticia Bertone², Enrique Peláez³

RESUMEN

Los datos sobre prevalencia de consumo de alcohol en Argentina, podrían indicar un fuerte impacto del consumo de alcohol en la mortalidad general y en la esperanza de vida, en especial en el sexo masculino. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto del consumo de alcohol en la mortalidad de los argentinos en el año 2008, mediante la metodología propuesta por el Centers of Disease Control and Prevention (CDC, 1990), suavizando los casos con el promedio de defunciones producidas entre los años 2007 a 2009. Así mismo se analizan los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) del año 2008, según la metodología propuesta por Arriaga (1996). Se utilizaron fuentes de datos secundarios: registro de defunciones y datos de prevalencia de consumo de alcohol en la población. En ese año se produjeron 11.013 muertes atribuidas al consumo de alcohol (3,6% del total de muertes en la población), de las cuales el 73% se produjeron en el sexo masculino. Los AEVP a causa del consumo de alcohol fueron de 0,20 años en mujeres y 0,80 años en hombres. Las causas con más impacto en la pérdida de esperanza de vida son las causas externas de mortalidad y el grupo más afectado fue el de 15 a 34 años. 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.

Palabras clave: Mortalidad, Alcoholismo, Esperanza de Vida.

ABSTRACT

Prevalence data about alcohol consumption in Argentina may indicate a strong impact on general mortality and life expectancy, mainly in males. The aim of this study was to analyze the impact of alcohol consumption on mortality in the Argentineans in 2008, through of the Centers of Disease Control and Prevention (CDC, 1990) methodology, smoothing cases with average deaths between 2007 and 2009. Furthermore Years of Life Expectancy Lost (YLEL) was calculated. Secondary data sources was using: death records and prevalence data about alcohol consumption. In 2008 there were 11,013 deaths attributed to alcohol consumption (3.6% of all deaths in the population), of which 73% occurred in males. The YLEL due to consumption of alcohol were 0.20 years in women, and 0.80 years in men. Death causes with most impacted in life expected were external causes and the age group most affected was 15 to 34. The results of this work reflect the need to enhance intervention strategies aimed at controlling alcohol consumption, especially in young men.

Key words: Mortality, Alcoholism, Life Expectancy

Recibido: 25 oct. 2011

Aprobado: 22 nov. 2011

¹ Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad, Doctoranda en Demografía. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. ARGENTINA laudeac@hotmail.com

² Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad, Doctoranda en Demografía. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. ARGENTINA carolabertone@gmail.com

³ Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad, Doctoranda en Demografía. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. ARGENTINA epelaez@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN

En los países en desarrollo, el consumo de alcohol ha aumentado en cantidad y frecuencia, al mismo tiempo que la edad de inicio ha descendido (Organización Mundial de la Salud, 2002). En Argentina, según los datos del “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2006”, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2008), la prevalencia de consumo de alcohol fue de tres cuartas partes de la población (76,8%), siendo significativamente mayor el consumo en el sexo masculino (86,5 %) frente a las mujeres (69,4%). Estudios realizados en adolescentes y jóvenes argentinos demuestran que existió un alto consumo excesivo de alcohol, existiendo un mayor riesgo en varones (Acosta y col., 2011; Alderete y col., 2008; Kornblit y col., 2005).

El consumo excesivo 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 (1,6 muertes por cada 100.000 habitantes en la población general en el año 2005), en comparación con otras causas de mortalidad, como las enfermedades cardiovasculares (231,1 muertes por 100.000 habitantes) o los tumores (152,3 muertes por 100.000 habitantes) (Ministerio de Salud, 2008). Sin embargo, el consumo de alcohol podría estar implicado en la morbi-mortalidad y pérdida de días de vida saludable, provocando cirrosis hepática (39%), lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), dependencia alcohólica (18%) y homicidios (10%). 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 (Serfaty y col., 2005, Medina-Mora y col., 2002; Bello y col., 2003, y Gavrilova et al. 2005, Pridemore 2002, 2004, Bobrik et al. 2005, Coninx et al. 2000, Stern 1999 citados por Guillot y col. 2011). 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. Según Zatonski y Manczuk, (2007) citado por Farke y Anderson (2007) en la Unión Europea cada año el consumo excesivo de alcohol provoca 4 de cada 10 muertes por homicidios, 1 de cada 3 muertes en accidentes de carretera, 1 de cada 6 suicidios y el 16% de los casos de malos tratos y abandonos infantiles.

Revuelta Muñoz y col. (2002), 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% del total de las muertes fueron atribuibles al alcohol y que el 65,8% de estas muertes fueron masculinas; los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol 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 Perdidos⁴ (APVP) durante el período estudiado, fundamentalmente debido al descenso de las muertes por accidentes de tráfico en ese período.

