

Aportes teóricos y metodológicos para evaluar el impacto en la salud asociada al uso nocivo de alcohol

Theoretical and methodological contributions to assess the health impact associated with the harmful use of alcohol

Ernesto Cortés Amador

Licenciado Antropología Social, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. tigormigor@gmail.com

Recibido: 9 abril 2012

Aceptado: 12 junio 2012

RESUMEN

El uso nocivo de alcohol se encuentra asociado con más de sesenta padecimientos crónicos y agudos y es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, especialmente en el continente americano.

Objetivo: Aclarar el panorama en cuanto a la morbilidad y mortalidad asociada al consumo de alcohol, así como una propuesta metodología para su medición en la sociedad costarricense; como parte de la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica sobre el impacto del uso nocivo de alcohol.

Desarrollo: En Costa Rica existe una gran variedad de evidencia y fuentes de información para medir el impacto del consumo de bebidas alcohólicas en la salud pública, pero aún existen vacíos en la calidad de la producción de los datos, lo que dificulta su análisis.

Conclusión: Es claro que el alcohol tiene un gran impacto en la salud pública de la población costarricense, principalmente para los hombres, tanto jóvenes por condiciones agudas, como para los adultos y adultos mayores por enfermedades crónicas.

Palabras claves: alcoholismo, consumo de bebidas alcohólicas, trastornos relacionados con alcohol, Trastornos Inducidos por Alcohol mortalidad, epidemiología (fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Harmful use of alcohol is associated with more than sixty chronic and acute health conditions, and is one of the main risk factors for morbidity and mortality worldwide, especially in the American continent.

Objective: This paper intends to shed light on morbidity and mortality associated with alcohol use, and to propose a measurement methodology for Costa Rican society, as part of an effort to construct an epidemiological surveillance system regarding harmful use of alcohol.

Main thesis: In Costa Rica there is a variety of evidence and information sources to measure the impact of alcohol on public health, but there are still gaps in the quality of the produced data, which hinders analysis.

Conclusion: It is clear that alcohol has a great impact on public health in the Costa Rica population, especially on men, both for young adults with acute conditions and the elderly due to chronic illness.

Key words: alcoholism, alcohol drinking, Alcohol-Related Disorders, Alcohol-Induced Disorders, epidemiology (source: MeSH, NLM).

El uso nocivo de alcohol es considerado el quinto factor de riesgo de muerte prematura a nivel mundial y el primero en el continente Americano. Este se vincula con una gran cantidad de condiciones físicas y mentales que afectan la salud de las personas consumidoras, su familia y la sociedad en su conjunto. El consumo problemático de bebidas alcohólicas se asocia con la etiología de más de 60 enfermedades, crónicas como el alcoholismo o la cirrosis, o agudas, como accidentes de tránsito, agresiones o peleas.

Para determinar el impacto que el consumo de alcohol tiene en la salud pública, es necesario determinar y evaluar sus consecuencias adversas en las personas y en la población en general. El adecuado registro y análisis de esta gran variedad de condiciones crónicas y agudas donde el alcohol se encuentra relacionado con la causa, permite la construcción de indicadores de morbilidad y mortalidad como los Años de Vida Potenciales con Discapacidad (AVPD) o los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Es a partir de estadísticas sobre las personas que han acudido a los servicios de salud, así como las que han fallecido por enfermedades o accidentes asociados al uso nocivo de alcohol, desde donde se mide el impacto en la salud pública. Actualmente en Costa Rica no se cuenta con estimaciones precisas de indicadores de morbilidad y mortalidad, a pesar de la existencia de una gran cantidad de evidencia disponible. Para calcular adecuadamente el impacto del alcohol en la salud, es imprescindible determinar la procedencia y calidad de los datos recolectados.

Este ensayo viene a orientar el trabajo de investigación sobre morbilidad asociada al alcohol en Costa Rica. Con miras a la conformación de un sistema de registro y vigilancia, como lo propone la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol aprobada por la Asamblea Mundial de Salud en el 2010, cuyo objetivo es: *“mejorar los resultados sanitarios y sociales de los individuos, las familias y las comunidades, reflejada en particular en una reducción considerable de la morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol y de sus consecuencias sociales”* (1).

