

Muerte prematura por consumo de alcohol: estudio en base a datos de mortalidad del Perú.

Yesenia Musayón-Oblitas ^{1,a}; Raquel Meléndez-De la Cruz ^{1,b}

RESUMEN

El consumo de alcohol ocasiona muerte prematura y consecuencias sociales y económicas irreparables en un país. **Objetivos:** estimar el potencial impacto del consumo de alcohol en la muerte prematura de las personas. **Material y Métodos:** el estudio fue observacional-epidemiológico y descriptivo de corte transversal. Se analizó la base a datos de mortalidad del Perú del año 2010 de la Dirección General de Epidemiología el Ministerio de Salud (DGE-MINSA), tomando en cuenta el indicador “años de vida perdidos bajo un estándar” / *Standard expected years of life lost* (SEYLL). **Resultados:** en total son 57223 años de vida perdidos, más del 60% de los años que se pierden son aportados por varones entre los 15 y 44 años de edad. El 31,47% de muertes tiene como causa de defunción alguna patología vinculada al consumo de alcohol. Las enfermedades vinculadas al consumo de alcohol de larga data son las enfermedades cerebro vasculares (ECV) y la cirrosis, en el corto plazo, las consecuencias en mayor proporción son las lesiones y accidentes. **Conclusiones:** el consumo de alcohol ocasiona muerte prematura, y una pérdida de años de vida, generando un impacto social y económico por la inversión y lo que se deja de producir.

PALABRAS CLAVE: Muerte por alcohol, años de vida potencialmente perdidos, registros de mortalidad, consumo de alcohol.

Premature death due to alcohol consumption: study based on data from mortality of Peru.

SUMMARY

Alcohol consumption causes premature death and irreparable social and economic consequences in a country. **Objectives:** to estimate the potential impact of alcohol consumption on the premature death of people. **Material and Methods:** the study was observational-epidemiological and descriptive cross-sectional. The Peruvian Ministry of Health (DGE-MINSA) database was analyzed based on Peru's mortality data for the year 2010, taking into account the indicator “years of life lost under a standard” / *Standard expected years of life lost* (SEYLL). **Results:** total of 57223 years of life lost, more than 60% of the years lost are contributed by men between 15 and 44 years of age. The 31.47% of deaths have as a cause of death some pathology related to alcohol consumption. Diseases linked to long-term alcohol consumption are cerebrovascular diseases (CVD) and cirrhosis, in the short term, the consequences to a greater extent are injuries and accidents. **Conclusions:** alcohol consumption causes premature death, and a loss of years of life, generating a social and economic impact on investment and what is no longer produced.

KEYWORDS: Death by alcohol, potentially lost years of life, mortality records, alcohol consumption.

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Profesor Principal; Doctor en Salud Pública.

^b Profesor Auxiliar; Maestro en Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

La ingesta de bebidas alcohólicas, es un problema de salud pública no solo por la consecuencia que el consumo directo de alcohol causa en la vida de las personas sino porque cada vez más se demuestra el vínculo con diversas enfermedades, lesiones o daños a la salud de la población (1). El consumo de alcohol no solo ocasiona desmedro de la calidad de vida o discapacidad, sino que puede conllevar a muerte prematura, así como a la pérdida de considerables sumas de dinero para las personas y los países (2).

La medición de la “carga de enfermedad”, abordado en la década del 90, intentó “producir evaluaciones objetivas, independientes y demográficamente plausibles de la carga de enfermedades y condiciones particulares” (3). Es así que uno de los indicadores “años de vida potencialmente perdidos” (AVPP) cobra más importancia para dicho análisis.

Si bien, el indicador años de vida potencialmente perdidos, ha sido usado ampliamente a lo largo de varias décadas, éste ha sufrido reajustes y mejoras metodológicas para su uso (3-6), tomando en consideración la esperanza de vida de la población, las desigualdades o si se desea comparar varias poblaciones o la misma población a lo largo del tiempo (7).

Una de las dificultades enfrentadas para el cálculo de los AVPP, desde su creación (8), fue la inequidad existente en las poblaciones incluso de un mismo país respecto a la expectativa de vida. Años más tarde, de acuerdo a los principios igualitarios de su estudio (3), se asume una tabla de vida estándar para todas las poblaciones, utilizando una de las expectativas de vida más altas del mundo, la de Japón. Dicho modelo fija la expectativa de vida al nacer en 82,5 años para las mujeres y 80 años para los hombres (3). El 83% de la población peruana refiere haber consumido alcohol alguna vez en su vida; porcentaje que es menor cuando se trata de abuso y dependencia, pero su prevalencia es igual de importante (8). Dicha práctica de consumo presente a diferentes edades, trae consigo consecuencias en su estado de salud. Estos daños, considerando la expectativa de vida a nivel nacional, ocasionan muerte prematura.