⁴ El concepto de “años potenciales de vida perdidos” es utilizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el mismo se define como la suma de los productos de las defunciones de personas menores de 65 años en una población, por la diferencia entre la edad 65 y

Desde el año 1990 el Centers of Disease Control and Prevention de Estados Unidos (CDC) utiliza un indicador que mide la mortalidad atribuible al consumo de alcohol, aplicándolo a la población de Estados Unidos. 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 (K86.0⁵), 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).

El objetivo del presente artículo es 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.

2. MÉTODOS Y DATOS

El estudio es cuantitativo, transversal y descriptivo, el universo de estudio estuvo conformado por todas las defunciones producidas en el año 2008, suavizando los casos con el promedio de defunciones producidas entre los años 2007 a 2009, analizado 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 el CDC (1990)- Mortalidad Atribuible al Consumo de Alcohol (MACA). Posteriormente se realizó el cálculo de los AEVP (Arriaga, 1996).

la edad de los fallecidos y dividiendo la suma de los productos por la población total. Este índice, tiene la ventaja de que su cálculo solamente requiere las defunciones por edades y la población total. No se necesitan tasas de mortalidad por edades, ni tablas de mortalidad. Si las defunciones están clasificadas por causa de muerte, el índice puede aplicarse a cada causa de muerte. Sin embargo, el índice está afectado por la estructura de edades de la población, mientras que esta limitación no existe con el indicador Años de Esperanza de Vida Perdidos (Arriaga, 1996).

⁵ "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" Décima Revisión (CIE-10). OPS/OMS (1992)

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 en los años 2007-2008, y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos calculadas para el año 2008 (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. De este total se extraen aquellas que son atribuibles al consumo de alcohol de acuerdo a lo planteado por el CDC, que ha publicado una lista con las enfermedades y su Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP). 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). El Cuadro N° 2 (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 el CDC, y las FAP para causas indirectamente relacionadas, deben ser calculadas según la prevalencia del consumo de cada población. 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 la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005), sólo fue obtenida a nivel nacional, por lo tanto se aplicó la misma prevalencia en todas las regiones.

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).

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

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).

2.1. Índices calculados

2.1.1. 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):

$$FAP^7 = \left(\frac{R1 - 1}{(R1 - 1) + 1 p1} \right) + \left(\frac{R2 - 1}{(R2 - 1) + 1 p2} \right)$$

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 col. (1995), y Stevenson (2001) para consumo bajo, medio y alto de alcohol, que surgen del promedio de tragos por día⁸ (Ver Cuadro N°1 en Anexo).

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

En algunos casos como la colelitiasis y cardiopatía isquémica, el alcohol ha demostrado poseer un efecto protector (RR menor a 1), por lo tanto la MACA calculada para estas patologías posee un signo negativo, indicando las muertes evitables por el consumo de alcohol (English, 1995 citado por OPS, 2000). Al respecto, Alderete y col. (2008), comenta que el consumo en forma moderada de bebidas alcohólicas puede ser beneficioso dado que atenúa la formación de

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)

⁸ Un 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).

coágulos sanguíneos, lo cual representa un mecanismo protector para las enfermedades coronarias.

-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 (Mapa 1, Anexo):

- “Metropolitana”: incluye la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El clima es templado y húmedo. Es la capital de la República Argentina y constituye la mayor ciudad del país con 2.891.082 habitantes según el censo 2010. Posee los mejores indicadores de salud y educación. El principal sector económico es el de servicios.
- “Pampeana”, que incluye resto de la provincia de Buenos Aires; Entre Ríos, Córdoba, Santa Fe y La Pampa. Posee clima templado, más húmedo hacia el este. La principal actividad es la agrícola ganadera. Se encuentran ciudades importantes del país como Córdoba, Rosario, La Plata y Santa Fe.
- “Noroeste” que comprende Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero y Tucumán. El clima es tropical serrano, con altas temperaturas siendo árido en el oeste (Puna) mientras que es húmedo en el este (valles fértiles). Esto condiciona que en la Puna se practique agricultura y ganadería de subsistencia y en los valles fértiles se practique agricultura intensiva acompañado de industrias que procesan la materia prima.
- “Noreste” compuesta por Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones. El clima es subtropical sin estación seca. La actividad agrícola y ganadera se concentra en el sur de la región. Existen los más altos índices de mortalidad infantil y necesidades básicas insatisfechas.
- “Cuyo” conformada por Mendoza, San Juan y San Luis. El clima es árido. En las zonas donde se han realizado obras de riego hay mayor densidad de población y se efectúa una agricultura intensiva e industrialización de las cosechas.
- “Patagónica” que contiene a las provincias de Chubut, Neuquén, Tierra del Fuego, Río Negro y Santa Cruz. Presenta clima frío, árido al oeste y húmedo al este. La principal actividad es la energética. Constituye la región con menor densidad poblacional.