El uso nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública

Después del café, el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo en el mundo y está presente en una gran cantidad de sociedades. Esta es una droga legal en la mayor parte de los países,

incluyendo el nuestro, y se encuentra fuertemente integrada a la cultura y la economía local. Aunque se reconocen ciertos usos benéficos de un patrón de consumo moderado integrado a la dieta habitual, el impacto del uso nocivo eclipsa por completo cualquier beneficio sobre los indicadores de salud (2). En Costa Rica, por ejemplo no existe este patrón de consumo benéfico, pues la bebida no está integrada a la dieta, donde las ocasiones de consumo se asocian más con momentos de ocio, celebración, socialización y de transición (Cortés E, Salazar G. Ocasiones de consumo: dinámica sociocultural del consumo de bebidas alcohólicas entre estudiantes de la Universidad de Costa Rica. Tesis de licenciatura en Antropología Social. 2009).

El uso nocivo de alcohol es un concepto que alude a la existencia de patrones de consumo de alcohol que pueden causar daños a la salud (físicos y mentales), y no solo repercute en las personas consumidoras, sino que también afecta sus familias, comunidades y la sociedad en su conjunto. Está asociado con la etiología de más de 60 condiciones de salud, la mayoría de ellas enfermedades crónicas, como síndrome de dependencia alcohólica, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática, diversos tipos de cáncer (boca, esófago, laringe, hígado, mamas) y síndrome alcohólico fetal.

Existen otras condiciones agudas de salud, donde encontramos intoxicaciones, envenenamientos, accidentes de tránsito, quemaduras, ahogamientos y caídas, que pudieron haber sido involuntarias o intencionales, estando esta última característica asociada a la cantidad de violencia o maltratos que una persona recibe (víctima) o infringe (victimario), y que se ve más claramente en los suicidios, maltrato infantil o violencia de género.

Es así, que el concepto morbilidad se refiere a los procesos de enfermedad o lesiones asociadas al consumo de alcohol que afectan a la población, mientras que la mortalidad alude a la cantidad de muertes atribuibles total o parcialmente al uso nocivo de alcohol.

A partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su Décima Revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, se codifican las condiciones de morbilidad asociadas al consumo de alcohol (3). El cuadro 1, presenta un grupo de 17 enfermedades, algunas crónicas, otras agudas, donde el consumo de bebidas alcohólicas es considerado el principal o único factor de su

ocurrencia, por lo que al mismo se atribuye un valor de 1 (ó 100 %) al definir la FAA (Fracción Atribuible al Alcohol).

Cuadro 1. Enfermedades atribuibles al consumo de alcohol (FAA = 1)

Enfermedad	Tipo enfermedad	CIE-10
Uso nocivo / Abuso de alcohol	crónica	F10.1
Síndrome dependencia alcohólica	crónica	F10.2
Psicosis alcohólica	crónica	F10.5
Degeneración sistema nervioso por alcohol	crónica	G31.2
Polineuropatía alcohólica	crónica	G62.1
Miopatía alcohólica	crónica	G72.1
Cardiopatía alcohólica	crónica	I42.6
Gastritis alcohólica	crónica	K29.2
Enfermedad alcohólica del hígado	crónica	K70
Pancreatitis crónica por alcohol	crónica	K86.0
Feto y recién nacido afectados por alcoholismo	crónica	Q86.0
Síndrome fetal (dismórfico) por alcohol	crónica	O35.4, P04.3
Excesivo nivel de alcohol en la sangre	aguda	R78.0
Efecto tóxico del alcohol	aguda	T51
Envenenamiento accidental por alcohol	aguda	X45
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por alcohol	aguda	X65
Envenenamiento por alcohol de intención no determinada	aguda	Y15

Fuente: CDC 2008

En otras patologías el antecedente del uso nocivo de alcohol está implicado parcialmente en la manifestación de la condición, por ello las FAA son menores a 1 ($FAA < 1$). Algunos ejemplos de $FAA < 1$ calculadas para ciertas enfermedades en los Estados Unidos son los siguientes: Pancreatitis crónica una $FAA = 0,84$, cirrosis del hígado una $FAA = 0,4$ y accidentes de tránsito con una FAA que puede variar desde 0,13 hasta 0,49, según el sexo y la edad de las personas afectadas (Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Related Disease Impact (ARDI) http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/Default.aspx).