Un estudio reciente sobre los años de vida potencialmente perdidos por consumo de alcohol en la población peruana, que utilizó los 70 años como expectativa de vida, encontró que el Perú presentaba para el año 2005, 141 186 años de vida potencialmente perdidos (9). Dicho dato estaría traduciendo que el consumo de alcohol en el Perú es un problema complejo que trasciende los límites sociales,

con impactos económicos probablemente mayores en la población peruana.

El estudio tuvo por objetivo estimar el potencial impacto del consumo de alcohol en la muerte prematura de las personas, en base a datos de mortalidad del Perú del año 2010, tomando en cuenta el indicador “años de vida perdidos bajo un estándar” / *Standard expected years of life lost (SEYLL)*”, sobre la base de datos de mortalidad del Ministerio de Salud con corrección del sub-registro.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue observacional-epidemiológico y descriptivo de corte transversal, se analizó la base de datos de mortalidad a nivel nacional correspondiente al año 2010, autorizada y corregida previamente por el Ministerio de Salud. La población en estudio estuvo conformada por todas las personas que murieron entre el 01 de Enero al 31 de diciembre del año 2010 en Perú y cuya defunción fue registrada en la base de datos de mortalidad del MINSA. Dado que actualmente se conoce que existe sub-registro, la población total, quedó modelada por la DGE-MINSA quien proporcionó los datos con la corrección del sub-registro utilizando el GesData y DGEMorbi, software que usa la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (10).

El concepto de defunción utilizado por la DGE, está referido a muertes regulares, registradas con certificado de defunción de manera diaria y consolidada en forma mensual y anual (10). Este sistema, está implementado en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y es de uso obligatorio. Las Direcciones de Salud, recopilan mensualmente los registros digitados y luego envían la información como archivos “DBF” a la Oficina General de Estadística (OGE) del Ministerio de Salud.

Para estimar el sub-registro el GesData utiliza los indicadores demográficos estimados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (10), según región o departamento para el periodo 2005 - 2010. La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) es usada para estimar el número de defunciones en el periodo por analizar, la Tasa de Mortalidad Infantil, se usa para determinar el cálculo de nacimientos en el periodo y luego usarlo como denominador para estimar defunciones infantiles. Es necesario utilizar para la corrección del sub registro la Esperanza de vida al nacer y la población, estos datos se usan para el cálculo años de vida potencialmente perdidos.

Tabla 1. Muertes y Años de vida potencialmente perdidos por condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol según sexo. Perú 2010.

ENFERMEDADES – CIE 10	N		Total	AVPP		AVPP
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
TOTAL	17777	13353	31130	212575	137236	349811
Enf. Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	680	511	1191	22583	17003	39585
Condiciones maternas	0	1	1	0	31	31
Aborto	0	1	1	0	31	31
Condiciones perinatales	680	510	1190	22583	16972	39554
Bajo peso/prematuridad	680	510	1190	22583	16972	39554
Enf. No transmisibles	14554	12012	26566	132769	99947	232716
Tumores malignos	1816	2552	4368	16977	27074	44051
Tumor maligno boca, orofaringe	188	134	322	1769	997	2766
Tumor maligno esófago	271	113	384	2010	867	2877
Tumor maligno hígado	1203	1140	2343	11931	10991	22922
Tumor maligno laringe	104	16	120	720	164	884
Tumor maligno mama	50	1149	1199	548	14055	14602
Neuropsiquiátricas	201	174	375	4465	4398	8863
Epilepsia	190	174	364	4289	4398	8687
Abuso de alcohol	11	0	11	176	0	176
Enf. Cardiovasculares	8271	7337	15608	64520	49543	114064
Enfermedad CVC cerebrovascular	4613	3845	8458	41942	31149	73091
Enfermedad CVC hipertensiva	3573	3373	6946	21608	17694	39303
Otras enfermedades cardiovasculares	85	119	204	970	700	1670
Enf. Respiratorias	0	0	0	0	0	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	0	0	0	0	0	0
Otras enfermedades respiratorias	0	0	0	0	0	0
Enf. Aparato digestivo	4266	1949	6215	46805	18932	65738
Cirrosis	3888	1671	5559	42550	16332	58882
Colecistitis, colelitiasis	60	73	133	589	568	1156
Pancreatitis y otras enfermedades del páncreas	254	163	417	3518	1797	5315
Otras enfermedades del aparato digestivo	64	42	106	150	235	385
Accidentes y lesiones	2543	830	3373	57223	20286	77509
No intencionales	2142	750	2892	48333	18249	66583
Accidentes circulación	1167	357	1524	24901	8392	33293
Envenenamientos	47	4	51	694	53	748
Caídas	239	98	337	4604	1351	5955
Fuego	39	38	77	886	896	1782
Ahogamientos	634	245	879	15066	5735	20801
Otros accidentes	16	8	24	2183	1822	4005
Intencionales	401	80	481	8890	2036	10926
Suicidio	34	9	43	638	228	866
Violencia	367	71	438	8252	1808	10060

Fuente: Ministerio de Salud. 2010.