2.1.2. Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)

El método de AEVP permite hacer una evaluación cuantitativa de la importancia de las causas de muerte. Este índice trata de determinar cuántos años de vida en promedio pierde una población total por la muerte de las personas a determinadas edades. “Con base en las tasas específicas de mortalidad por edades, se calcula la vida promedio que la población vive (esperanza de vida) y se determina cuántos años de vida se pierden considerando la hipótesis sobre cuántos años debería vivir” (Arriaga, 1996). 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. 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. Tiene la virtud de medir el impacto de las muertes prematuras sobre la esperanza de vida de la población.

Se calcularon Años de Vida Perdidos (AEVP) con la MACA para cada grupo de edad según el método propuesto por Arriaga (1996). Se utilizaron las planillas del "Population Analysis Spreadsheets" (PAS) elaboradas por U. S. Census Bureau. 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 PAS.

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.

3. RESULTADOS

3.1. Mortalidad atribuida al consumo de alcohol en Argentina

En el trienio 2007-2009 se produjeron en promedio 306.042 muertes, de las cuales se estimó (Ver Anexo Cuadro N° 3) que 11.013 se atribuyen al consumo de alcohol (3,6% del total de muertes en la población), siendo la tasa específica en la población total de 28 por 100.000 habitantes. El 73% de las muertes se produjeron en el sexo masculino (relación varones mujeres 2,7:1), siendo la tasa en varones de 41 muertes por 100.000 habitantes y en mujeres de 15 por 100.000 habitantes.

En varones la mayor proporción de muertes relacionadas al consumo de alcohol se produjeron por causas externas de morbilidad y mortalidad (34,5%), seguidas por enfermedades circulatorias y en tercer lugar las enfermedades del sistema digestivo; mientras que en mujeres las principales causas de muertes atribuidas al consumo de alcohol estuvieron relacionadas con las enfermedades circulatorias (42,2%) seguidas de las neoplasias y en tercer lugar las causas externas de morbilidad y mortalidad (Ver anexo, Cuadro N° 3). 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 la distribución de la mortalidad atribuida al consumo de alcohol por grupo de edad y sexo, en el Gráfico N° 1 se observa un pico en la curva de mortalidad en varones de 20 a 24 años.

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.

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 de mortalidad atribuidas al consumo de alcohol, las que más influyeron a los AEVP fueron las causas externas, afectando a mujeres entre 15 y 44 años (ver anexo, Cuadro N° 5). El total de AEVP para hombres de Argentina fue de 10,43 años, de los cuales 0,80 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, Cuadro N° 5).

3.2 Mortalidad atribuida al consumo de alcohol por región

En las Cuadros N° 4 y 4 bis 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 1,8%, en la región CABA fue de 1,5%, Noroeste 2,5 % Noreste 2,7%, Cuyo 3,2% y Patagónica de 3,8%. En hombres de la región Pampeana la MACA fue de 4,4%, en CABA fue de 2,7%, en la región Noroeste 6,5% Noreste 6,6%, Cuyo 6,8% y Patagónica fue de 10,1 %.

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

Ahora se representarán los años de vida perdidos por sexos y regiones geopolíticas de Argentina. 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. De esta manera puede diferir del análisis anterior.

El Gráfico N° 2 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 causas externas de morbilidad y mortalidad fueron mayores en la región Patagónica, al igual que las enfermedades digestivas. Los mayores AEVP para enfermedades del sistema circulatorio se observaron en las regiones Noreste y Noroeste, mientras que no se observaron diferencias

importantes por región para los AEVP por enfermedades del sistema nervioso, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y tumores malignos.

El Gráfico N° 3 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 Noreste y Cuyo 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. Por otra parte, no se registraron diferencias importantes en los AEVP por enfermedades del sistema nervioso, tumores malignos y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 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.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo indican que la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en la Argentina es mayor a la reportada por otros estudios, como a los realizados por Ochoa y col. (2006) en España, donde la MACA fue del 2,3%, o las reportadas por Sjören y col. (2000) en Suiza, en el que fue del 1,4%, o a los reportados por Emslie y col. en Escocia (2009) el cual fue del 3%. Por otra parte, es menor a los reportados por Bello y col. en las Islas Canarias (2003), la cual fue del 6%, o en Suecia, en donde fue del 5% (Hemström, 2002). También 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 podrían estar relacionadas con la prevalencia y patrones de 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; Rehm, 2007), 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. 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 mismas (Arriaga, 1996). Por lo tanto las diferencias observadas entre las regiones no serían debido a la composición por edades,