A nivel mundial, el uso nocivo de alcohol se ubica como el quinto factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad. Se estima que para el 2004 el 3,8

% de las muertes a nivel mundial fueron causadas por el consumo de alcohol, esto representa un 2,25 millones de Años Perdidos (AVP) así como un 4,6 % de la carga de morbilidad, expresada en Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD); afectando principalmente a los países menos desarrollados (4).

En el continente Americano, al establecer la carga de morbilidad, el consumo de alcohol se ubica de primero en una lista de 26 factores de riesgo analizados por la OMS en el año 2000. Se le atribuyen al menos 323 mil muertes en el continente, lo que representa 6,5 millones de AVPP y 9,5 % de la pérdida total de AVAD (5). Las principales causas de muertes asociadas al alcohol, fueron la cirrosis hepática, cáncer, condiciones maternas y prenatales, diabetes mellitus, lesiones intencionales y no intencionales. Estas últimas representan el 60 % de todas las muertes causadas por el consumo de alcohol y el 40 % de la carga de morbilidad asociada, afectando principalmente a los hombres (83 %), y a personas de 15 a 44 años de edad (77 %) (6).

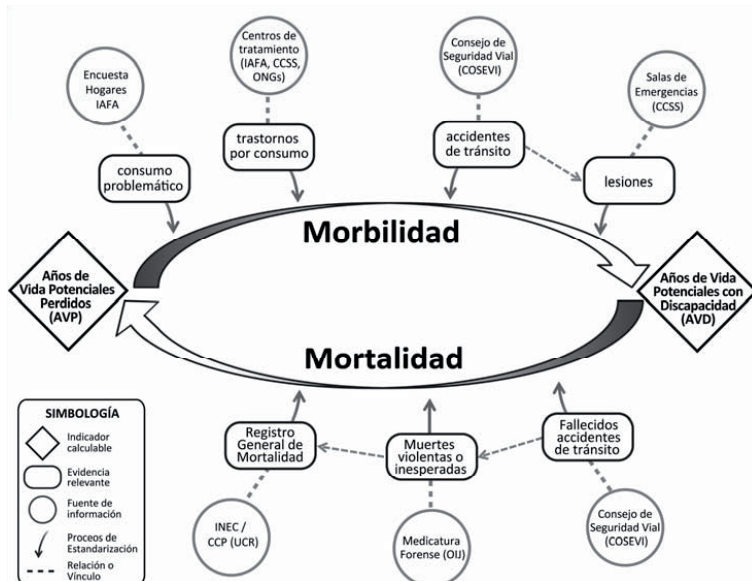
Los principales indicadores de morbimortalidad son los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y los Años de Vida Potenciales con Discapacidad (AVPD). Estos se elaboran a partir del cálculo del promedio de años potenciales de vida saludable perdidos por una persona por el uso nocivo de alcohol, respecto a la esperanza de vida media nacional para un año específico.

Las pérdidas se representan en AVPD si se está calculando el tiempo promedio de incapacidad por una enfermedad o lesión asociada al alcohol y AVPP en función de la edad de la persona muerta según la causa básica de muerte.

Morbimortalidad atribuible al alcohol en Costa Rica

Una representación esquemática de la construcción de los indicadores de morbimortalidad asociada al consumo de alcohol en Costa Rica se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1. Propuesta metodológica para la construcción de los indicadores de morbi-mortalidad asociada al consumo de alcohol en Costa Rica.



Fuente: Elaboración del autor

El concepto de morbi-mortalidad se ilustra como dos flechas sucesivas, donde la existencia de condiciones incapacitantes (morbilidad) pueden conllevar a la muerte (mortalidad), y en menor grado, provocar afectaciones a terceros. Se puede decir que es una esquematización general del método para medir el impacto del consumo alcohol en la salud, pero también da la pauta para evaluar y articular los datos recolectados para su cálculo.

Este esquema permite visualizar los fenómenos pertinentes para establecer el impacto del alcohol sobre la salud, así como las fuentes de información necesaria para generar los indicadores que permiten cuantificar ese impacto. Actualmente se cuenta con alguna información actualizada, pero su calidad no ha sido evaluada exhaustivamente, dificultando la normalización para calcular efectivamente los indicadores de AVPD y AVPP para el país.