Para el análisis del estudio, se solicitó al Ministerio de Salud la base de datos de mortalidad sólo de las patologías vinculadas al consumo de alcohol, según la Guía Internacional para el monitoreo del Consumo de Alcohol y Daños relacionados (11), según el código CIE 10.

Inicialmente los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, a fin de caracterizar a la población que muere por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol en cada una de las categorías designadas.

Para realizar el cálculo de años esperados estándar de vida perdidos las defunciones fueron reagrupadas y reasignadas según los criterios de la Clasificación de causas utilizado en los estudios de Carga de Enfermedad (CCE) en tres grandes grupos (3) Grupo I: enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales; grupo II: enfermedades no transmisibles, y grupo III: lesiones. Cada grupo de enfermedades se dividió en sub-categorías.

La esperanza de vida usada provino de la tabla de vida estándar utilizada en los estudios de carga de enfermedad (12,13). Para el cálculo final se usaron valoraciones sociales: una tasa de descuento del $r=0,03$, y una ponderación del valor de los años en función de la edad ($K=1$). Se utilizó el programa informático Gesmor (13). En este método “las muertes a todas las edades contribuyen a los años perdidos. Se usa una tabla de vida estándar con esperanza de vida alta, de esta forma los años de vida perdidos se pueden comparar entre los distintos países,

ya que valen lo mismo. El método propone la esperanza de vida al nacer para las mujeres es de 82.5 años y para los hombres es de 80 años”.

El estudio fue considerado por la Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia como excepción de supervisión, en tanto la investigación involucra el estudio de datos existentes, que provienen de una fuente pública y la información se maneja manteniendo el anonimato de los sujetos.

RESULTADOS

Según lo mostrado en la tabla 1, los hombres presentan más años de vida potencialmente perdidos por condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol. Las enfermedades no trasmisibles vinculadas al consumo de alcohol son las que ocasionan tanto en varones como en mujeres la mayor cantidad de años de vida perdidos.

En la tabla 2, puede observarse que las condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol prolongado ocasiona mayor cantidad de años potencialmente perdidos en comparación con aquellas condiciones asociadas a un consumo de alcohol de corto tiempo.

Según la tabla 3, la causa específica que generan mayor cantidad de años potencialmente perdidos por consumo de alcohol prolongado es la cirrosis hepática alcohólica, la condición de salud asociada a un consumo de alcohol prolongado de relación causal media es el cáncer de

Tabla 2. Fallecidos según condiciones de salud asociadas con el consumo de alcohol.

Estudio: Seguimiento del Potencial impacto social y económico de la muerte prematura por consumo de alcohol. Perú 2010.

Condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol.	Hombres	Mujeres	Total	AVPP			Condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol según causa.	Hombres	Mujeres	Total	AVPP Hombres	AVPP Mujeres	AVPP TOTA
				Hombres	Mujeres	TOTAL							
Condiciones de salud asociadas con el consumo prolongado de alcohol.	14554	12013	26567	132769	99978	232747	Causas Específicas	3899	1671	5570	42726	16332	59058
							Relación Causal Alta	254	163	417	3518	1797	5315
							Relación Causal Media	1915	1564	3479	17549	13955	31504
Condiciones de salud asociadas con los efectos de corto tiempo por el consumo de alcohol.	3223	1340	4563	79806	37257	117063	Asociación Causal Baja	8486	8615	17101	68976	67895	136870
							Causas específicas	680	510	1190	22583	16972	39554
							Relación causal media	2288	724	3012	50437	17113	67549
							Relación causal baja	255	106	361	6787	3173	9960

Fuente: Ministerio de Salud – Clasificación Internacional de Enfermedades. 2010.

Muerte prematura por consumo de alcohol: estudio en base a datos de mortalidad del Perú

Tabla 3. Años de vida potencialmente perdidos según condición de salud específicas asociadas con consumo de alcohol. Perú 2010.

Condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol*			Hombres	Mujeres	Total	AVPP Hombres	AVPP Mujeres	AVPP TOTAL	
Condiciones de salud asociadas con el consumo prolongado de alcohol.	Causas Específicas	Psicosis alcohólica	-	-	-	-	-	-	
		Síndrome de dependencia alcohólica	-	-	-	-	-	-	
		Abuso de alcohol	11	0	11	176	0	176	
		Polineuropatía alcohólica	-	-	-	-	-	-	
		Cardiomiopatía alcohólica	-	-	-	-	-	-	
		Gastritis alcohólica	-	-	-	-	-	-	
		Cirrosis hepática alcohólica	3888	1671	5559	42550	16332	58882	
		Exceso de alcohol en sangre	-	-	-	-	-	-	
		Examen de sangre médico-legal alc/dr	-	-	-	-	-	-	
		Otras neuropsiquiátricas	-	-	-	-	-	-	
		Screening para alcoholismo	-	-	-	-	-	-	
	Relación Causal Alta	Todas las cirrosis de hígado	-	-	-	-	-	-	
		Vías de influencia nociva	-	-	-	-	-	-	
		Pancreatitis y otras enfermedades del páncreas	254	163	417	3518	1797	5315	
	Relación Causal Media	Cáncer de orofaringe	188	134	322	1769	997	2766	
		Cáncer esofágico	271	113	384	2010	867	2877	
		Cáncer de hígado	1203	1140	2343	11931	10991	22922	
		Cáncer de laringe	104	16	120	720	164	884	
		Disritmias cardíacas específicas	85	119	204	970	700	1670	
		Várices esofágicas (otras enfermedades del aparato digestivo)	64	42	106	150	235	385	
		Hemorragia de laringe y gastroesofágicas	-	-	-	-	-	-	
	Asociación Causal Baja	Hipertensión	3573	3373	6946	21608	17694	39303	
		Cáncer de mama	50	1149	1199	548	14055	14602	
		Epilepsia	190	174	364	4289	4398	8687	
		Paro cardíaco y mal definido	-	-	-	-	-	-	
		Accidente Cerebro Vascular	4613	3845	8458	41942	31149	73091	
		Pancreatitis aguda	-	-	-	-	-	-	
Colecistitis, colelitiasis		60	73	133	589	568	1156		
Aborto espontáneo		0	1	1	0	31	31		
Pobre crecimiento fetal durante el embarazo		-	-	-	-	-	-		
Soriasis		-	-	-	-	-	-		
Efectos del aborto espontáneo		-	-	-	-	-	-		
Condiciones de salud asociadas con los efectos de corto tiempo por el consumo de alcohol.		Causas específicas	Retardo en el crecimiento fetal/bajo peso al nacer	680	510	1190	22583	16972	39554
			Relación causal media	Toxicidad alcohólica (envenenamiento)	47	4	51	694	53
	Relación causal baja	Accidentes de vehículo motorizado	1167	357	1524	24901	8392	33293	
		Accidente por fuego y llamas	39	38	77	886	896	1782	
		Accidentes por frío excesivo	-	-	-	-	-	-	
		Ahogamiento	634	245	879	15066	5735	20801	
		Accidentes por arma de fuego	-	-	-	-	-	-	
		Suicidio, lesiones autoinflingidas	34	9	43	638	228	866	
		Víctimas de asalto (violencia)	367	71	438	8252	1808	10060	
		Aspiración por vómito	-	-	-	-	-	-	
		Otros accidentes vehiculares en la calle (otros accidentes)	16	8	24	2183	1822	4005	
		Accidente por transporte de agua	-	-	-	-	-	-	
		Accidente de transporte aéreo	-	-	-	-	-	-	
		Caidas accidentales	239	98	337	4604	1351	5955	
		Accidentes con objetos / máquinas	-	-	-	-	-	-	
		Víctima de maltrato infantil	-	-	-	-	-	-	

Fuente: Ministerio de Salud. 2010.

Tabla N° 4. Ranking de condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol que ocasionan años de vida potencialmente perdidos. Perú 2010.