sino que deberían ser explicados por otros factores. Por una parte podría relacionado con la prevalencia y patrones de consumo de alcohol en las regiones (Bello y col., 2003), ya que el mayor consumo excesivo se observó en la región patagónica. El mayor consumo de alcohol en la región Patagónica podría ser explicado por la percepción social de que el alcohol “ayuda a combatir el frío”; esta creencia surge de la sensación térmica percibida cuando se bebe, frecuentemente acompañada de rubor facial, como consecuencia de la inhibición del sistema nervioso que anula los circuitos cerebrales más complejos y especializados aunque en consecuencia, la ingesta en vez de generar calor produce una disminución de la temperatura corporal (García Mínguez, 2005; Sandoval Ferrer, JE y col; 2000). Por otra parte, es bien conocido que los patrones de consumo de alcohol, en particular, están íntimamente relacionados con la cultura (Heath 1995 citado por Guillot y col. 2011, González Guzmán y Alcalá Ramírez, 2006). Así mismo, la mayor mortalidad en la región Patagónica podría ser explicada por la distribución de las causas de muerte entre las regiones, en la cual otros factores -además del alcohol- podrían actuar. Se requieren de nuevos estudios para determinar los factores que 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). Para finalizar sería de interés la realización de investigaciones que permitan calcular las FAP en Argentina, para lo cual se requiere la determinación de los riesgos relativos del consumo excesivo de alcohol en las causas de mortalidad en la población argentina.

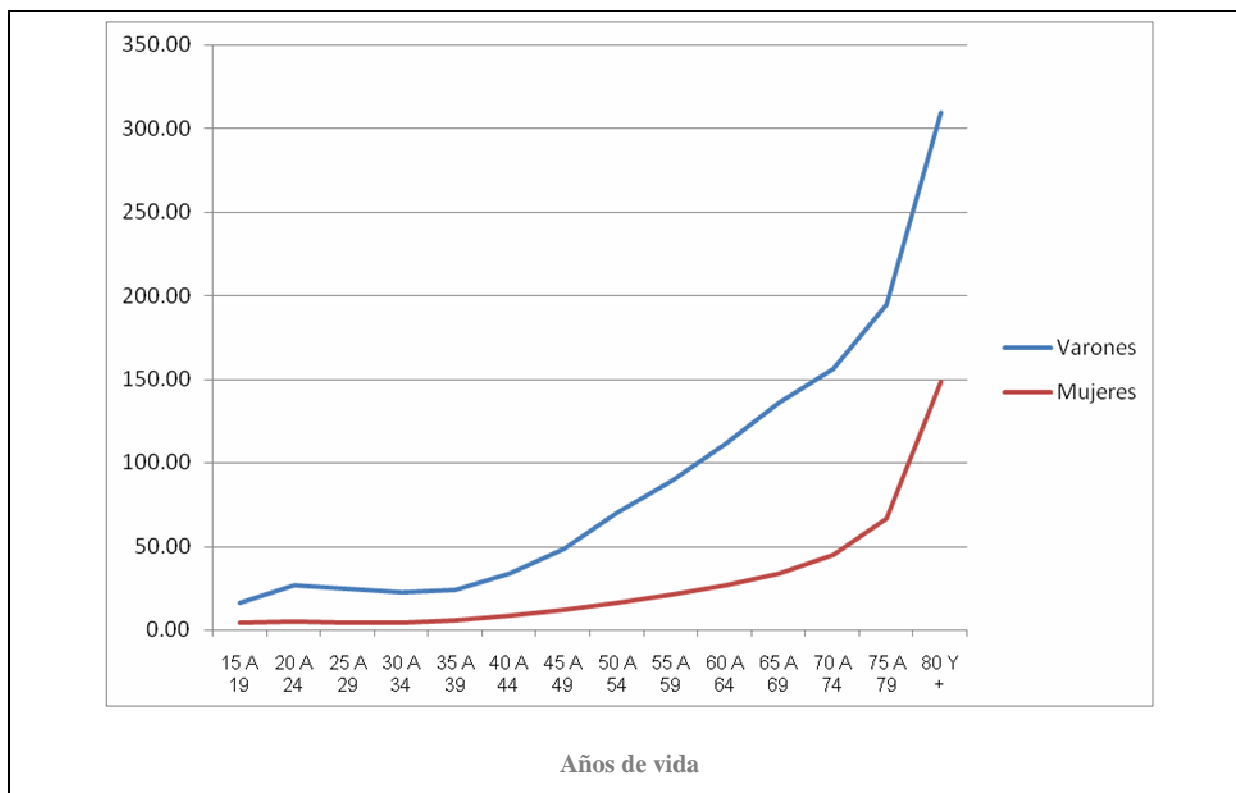
5. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta LD, Fernández AR, Pillón SC (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 19 (EE), 771-781.
- Alderete E, Kaplan CP, Nah G, Pérez-Stable EJ (2008) Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública Mex*; 50:300-307.
- Arriaga EE. (1996). Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de población*. 24(63), 7-38.
- Bella Mónica E., Fernández Ruth A., Willington José M. (2010) Identificación De Factores De Riesgo en Intentos de Suicidio en Niños y Adolescentes. *Rev Argent Salud Pública*, 1 (3),
- Bello LM, Saavedra P, Serra M (2003) Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas Canarias (1980-1998). *Gaceta Sanitaria*; 17 (6): 466-473.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1990). Alcohol-related mortality and years of potential life lost--United States, 1987. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 39, 272-275.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009). Alcohol Related Disease Impact (ARDI). Alcohol and Public Health. Disponible en: <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/HomePage.aspx> Consultado: 30/11/09.
- Emslie C, Mitchell R (2009) Are the gender differences in the geography of alcohol-related mortality in Scotland? An ecological study. *BMC Public Health*; 9, 58-66.
- 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.
- Farke W, Anderson P (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones* 19 (4), 333-340.
- García Mínguez, J (2005). "Las representaciones sociales de las drogas" En: Añños Bedriñana F (Coord.) *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (Alcohol, Tabaco y Cannabis) y su influencia en el consumo*. Ed Dykinson, Madrid, 66-67.
- Guillot, M; Gavrilova, N.; Pudrovska, T. Understanding the "Russian Mortality Paradox" in Central Asia: Evidence from Kyrgyzstan. *Demography* (2011) 48:1081-1104. DOI 10.1007/s13524-011-0036-1
- González Guzmán, R., Alcalá Ramírez, J. Consumo de alcohol y salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. Noviembre-Diciembre, 2006; Volumen 49: Numero 6 Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (6)