Varias instituciones a nivel nacional producen y registran información relevante para la cuantificación de los fenómenos de morbilidad y mortalidad asociados al consumo de alcohol. Estas son principalmente instituciones públicas, como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), el Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) y la Medicatura Forense del Organismo de Investigación Judicial (OIJ); así como Organismos No Gubernamentales (ONGs), que son

los principales encargados de ofrecer los programas de tratamiento por trastornos asociados al uso nocivo de alcohol.

También existen datos provenientes de Registros Generales de Mortalidad en internet, como las del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) o el Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica (UCR). Se denotan vínculos entre los datos que producen las distintas entidades señaladas; por ejemplo los Registros Generales de Mortalidad integran tanto los fallecimientos por accidentes de tránsito y las muertes violentas e inesperadas, lo que permitiría comparación entre las mismas.

La Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas realizada por el IAFA desde hace dos décadas, arroja una gran cantidad de información sobre la situación del consumo de alcohol a nivel nacional. En dicho cuestionario se incluyen los ítems o reactivos de dos pruebas de tamizaje para detectar si las personas están en situación de consumo perjudicial o en necesidad de recibir consejo especializado (7).

El primero es el AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol). Un instrumento que busca identificar de forma rápida aquellas "personas cuyo consumo de alcohol puede poner en riesgo su salud, así como para aquellos que ya están experimentando problemas relacionados con el alcohol incluyendo la dependencia" (8). El AUDIT parte de los criterios del CIE-10, y se utiliza a nivel internacional como un reconocido instrumento de tamizaje. El Indicador de Personas Necesitadas de Tratamiento por Alcohol, representa una adaptación de los criterios diagnósticos de abuso y dependencia al alcohol del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

La tabla 1, integra los resultados de los dos ejercicios de tamizaje, que muestra como 1 de cada 10 personas en Costa Rica puede tener un patrón de consumo de alcohol que representa cierto riesgo y que posiblemente necesite de servicios de atención en salud. Dentro de este grupo se confirma que los hombres son la población más afectada, resaltando la diferencia existente entre las mujeres en ambos indicadores de tamizaje, ya que la proporción de necesitadas de tratamiento (6 %) duplica a las presuntamente afectadas por el consumo problemático (2,4 %).

Tabla 1. Tamizaje por AUDIT e Indicador de Personas Necesitadas de Tratamiento, por sexo. Costa Rica, 2006. (valores porcentuales)

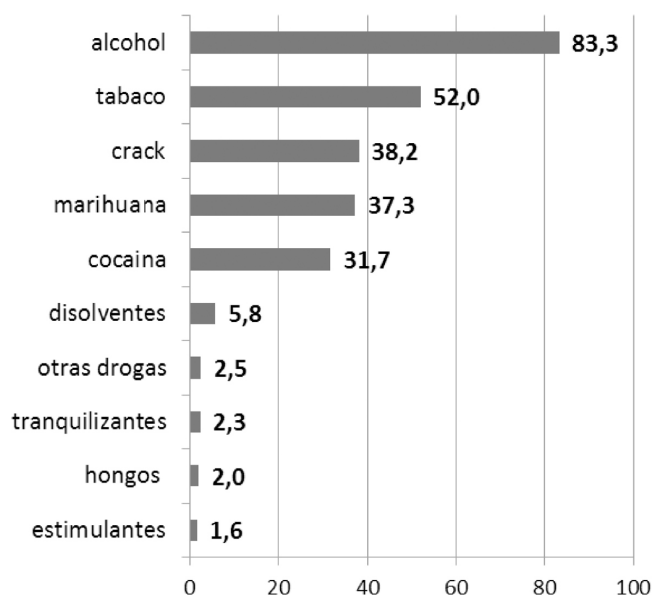
Sexo	Porcentaje de personas en situación de riesgo por consumo alcohol (AUDIT)	Porcentaje de personas necesitadas de tratamiento por Alcohol (DSM-IV)
Hombres	15,9	16,8
Mujeres	2,4	6,0
Total	9,5	11,5

Fuente: IAFA

Otra fuente relevante para el aporte de datos que permitan la construcción del indicador AVPD, la constituye la población egresada de centros de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas. El Proceso de Investigación del IAFA viene recolectando y analizando desde hace varios años información concerniente a los pacientes egresados de los programas de atención especializada por consumo de drogas. Esta información proviene de una variedad de centros de atención de drogodependencias que existen en todo el territorio nacional, administrados principalmente por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) acreditadas por el IAFA.