Relación Causal	Enfermedad*	Hombres	Mujeres	Total	AVPP Hombres	AVPP Mujeres	AVPP TOTAL
Asociación Causal Baja	Accidente Cerebro Vascular	4613	3845	8458	41274	30774	72048
Causas Específicas	Cirrosis hepática alcohólica	3888	1671	5559	40945	15988	56933
Causas específicas	Retardo en el crecimiento fetal/bajo peso al nacer	680	510	1190	22483	16971	39454
Asociación Causal Baja	Hipertensión	3573	3373	6946	21330	17377	38707
Relación causal media	Accidentes de vehículo motorizado	1167	357	1524	24556	8392	32948
Relación Causal Media	Cáncer de hígado	1203	1140	2343	11676	10432	22108
Relación causal media	Ahogamiento	634	245	879	13966	5225	19191
Asociación Causal Baja	Cáncer de mama	50	1149	1199	548	13842	14390
Relación causal media	Víctimas de asalto (violencia)	367	71	438	6510	1622	8132
Asociación Causal Baja	Epilepsia	190	174	364	4226	3866	8092
Relación causal baja	Caídas accidentales	239	98	337	4338	1312	5650
Relación Causal Alta	Pancreatitis y otras enfermedades del páncreas	254	163	417	3450	1740	5190
Relación causal baja	Otros accidentes vehiculares en la calle (otros accidentes)	16	8	24	2141	1679	3820
Relación Causal Media	Cáncer esofágico	271	113	384	1954	865	2819
Relación Causal Media	Cáncer de orofaringe	188	134	322	1720	996	2716
Relación causal media	Accidente por fuego y llamas	39	38	77	839	890	1729
Relación Causal Media	Disritmias cardíacas específicas	85	119	204	968	689	1657
Asociación Causal Baja	Colecistitis, coleditiasis	60	73	133	565	551	1116
Relación causal media	Suicidio, lesiones autoinflingidas	34	9	43	638	228	866
Relación Causal Media	Cáncer de laringe	104	16	120	639	159	798
Relación causal media	Toxicidad alcohólica (envenenamiento)	47	4	51	544	53	597
Relación Causal Media	Várices esofágicas (otras enfermedades del aparato digestivo)	64	42	106	150	233	383
Causas Específicas	Abuso de alcohol	11	0	11	176	0	176
Asociación Causal Baja	Aborto espontáneo	0	1	1	0	31	31

Fuente: Ministerio de Salud. 2010

Tabla N° 5. Años de vida potencialmente perdidos por condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol según edad. Perú 2010.

ENFERMEDADES – CIE 10*	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70 +
TOTAL	71,765	14,102	35,147	54,014	74,700	49,279	50,804
Enf. Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	39,263	223	100	0	0	0	0
Condiciones maternas	0	0	31	0	0	0	0
Aborto	0	0	31	0	0	0	0
Condiciones perinatales	39,263	223	68	0	0	0	0
Bajo peso/prematuridad	39,263	223	68	0	0	0	0
Enf. No transmisibles	11,881	6,609	15,832	38,163	64,939	46,144	49,148
Tumores malignos	2,297	708	1,601	8,859	14,554	8,690	7,342
Tumor maligno boca, orofaringe	67	75	62	430	736	818	578
Tumor maligno esófago	248	0	0	349	794	593	893
Tumor maligno hígado	1,916	559	1,179	3,871	6,469	4,642	4,285
Tumor maligno laringe	0	0	68	115	206	234	260
Tumor maligno mama	66	75	292	4,093	6,349	2,401	1,326
Neuropsiquiátricas	1,79	1,644	36,356	44,608	1008	185	196
Epilepsia	1,79	1,644	2,356	1,608	932	162	196
Abuso de alcohol	0	0	34	43	76	23	0
Enf. Cardiovasculares	1071,166	339,172	1018,214	214,772	484,433	345,673	478,792
Enfermedad CVC cerebrovascular	5,166	3,172	7,214	12,109	16,851	12,19	16,388
Enfermedad CVC hipertensiva	929	336	907	3,663	8,582	9,483	15,404
Otras enfermedades cardiovasculares	137	0	104	199	459	324	447
Enf. Respiratorias	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	0	0	0	0	0	0	0
Otras enfermedades respiratorias	0	0	0	0	0	0	0
Enf. Aparato digestivo	1,562	749	3,616	11,682	23,486	15,273	9,370
Cirrosis	1,463	562	2,680	9,927	21,648	14,209	8,394
Colecistitis, colelitiasis	33	0	124	183	301	290	224
Pancreatitis y otras enfermedades del páncreas	66	150	812	1,465	1,537	659	625
Otras enfermedades del aparato digestivo	0	37	0	107	0	113	128
Accidentes y lesiones	20,621	7,271	19,215	15,851	9,761	3,135	1,656
No intencionales	20,443	7,009	14,738	12,347	7,901	2,572	1,572
Accidentes circulación	5,616	3,246	8,469	8,551	4,978	1,685	748
Envenenamientos	0	0	31	244	410	31	32
Caídas	1,668	745	935	1,209	667	305	427
Fuego	675	224	197	487	119	11	69
Ahogamientos	10,214	2,683	4,537	1,616	1,150	384	216
Otros accidentes	2,271	112	568	241	577	156	79
Intencionales	178	261	4,477	3,504	1,860	563	84
Suicidio	0	112	330	72	200	150	3
Violencia	178	149	4,147	3,432	1,660	413	81

Fuente: Ministerio de Salud – Clasificación Internacional de Enfermedades. 2010

hígado, la condición de salud de relación causal baja es el accidente cerebro vascular.

En la tabla 4, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis hepática y el retardo en el crecimiento son las condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol que ocasionan una mayor cantidad de años potencialmente perdidos.

La condición de salud asociada a un consumo de alcohol de corto plazo que causa mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos es aquella de relación causal media, específicamente los accidentes por vehículos motorizados.