- Hemström, O (2002). Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *European Journal of Public Health*; 12, 254-262.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2009). 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 Argentina.
- Jané M, Borrell C, Nebot M, Pasarín MI (2003) Impacto del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*; 17 (2), 108-115.
- Kornblit AL, Mendes Diz AM, Di Leo PF, Camarotti AC, Adasko D (2005). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Documento de Trabajo. Buenos Aires, Argentina: Instituto Gino Germani.
- Medina-Mora Me, Natera G, Borges G (2002) *Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas*. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. Conadic-Secretaría de Salud, México.
- Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Evolución de la Mortalidad según Causas*. República Argentina- Período 1997-2006. Serie 12, número 6. Buenos Aires, Argentina.
- Observatorio Argentino de Drogas (2007) *Estudio Nacional de población de 12 a 65 años, sobre el consumo de sustancias psicoactivas*. Argentina 2006. Informe de resultados 2007.
- Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ (2006). Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España 1999-2004. Instituto de Estudios de alcohol y drogas Valladolid.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Consultado el 05-10-2011, disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Alcohol in developing societies*. Ginebra: WHO.
- Rehm J, Sulkowska U, Manczuk M, Boffetta P, Powles J, Popova S, Zatonski W. (2007). Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology* 36, 458-467.
- Revuelta Muñoz E, Godoy García P y Farreny Blasi M (2002). Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. *Atención Primaria*. 30 (2), 112-118.