Para el 2010, se recolectó información de 70 centros que brindan programas de internamiento para el consumo de drogas, como los Hogares Salvando el Alcohólico, Hogares Crea, Hospitales Públicos de la CCSS y privados, ONG y otras clínicas privadas (incluyendo a una proveedora del servicio de desintoxicación). La cantidad total de personas egresadas de programas de rehabilitación en el 2010 fue de 5 918, un 91,2 % hombres y un 8,8 % mujeres. Como se puede ver en la figura 2, el alcohol se ubica como la sustancia de mayor consumo, ya que un 83,3 % de la población atendida en estos centros de tratamiento dijo haberlo consumido en los 30 días anteriores al de ingreso a tratamiento.

Figura 2. Porcentaje de los sujetos egresados de programas de rehabilitación, según sustancias consumidas durante los 30 días antes de su ingreso. Costa Rica 2010



Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2010.

En las salas de emergencias de los hospitales públicos de la CCSS, se pueden recolectar datos relevantes sobre morbilidad asociada al consumo de alcohol, específicamente sobre lesiones intencionales y no intencionales. Esta información no se recolecta periódicamente en los centros de atención del país, por lo que la OMS (Alcohol y Lesiones en Salas de Emergencia. Resumen del reporte de la OMS en un estudio multicéntrico sobre alcohol y lesiones. 2007) promueve la realización a través de estudios ad hoc, en periodos específicos de tiempo, buscando cuantificar el papel que juega esta sustancia en relación con la atención de lesiones no fatales.

En Costa Rica, el único antecedente de este tipo fue un estudio en salas de emergencias de hospitales generales, en los años 1998, 2000 y 2002, donde se analizó la relación entre consumo de drogas, particularmente alcohol y la ocurrencia de eventos traumáticos (9). La tabla 2 muestra que el porcentaje de casos atendidos en salas de emergencias donde se indicó el consumo de alcohol tiene una evidente variabilidad en los tres años analizados, denotando que para los hombres existe una clara influencia del consumo de alcohol en distintos tipos de accidentes sean éstos caseros, de tránsito o lesiones personales como caídas.

En las salas de emergencias de los hospitales públicos de la CCSS, se pueden recolectar datos relevantes sobre morbilidad asociada al consumo de alcohol, específicamente sobre lesiones intencionales y no intencionales. Esta información no se recolecta periódicamente en los centros de atención del país, por lo que la OMS (Alcohol y Lesiones en Salas de Emergencia. Resumen del reporte de la OMS en un estudio multicéntrico sobre alcohol y lesiones. 2007) promueve la realización a través de estudios *ad hoc*, en periodos específicos de tiempo, buscando cuantificar el papel que juega esta sustancia en relación con la atención de lesiones no fatales.

En Costa Rica, el único antecedente de este tipo fue un estudio en salas de emergencias de hospitales generales, en los años 1998, 2000 y 2002, donde se analizó la relación entre consumo de drogas, particularmente alcohol y la ocurrencia de eventos traumáticos (9). La tabla 2 muestra que el porcentaje de casos atendidos en salas de emergencias donde se indicó el consumo de alcohol tiene una evidente variabilidad en los tres años analizados, denotando que para los hombres existe una clara influencia del consumo de alcohol en distintos tipos de accidentes sean éstos caseros, de tránsito o lesiones personales como caídas.