Según la tabla 5, entre los 30 y 59, se origina la mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos por presentar condiciones de salud asociadas al consumo de alcohol.

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol se encuentra asociado a daños a la salud y muerte prevenible, ambas condiciones con consecuencias sociales y económicas frecuentemente irreparables. En el año 2010, la Dirección General de Epidemiología, reportó un total de 98894 muertes (14) entre los peruanos, de las cuales un 31,47% tenía como causa de defunción alguna patología vinculada al consumo de alcohol de corto plazo o larga data. Si bien estas patologías, según la “Guía Internacional para el monitoreo del Consumo de Alcohol y Daños”, publicada por la OMS; podría atribuirse al consumo de alcohol, desde diferentes fracciones etiológicas (11). Si bien 03 de los 05 objetivos del Eje estratégico de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas en el país se encuentran vinculados a dicha tarea (15), se requieren políticas públicas agresivas y programas de intervención focalizados en la prevención o control del consumo de alcohol.

Del total de las muertes reportadas por el Ministerio de Salud y vinculadas al consumo de alcohol, se evidencia que hay mayor cantidad de varones; sin embargo dado el rol social que el varón y la mujer desempeñan, es posible que el impacto que ocasione en su entorno sea igual de importante. Sin embargo, al analizar el tipo de patología, puede evidenciarse que en el caso de “Accidentes y Lesiones” la razón de varones con respecto a las mujeres incrementa, esto es que mientras que en las “Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales” y “Enfermedades no transmisibles”, la razón es de 1,3 y 1,2

respectivamente, en accidentes y lesiones; la razón de incrementa a 3,0 (ver tabla 1). Ello implica que por cada 3 varones hay 1 mujer que presenta accidente o lesión bajo la influencia del consumo del alcohol, ocasionando un total de 57223 años de vida perdidos. Es importante tener en cuenta que más del 60% de los años que se pierden son aportados por varones entre los 15 y 44 años de edad (ver tabla 4). Por lo tanto se trata en su mayoría de varones jóvenes en edad económicamente activa y cuya causa de muerte esté vinculada a un consumo de alcohol de corto tiempo.

Al respecto, un estudio realizado en España, encontró que conducir ebrio es la conducta más asociada a los accidentes de tráfico (OR = 5,4) (16). Mientras que en las salas de emergencia de Perú, 1 de cada 5 pacientes atendidos estaba bajo los efectos del alcohol (17). Si se analiza por tipo de patología, las enfermedades no transmisibles son las que ocasionan mayor pérdida de vidas vinculadas al consumo de bebidas alcohólicas; y dentro de ellas las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y la cirrosis son las dos patologías que ocasionan mayor pérdida de años por muerte prematura. Ambas enfermedades están vinculadas al consumo de alcohol de larga data, y ambas afectan a las personas en edad productiva entre los 45 – 59 años de edad y aunque en el caso de las ECV el otro grupo etario afectado de manera importante son los mayores de 70 años, este grupo tiene un rango mayor de años, dado que se incluye a las personas hasta los 109 años de edad (ver tabla 4).

Para el país, la cirrosis se ubica como sexta causa de muerte a nivel nacional, pero en varones se configura como la quinta causa de muerte y en mujeres su importancia se desplaza hasta el puesto 11(18). A nivel mundial, la muerte por cirrosis así como por pancreatitis a causa del consumo de alcohol está demostrada (19), pero de lo que no se tiene mucha información en el país es del costo que implica tratar esta enfermedad, más aun considerando que un paciente con diagnóstico de cirrosis puede estar en tratamiento por más de 10 años, ocasionando gastos permanentes al bolsillo familiar y a la sociedad. En México se estima que el tratamiento de un paciente cirrótico, con un tiempo de enfermedad de 12 años; de los cuales 4 años pudiera estar en estadio B y 1 en el estadio C de la enfermedad, puede llegar a costar 65 520.19 dólares americanos por paciente (20). A ello es necesario sumarle el costo adicional que ocasiona el tiempo de vida productivo perdido por el paciente y por quien lo cuida, además de otros posibles impactos sociales probablemente no cuantificados.

Es probable que lo mismo ocurra con los pacientes que padecen ECVs. Un reporte de investigaciones realizadas en Australia, Nueva Zelanda, Europa Occidental y América del Norte, explica que costos agregados anuales totales en pacientes con esta patología asciende de 7 975 dólares a 54 546 dólares por paciente; mientras que ocho estudios realizados en pacientes con atención prolongada tenían costos de 18 538 dólares a 228038 dólares por paciente (21). Similar situación es probable que ocurra con las diferentes patologías a las que está vinculado el consumo de alcohol de largo plazo, demostrando una vez más las consecuencias sociales en el país.