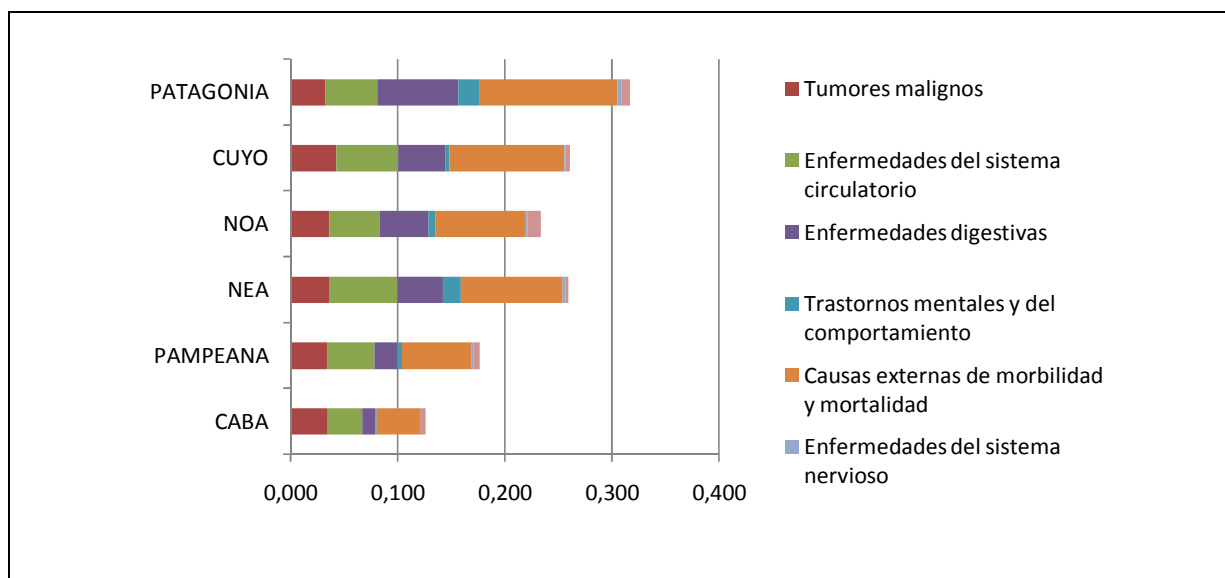
- Ridolfo B, Stevenson, C (2001). *The Quantification of Drug-Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1998*. Drug Statistics Series no. 7. AIHW cat. no. PHE 29. Canberra, Australia: AIHW.
- Sandoval Ferrer, J E; Lanigan Gutierrez, ME, Gutierrez Chapman, L (2000). Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 16(1), 13-17.
- Serfaty E, Masaútis A, Foglia VL (2005). Consumo habitual de alcohol y accidentes no fatales, en adolescentes varones de Argentina. Estudio epidemiológico. *Acta Psiquiát Psicol Am Lat*; 51 (1), 21-25.
- Sjören H, Eriksson A, Brostön G, Ahlm K (2000). Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. *Alcohol and Alcoholism*; 35 (6), 601-611.
- Zatonski, W. y Manczuk. M. (2007). *Injuries in Europe: Role of Alcohol*. Kettil Bruun Society 2006.

Gráfico 1: Tasas De Mortalidad Atribuible Al Consumo De Alcohol (Por 100.000 Habitantes) Según Grupo De Edad Y Sexo. Argentina, Año promedio trienio 2007 a 2009.



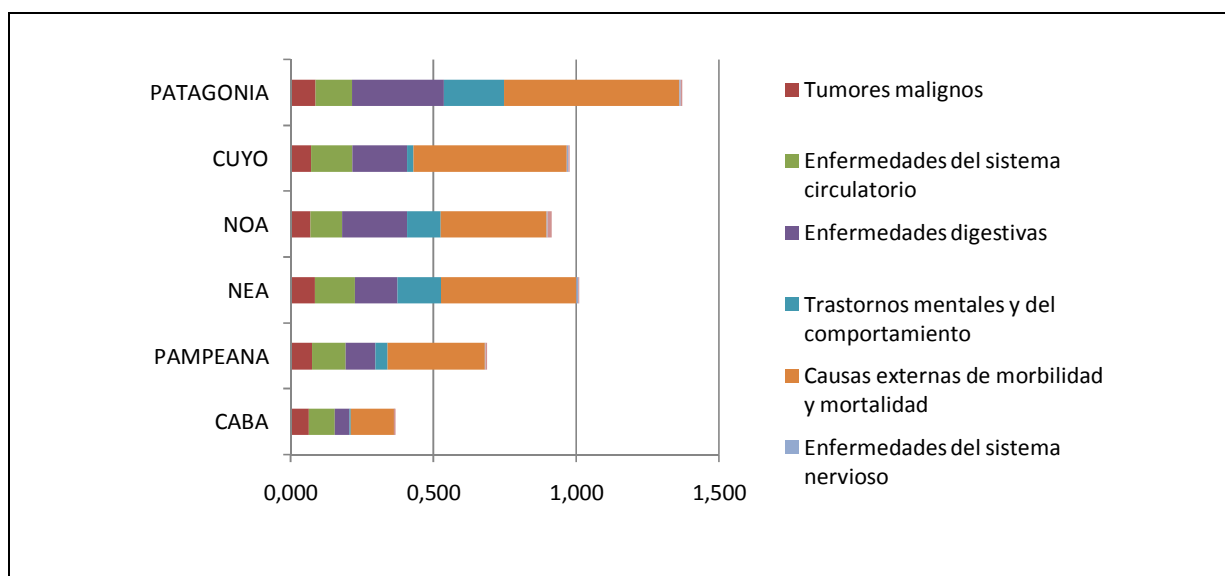
Fuente: elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2009, proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Gráfico 2: Años De Esperanza De Vida Perdidos Atribuidos Al Consumo De Alcohol, Según Grupo De Causas Y Regiones. Todas Las Edades, Mujeres Argentina. Promedio trienio 2007 a 2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2009, proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Gráfico 3: Años de Vida Perdidos Atribuidos al Consumo de Alcohol, Según Grupo de Causas y Regiones. Todas las Edades, Hombres. Argentina. Promedio Trienio 2007 a 2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2009, proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Cuadro 1: Promedio de tragos por día