Tabla 2. Porcentaje de personas atendidas por trauma asociado al consumo de alcohol. Costa Rica 1998, 2000, 2002

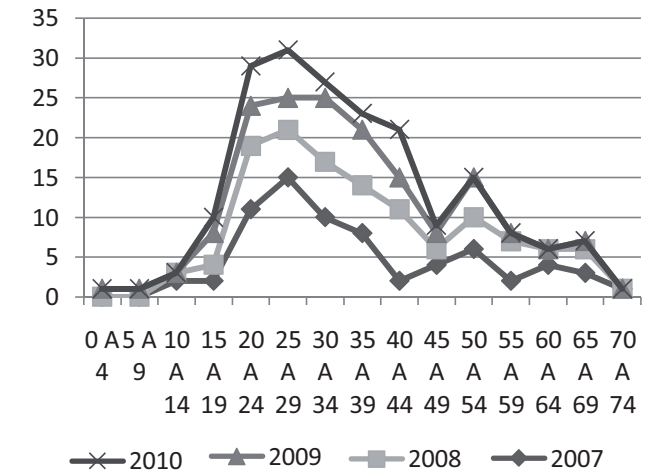
Sexo	1998	2000	2002
Hombres	26,8	37,3	21,8
Mujeres	10,2	15,7	7,4
Total	21,9	31,3	17,3

Fuente: Bejarano y Sáenz (2005)

La información sobre consumo de alcohol en accidentes de tránsito y personas fallecidas en accidentes es producida por el COSEVI. Esta aporta insumos tanto para los indicadores de morbilidad, como de mortalidad, aunque en el primero de los casos es imprescindible determinar si existieron lesiones debido al accidente. Del 2007 al 2010 se observa una tendencia a la baja en la accidentabilidad de tránsito en Costa Rica, así como una disminución paulatina de los fallecimientos que estos ocasionaron; tomando en cuenta que la cantidad total de accidentes y fallecidos se ha mantenido relativamente estable en ese mismo periodo de tiempo.

Esta problemática se visualiza principalmente entre los hombres, los cuales presentan indicadores mucho más altos que las mujeres, tanto en las lesiones como en las muertes ocasionadas por accidentes de tránsito donde hubo presencia de alcohol. En el 2007 por ejemplo, del total de 71 muertes en carretera, 63 eran hombres y 8 mujeres, mientras que en el 2010 de las 24 muertes registradas, solamente una era mujer. Este fenómeno se acentúa principalmente entre las personas jóvenes de 20 a 35 años, como lo muestra la figura 3.

Figura 3. Personas fallecidas en accidentes de tránsito donde hubo presencia de alcohol, según grupos de edad. Costa Rica 2007-2010



Fuente: COSEVI

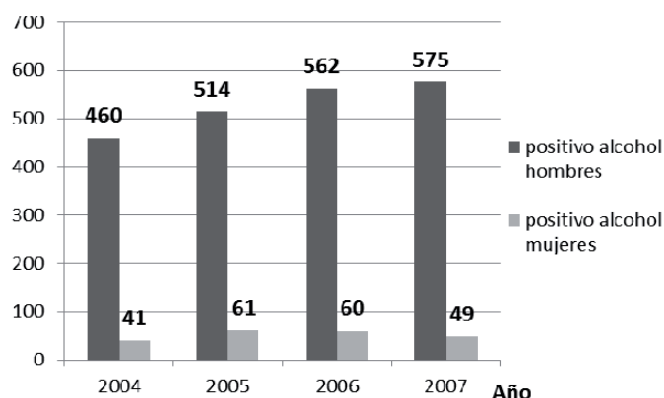
Otros datos relevantes para calcular el impacto de la mortalidad asociada al alcohol, son las muertes violentas o inesperadas, cuyos datos son producidos por la Medicatura Forense del Organismo de Investigación Judicial del Poder Judicial (OIJ). Análisis de este tipo de datos para el país se pueden ver en un estudio realizado en 1989 (Del Valle L. Alcohol y muerte violenta. Tesis para optar al grado de Especialista en Medicina Legal. Universidad de Costa Rica: 1992) y en 1996 (10), a través de la autopsias realizadas por la Morgue Judicial y mostraron una alta relación entre las muerte violentas y la presencia de alcohol en sangre; resaltando que los hombres son más vulnerables a morir violentamente que las mujeres.