En el caso del consumo de bebidas alcohólicas en el corto plazo, la dinámica es diferente, pues las consecuencias están vinculadas en mayor proporción a lesiones y accidentes; éstas pueden ser intencionales o no, y dentro de las intencionales la violencia ocupa un rol importante (9). Según el presente estudio, los actos de violencia vinculados a muerte ocasionan mayor cantidad de años de vida perdidos de manera prematura en personas de 15 a 44 años de edad. En este caso, a diferencia de las patologías de larga data, las consecuencias económicas ocasionadas por una persona en edad económicamente activa, son diferentes. El modelo de inversión- producción- consumo; establece que para cada persona el periodo de vida puede segmentarse en tres partes: un periodo de inversión que abarca desde los 0 a 19 años de edad, un periodo de producción, de 20 a 64 años; y un periodo de consumo desde los 65 años a más⁽²²⁾. En una lógica sencilla, una persona entre los 0 a 19 años que se encuentra en el periodo de inversión recibe de la sociedad lo necesario para lograr su bienestar y el desarrollo de capacidades suficientes para prepararlo para la siguiente etapa; en este periodo puede considerarse valores negativos en la economía del país, dada la inversión dedicada a formar al sujeto para su independencia. En el periodo de producción, esto es; desde los 20 a 64 años de edad, el sujeto produce y por lo tanto los valores económicos se vuelven positivos financieramente para el país y la sociedad. Mientras que las personas de edad avanzada, incluye a los mayores de 65 años; nuevamente se vuelven consumidores de la sociedad, por los servicios que demandan para su atención, generando valores negativos en la economía dado su estado de salud y proceso degenerativo, sumado al cese de su vida laboral activa, generalmente formal. Bajo esta lógica, el mismo modelo propone además que cuando sucede una muerte prematura, dependiendo de la edad el sujeto genera un impacto social por lo que se deja de invertir o producir dada la muerte ocurrida. Para el caso específico, si la mayor cantidad de muertes por consumo

de alcohol de corto plazo ocurre en personas entre los 15 y 44 años de edad, el impacto es alto. El primer impacto se da por la muerte de personas entre los 15 y 19 años de edad; porque en ellos la sociedad y la familia invirtieron, pero no podrán ser productivos para contrapesar la inversión, dada la muerte prematura; y el segundo impacto lo generan las muertes de quienes están en etapa productiva. Para el caso se trata de las personas que se encuentran entre los 20 y 44 años de edad, quienes dejarán de producir por morir prematuramente; generando valores negativos económicos en la sociedad. Un estudio realizado en Perú en el año 2008 estableció que la muerte prematura ocasionada por problemas de salud asociados al consumo de alcohol en personas entre los 20 a 64 años de edad, ocasionaba una pérdida de producción de aproximadamente 830391566 millones de nuevos soles (9).

Según el último reporte mundial sobre alcohol y salud realizado por la OMS, el Perú se encuentra con un score de años de vida perdidos de 5, el más alto puntaje que el score señala (1). Ello implica que de acuerdo al tamaño del país y la esperanza de vida general, en el Perú el porcentaje más alto de AVPP puede atribuirse al consumo de alcohol (1, 23).

En este sentido, el abordaje de la problemática de consumo de alcohol en el país es urgente. Algunos distritos de Lima han implementado políticas públicas exitosas que pudieran extenderse a prácticas de carácter nacional, la reducción de días y horas de venta de consumo de alcohol, cuenta con evidencia suficiente de su efectividad (1). Sin embargo, es necesario que las políticas que se tomen logren cambiar la conciencia social de la población, de manera que sean integrales. Las evidencias sugieren que en tanto las políticas públicas para la prevención y control del consumo de alcohol sean más estrictas, la definición de las personas sobre lo que es abuso de alcohol también cambia. Esto implica que las personas consideraran que se está abusando del consumo de alcohol con niveles bajos de consumo si la política es estricta en su mandato y cumplimiento (24).

La prevención selectiva e indicada requiere también un abordaje integral (25). Algunas investigaciones sugieren que en la prevención selectiva, dirigida a población de riesgo se requieren de estrategias metodológicas consistentes, y estrategia de medición válidas y confiables, a fin de no poner en riesgo su resultado, mientras que en la prevención indicada parece haber evidencia suficiente de que intervenciones breves, enfoque educacional o consejería psicológica logran reducir el consumo de

alcohol en la población afectada si se trabaja de manera personalizada (25).

El abordaje en el país debe ser focalizado o priorizado inclusive en las regiones. Finalmente es necesario realizar el monitoreo de indicadores epidemiológicos que permitan evaluar el problema de consumo de alcohol de manera permanente pero además monitorear los progresos de las políticas (24) y de la inversión pública en el particular.