Consumo \ Sexo	Hombres	Mujeres
Bajo	Hasta 3,0	Hasta 1,5
Medio	3,1	1,6
Alto	4,5	3,0

Fuente: English y col., 1995, y Ridolfo y Stevenson, 2001

Cuadro 2: Causas de Muerte Relacionadas al Consumo de Alcohol y su Grado de Relación según el Centers of Disease Control and Prevention (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)

Cuadro 2: Causas de Muerte Relacionadas al Consumo de Alcohol y su Grado de Relación según el Centers of Disease Control and Prevention (CDC) (continuación)

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 (excepto X45)	Causalidad media (CD)
Envenenamiento por alcohol	X45, Y15, T51.0, T51.1, T51.9	100% atribuible
Suicidio	X60-X84, (excepto 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

Fuente: Adaptado de Ochoa R y col (2006).

Cuadro 3: Cálculo de Muertes Atribuidas al Consumo de Alcohol, por Agrupamiento de Causas y Sexo. Argentina, Promedio Trienio 2007 a 2009. *

Causas de muerte	Total de muertes		FAP Varones	FAP Mujeres	MACA	
	Varones	Mujeres			Varones	Mujeres
TOTAL					8060	2953
Tumores malignos					1164	608
Cáncer de mama	40	5342	--	0,06	--	303
Cáncer de esófago	1273	569	0,25	0,15	317	83
Cáncer de laringe	753	104	0,33	0,23	244	24
Cáncer de hígado	992	746	0,30	0,21	295	156
Cáncer orofaríngeo	485	178	0,39	0,24	189	42
Cáncer de próstata	3852	--	0,03	--	119	--
Enfermedades del sistema circulatorio					1942	1245
Cardiomiopatía por alcohol	14	0	1,00	1,00	14	0
Hipertensión	2434	2947	0,20	0,14	479	408
Enfermedad isquémica del corazón	11082	7688	0,02	0,01	191	71
Accidente cerebral hemorrágico	2896	2626	0,33	0,20	949	523
Accidente cerebral isquémico	1841	2212	0,14	0,10	250	210
Disritmia cardíaca supraventricular	197	253	0,12	0,08	23	21
Várices esofágicas	91	30	0,40	0,40	36	12
Enfermedades del sistema digestivo					1438	392
Pancreatitis aguda	374	238	0,24	0,24	90	57
Pancreatitis crónica inducida por alcohol	2	0	1,00	1,00	2	0
Gastritis alcohólica	2	0	1,00	1,00	2	0
Enfermedad alcohólica del hígado	774	124	1,00	1,00	774	124
Pancreatitis crónica	3	2	0,84	0,84	2	0
Cirrosis hepática, inespecífica	1422	530	0,40	0,40	566	212
Colelitiasis	29	49	-0,10	-0,05	-3	-3
Hepatitis crónica	8	7	0,14	0,08	1	0
Hipertensión portal	9	5	0,04	0,04	4	2
Trastornos mentales y del comportamiento					667	62
Abuso de alcohol	56	7	1,00	1,00	56	7
Dependencia de alcohol	583	51	1,00	1,00	583	51
Psicosis alcohólica	28	4	1,00	1,00	28	4
Causas externas de morbilidad y mortalidad					2782	606
Transporte aéreo	11	1	0,18	0,18	2	0
Envenenamiento por alcohol	4	0	1,00	1,00	4	0
Aspiración	59	40	0,18	0,18	10	7
Maltrato infantil	31	35	0,16	0,16	5	6
Ahogamiento	331	35	0,34	0,34	110	11
Accidente por caída	202	83	0,32	0,32	64	27
Accidente por fuego	245	141	0,42	0,42	101	59
Accidente por arma de fuego	62	8	0,18	0,18	11	1
Homicidio	1495	252	0,47	0,47	697	117
Hipotermia	33	4	0,42	0,42	14	0
Accidentes vehículo automotor no tránsito	66	19	0,18	0,18	12	3
Accidentes vehículo automotor tránsito	3030	899	0,13-0,49**	0,08-0,35**	1110	201
Accidentes ocupacionales	26	1	0,18	0,18	5	0
Otros accidentes de tránsito	344	119	0,18	0,18	61	21
Envenenamiento (no alcohol)	114	70	0,29	0,29	32	20
Suicidio	2378	581	0,23	0,23	544	133

Cuadro 3: Calculo de Muertes Atribuidas al Consumo de Alcohol, por Agrupamiento de Causas y Sexo. Argentina, Promedio Trienio 2007 a 2009. * (continuación)

Enfermedades del sistema nervioso					35	14
Polineuropatía por alcohol	2	0	1,00	1,00	2	0
Degeneración del sistema nervioso inducido por alcohol	14	2	1,00	1,00	14	2
Epilepsia	126	82	0,15	0,15	19	12
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal					32	26
Bajo peso al nacer, prematuridad	664	540	0,05	0,05	32	26

*Muertes en mayores de 15 años excepto: maltrato infantil (menores de 15 años), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (menores de 1 año) y accidentes de vehículo automotor tránsito (todas las edades).