Desde hace varios años, el Proceso de Investigación del Iafa recolecta y analiza evidencia sobre consumo de drogas y muertes violentas o inesperadas que se produce en la Medicatura Forense. La figura 4, muestra como en el periodo del 2004 al 2007 el total de muertes donde se certifica la presencia de alcohol en sangre tuvo un crecimiento paulatino para los hombres, y se ha mantenido relativamente estable para las mujeres. Este

representa más del 20 % de todas las muertes violentas en hombres y alrededor de un 10 % de todas las muertes de mujeres, valores que se mantienen relativamente estables durante los cuatro años analizados.

Figura 4. Total de muertes violentas o inesperadas con resultado positivo de alcohol en sangre, según sexo. Costa Rica 2004-2007

Total de muertes

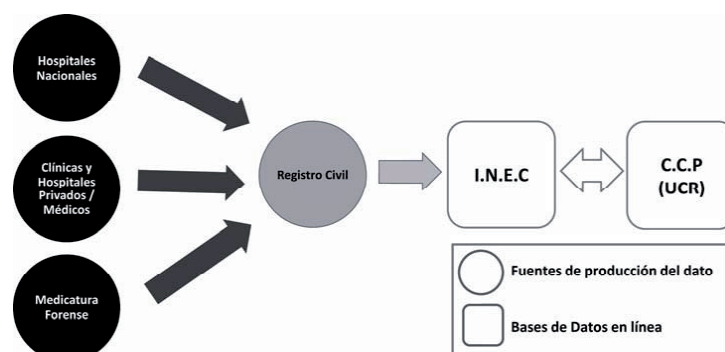


Fuente: Medicatura Forense / IAFA

Para el 2007, las principales causas de muertes violentas o inesperadas donde hubo presencia de alcohol fueron los accidentes de tránsito con 227 casos, seguido por procedimientos médico quirúrgicos con 152, suicidio con 107 y la violencia social 104. La población más afectada son los hombres entre los 20 y 40 años, con una edad promedio de 38 años. Estos valores podrían disminuir en años recientes, en función de la tendencia a la baja de los fallecimientos por accidentes de tránsito observados anteriormente en los datos del COSEVI.

Finalmente, los datos más amplios y exhaustivos para generar indicadores sobre mortalidad provienen de Registros Nacionales de Mortalidad, que integran todas las muertes contabilizadas por las distintas instituciones encargadas de la certificación de defunciones en el país. La figura 5, muestra como esta información llega al Registro Civil, que registra y asienta el dato, brindando los insumos para que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y, subsidiariamente otros institutos de investigación como el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica (CCP/UCR), puedan ofrecer la base de datos sobre mortalidad a nivel nacional. Es a partir de las bases de datos en línea que proveen estas dos últimas instituciones, que se obtienen los insumos para el análisis de las tasas de muerte por causas asociadas al uso nocivo de alcohol.

Figura 5. Esquema de producción del dato en Registros Nacionales de Mortalidad. Costa Rica 2011



Fuente: Elaboración propia

En el Proceso de Investigación del IAFA, se realizó un ejercicio investigativo para medir la mortalidad asociada al consumo de alcohol en Costa Rica, considerando las 17 enfermedades a las que tal práctica se asocia o atribuye en su totalidad (FAA=1), en un periodo de seis años: 2005 al 2010. Este mostró una tendencia variable en relación con la mortalidad atribuible a enfermedades asociadas al consumo de alcohol, con una tasa general de 5,26 muertes al año por 100 mil habitantes para todo el periodo.

Tabla 3. Cantidad de muertes atribuibles al consumo de alcohol. Costa Rica 2005-2010

Sexo	Total de muertes 2005-2010	Total muertes por alcohol 2005-2010	% muertes atribuibles al alcohol	Tasa de muertes por 100mil hab.
Hombres	60282	1210	2,01	8,99
Mujeres	44443	185	0,42	1,42
Total	104725	1395	1,33	5,26

Fuente: INEC

CONCLUSIONES

En Costa Rica existe una gran cantidad de evidencia y fuentes de información sobre el impacto que tiene el uso nocivo de alcohol en la salud pública, aunque todavía persisten vacíos y deficiencias para asegurar la calidad de los datos para el cálculo de indicadores de morbilidad y de mortalidad. Este artículo podría considerarse uno de los primeros acercamientos a la construcción de estos indicadores, donde se visualiza la gran variedad de efectos que tiene el consumo de alcohol, así como la diversidad de instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil que producen información estadística relevante para su medición.