CONCLUSIONES

En el Perú la muerte de la tercera parte de la población peruana está vinculada al consumo de bebidas alcohólicas, sea consumo de corto o largo plazo, el alcohol, tiene consecuencias devastadoras; asimismo, representa años de vida perdidos, con impacto social y económico. Por ello es imperiosa la necesidad de establecer programas o políticas públicas que controlen el consumo y fortalezcan la conciencia social de la población sobre el problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization; 2014 (Citado el 15 Mayo del 2015) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1&utm_medium=email&utm_source=The+King%2527s+Fund+newsletters&utm_campaign=4119178_HWBB+2014-05-26&dm_i=21A8,2GADM,FLWS7S,8X1ZN,1.
- Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewer RD, Zhang X. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. *Prev Chronic Dis.* 2014;11:130293. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130293>.
- Murray CJL, Lopez AD: The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010. Boston: Harvard University Press; 1996. (Citado el 15 Mayo del 2015) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf.
- Dempsey M. Decline in tuberculosis: The death rate fails to tell the entire story. *American review of tuberculosis.* 1947; 56: 157-164.
- Romedor JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International Journal of Epidemiology.* 1977; 6: 143-151.
- Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost (YPLL)-what does it measure? *Epidemiology.* 1990;1(4): 322-329.
- Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. *Bull World Health Organ.* 2000;78(8):981-994. (Citado el 31 julio del 2014) Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-9686200000800008&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-9686200000800008>.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2006. Lima: DEVIDA; 2007.
- Musayón Y. Potencial impacto social y económico de la muerte prematura por consumo de alcohol: Estimaciones en base a datos de mortalidad.. Tesis de Grado. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
- Ministerio de Salud. Caja de Herramientas N°3–GesDatayDGEMorbi. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Guía internacional para el monitoreo del consumo de alcohol y daños relacionados. Ginebra: OMS; 2000 (Citado el 14 de febrero del 2015) Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spanish.pdf
- Mathers CD, Vos T, Lopez AD, Salomon J, Ezzati M, editors. National Burden of Disease Studies: A practical guide: Global Program on Evidence for Health Policy. Geneva: World Health Organization; 2001 (Citado el 14 de febrero del 2015) Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/nationalburdenofdiseasemanual.pdf>.
- Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. España: GESMOR. (Citado el 14 de febrero del 2015) Disponible en: <http://gesmor.software.informer.com/>
- Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Indicadores de Mortalidad. Lima: MINSA; 2011. (Citado el 14 de febrero del 2015) Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=342.
- DEVIDA. Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012-2016: Eje Estratégico para prevención y rehabilitación del consumo de drogas. Lima: DEVIDA; 2012. (Citado el 12 de junio del 2015).
- Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Hyacinth I, Baliunas D, Patra J. et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2010; 29:437-45. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00153.x.
- Quiroz ME, Flores Y, Aracena B, et al. Estimating the cost of treating patients with liver cirrhosis at the Mexican Social Security Institute. *Salud pública Méx.* 2010; 52(6): 493-501. (Citado el 14 de febrero del 2015) Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600003&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000600003>.
- Payne KA, Huybrechts KF, Caro JJ, Craig TJ, Klittich WS. Long term cost-of-illness in stroke: an international review. *Pharmacoeconomics.* 2002; 20: 813–825.
- Swahn M, Bossarte R, Sullivent E. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics.* 2008;121(2):297-305. doi: 10.1542/peds.2006-2348.
- WHO. Youth Violence and Alcohol. Center for Public Health Liverpool JMU. Ginebra: WHO; 2000. (Citado el 15 de Febrero del 2015). Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_youth.pdf.
- Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost: what does it measure? *Epidemiology.* 1990; 1(4):322-9.
- World Health Organization. Alcohol-attributable Years of life lost (YLL) score. Indicator and Measurement Registry version 1.7.0. © WHO; 2011. Luxembourg: World Health Organization; 2011 (Citado el 15 de Mayo del 2015)

- Disponible en: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2376.
23. Fiestas F. Reduciendo la carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en el Perú: propuestas basadas en evidencia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(1):112-118. (Citado el 15 de Mayo del 2015) Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342012000100017>.
24. Department of Health and Human Services. Science-Based Prevention Programs and Principles. Department of Health and Human Services; 2002.
25. Musayón Y, Salazar F. Impacto de los Programas Preventivos del Consumo de Alcohol. En: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Jornadas de Actualización en Prevención del Consumo de Drogas 2009. Lima: Department of Health and Human Services; 2009. 93-111.

Correspondencia

Raquel Meléndez de la Cruz

Correo electrónico: julia.melendez.d@upch.pe

Fecha de recepción: 13 de octubre del 2016.

Fecha de aceptación: 05 de diciembre del 2016.