Los cálculos fueron realizados por grupo de edades quinquenales, los valores fueron convertidos a números enteros, redondeando los valores decimales. No se consideraron los grupos de causas muertes cuya MACA por grupo edad tuviese una frecuencia menor a 0,5.

** La FAP varía según grupo de edad. Se indica el valor inferior y superior.

Fuente: elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2008, proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Cuadro 4: Muertes Atribuidas al Consumo de Alcohol en Argentina, por Grupo de Causas y Región. Mujeres. Promedio trienio 2007 a 2009.

CAUSAS DE MUERTE	Pampeana	%	CABA	%	Noroeste	%	Noreste	%	Cuyo	%	Patagónica	%
Tumores malignos	363	22.0	69	26.6	63	19.6	40	15.9	50	17.2	22	13.1
Enfermedades del sistema circulatorio	744	45.1	135	51.7	101	31.4	92	36.4	126	43.3	45	27.0
Enfermedades digestivas	187	11.3	23	8.7	63	19.6	36	14.3	44	15.3	37	22.4
Trastornos mentales y del comportamiento	29	1.7	1	0.3	8	2.4	13	5.3	3	1.1	9	5.2
Causas externas de morbilidad y mortalidad	309	18.7	31	12.0	78	24.2	67	26.7	65	22.3	51	30.5
Enfermedades del sistema nervioso	8	0.5	1	0.3	2	0.6	2	0.8	1	0.2	1	0.9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	13	0.8	1	0.5	7	2.1	1	0.5	1	0.4	2	1.0
Total muertes atribuidas al consumo de alcohol	1652	100	260	100	323	100	252	100	291	100	166	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2008, proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Cuadro 4 Bis: Muertes Atribuidas al Consumo de Alcohol en Argentina, por Grupo de Causas y Región. Hombres. Promedio trienio 2007 a 2009.

CAUSAS DE MUERTE	Pampeana	%	CABA	%	Noroeste	%	Noreste	%	Cuyo	%	Patagónica	%
Tumores malignos	715	16.2	90	22.8	123	11.9	95	11.6	80	11.4	58	9.2
Enfermedades del sistema circulatorio	1169	26.6	159	40.3	179	17.3	159	19.4	176	25.0	89	14.1
Enfermedades digestivas	698	15.9	51	12.9	259	25.0	124	15.1	145	20.6	149	23.6
Trastornos mentales y del comportamiento	291	6.6	5	1.3	127	12.3	124	15.1	16	2.3	98	15.5
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1494	33.9	87	22.0	334	32.3	311	38.0	282	40.1	233	36.9
Enfermedades del sistema nervioso	20	0.5	1	0.3	4	0.4	5	0.6	3	0.4	2	0.3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	16	0.4	2	0.5	9	0.9	1	0.1	2	0.3	2	0.3
Total muertes atribuidas al consumo de alcohol	4403	100	395	100	1035	100	819	100	704	100	631	100

Fuente: elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2008, proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Cuadro 5: Total de AEVP y Porcentaje de AEVP Atribuidos al Consumo de Alcohol en Argentina, por Grupo de Edad y Sexo. Trienio 2007 a 2009.

Grupo de edades	HOMBRES		MUJERES	
	Total AEVP	Porcentaje de AEVP atribuibles al alcohol	Total AEVP	Porcentaje de AEVP atribuibles al alcohol
Total	10,397	7%	6,373	3%
0-4 años de edad	1,394	1%	1,330	2%
15-19	0,249	15%	0,118	9%
20-24	0,367	18%	0,145	9%
25-29	0,375	17%	0,157	7%
30-34	0,376	15%	0,185	6%
35-39	0,417	12%	0,232	5%
40-44	0,523	12%	0,308	5%
45-49	0,700	11%	0,404	4%
50-54	0,934	9%	0,517	4%
55-59	1,174	7%	0,628	3%
60-64	1,304	6%	0,706	3%
65 y más	2,583	4%	1,643	2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de defunciones de la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2007 a 2009, Proyecciones de población del año 2008 (INDEC) y Encuesta EnPreCoSP-2008 (INDEC).

Mapa 1: Regiones Geográficas de Argentina



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2010).