Para la correcta incorporación de los datos morbilidad proveniente de encuestas nacionales y de los servicios de atención en salud, es necesario incorporar el periodo de tiempo de internamiento o de incapacidad. Este tipo de estudio tiene como objetivo monitorear el impacto del alcohol en la vida saludable de la población costarricense, y también aportan los insumos necesarios para la construcción de las Fracciones Atribuibles al Alcohol (FAA) aplicables a nuestro país (11).

Asimismo, cerca de una cuarta parte de los datos analizados en la Medicatura Forense hasta el 2007, mostraron positivo por alcohol en sangre, demostrando una importante asociación entre el consumo de esta sustancia y la ocurrencia de muertes violentas o inesperadas, principalmente accidentes de tránsito; porcentaje que debería mostrar una disminución paulatina según los datos presentados por COSEVI. Es necesario estandarizar la forma de recolección de esta evidencia, con el fin de determinar la causa básica de muerte a partir de su clasificación del CIE-10, y de realizar estudios comparativos entre las dos fuentes de información existentes.

Por otro lado, los resultados del Registro General de Mortalidad Nacional, presentan una clara estabilidad en la cantidad de muertes atribuibles al consumo de alcohol con una FAA=1. Estas se relacionan principalmente con enfermedades crónicas y afectaron principalmente a los hombres adultos y adultos mayores. Es necesario mantener un registro continuo de estas 17 enfermedades, pero también de aquellas enfermedades con una FAA<1, con el fin de medir el impacto general en la mortalidad, pero también para dilucidar posibles relaciones o vínculos con la evidencia presentada por otras fuentes de información.

Toda esta evidencia representa la base para que las instituciones de salud pública puedan realizar un monitoreo continuo del impacto del uso nocivo de alcohol, identificando aquellas poblaciones más vulnerables y que sufren las mayores consecuencias. Para esto es necesario contar con un sistema de información que realice labores de vigilancia epidemiológica de indicadores fiables de morbimortalidad asociada al alcohol.

La Estrategia Mundial de Reducción del Uso Nocivo de Alcohol de la OMS en su Esfera de Acción No.2: Respuesta de los Servicios de Salud, estimula a los Estados a crear un sistema de seguimiento y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuible al alcohol, que incluyan mecanismos de intercambio y difusión de la información. Pero es en la Esfera No.10: Seguimiento y Vigilancia, donde se proponen una serie de medidas para su implementación y sostenibilidad, como lo es

el establecer instituciones responsables de coordinar, ejecutar y difundir investigaciones periódicas sobre un conjunto de indicadores de uso nocivo de alcohol, así como implementar mecanismos de evaluación de los efectos de las políticas aplicadas para mejorar estos indicadores.

Es claro que el alcohol tiene un gran impacto en la salud pública de la población costarricense, principalmente para los hombres, tanto jóvenes por condiciones agudas, como para los adultos y adultos mayores por enfermedades crónicas. Aún así, todavía quedan muchas tareas de investigación por realizar, lo que plantea un esfuerzo de planificación y organización interinstitucional.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Suiza: Lausanne; 2010
2. Rehm J, Frick U. Alcohol use as a risk factor for burden of disease: Methodological considerations. *Addiction Research and Theory*. 2009; 17:99-103.
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington: OPS; 1995.
4. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavornchoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373:2223-2233.
5. Monterio M. Alcohol y Salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.
6. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en la Américas: reporte final del estudio multicéntrico. Washington: OPS; 2007.
7. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta nacional de hogares 2006. San José, Costa Rica: IAPA; 2009.
8. Babor T, Higgins-Bindlle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Ginebra: OMS; 2001.
9. Bejarano J, Sáenz M. Trauma y consumo de drogas en salas de emergencia de hospitales generales costarricenses, 1998-2002. *Revista Peruana de Drogodependencias*. 2005; 3:129-144.
10. Bejarano J, Sáenz M. Consumo de drogas y muerte violenta en Costa Rica. *Adicciones*. 2000; 12(3): 435-441.
11. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol Use. En Ezzai M, Lopez A, Rodgers A, Murray C. (editors) Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva. World health Organization: 2004.