



Nota Informativa N ° 2 – ALCOHOL, EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES.

CONTENIDO

- 1- Resumen ejecutivo**
- 2- Alcohol e Inequidad: una relación compleja**
- 3- Causas que relacionan alcohol e inequidades en salud**
- 4- Resultados derivados del consumo de alcohol y problemas relacionados.**
- 5- Puntos de acceso e intervenciones en inequidades y alcohol**
- 6- Conclusiones**
- 7- Bibliografía**

1- RESUMEN EJECUTIVO-

Los factores conductuales, comúnmente denominados estilos de vida son determinantes sociales intermedios en la producción de inequidades en salud. Juegan un papel importante en explicar las desigualdades en salud. Estos hábitos no son, sin embargo, puramente “personales”, es decir, producto de decisiones individuales, sino que se encuentran influidos por otros determinantes *sociales*, como las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas existentes en cada sociedad.

El alcohol es una sustancia potencialmente adictiva, que causa importantes consecuencias individuales y sociales. La evidencia muestra que los grupos de menor posición social experimentan mayor carga de enfermedades atribuibles al alcohol, a pesar del menor nivel de consumo frente a grupos más beneficiados socialmente. Es decir, para una cantidad dada de consumo, las poblaciones pobres experimentan mayores daños debidos al alcohol, mientras que son los más adinerados los que consumen mayores cantidades relativas.

Las inequidades derivadas del uso nocivo del alcohol pueden ser reducidas mediante intervenciones directamente a los contextos socioeconómicos de las poblaciones, según los diferenciales de exposición y vulnerabilidad de cada grupo.

2 -ALCOHOL E INEQUIDAD: una relación compleja.

Aunque existe abundante evidencia sobre la efectividad de las políticas dirigidas a los efectos nocivos del consumo excesivo de alcohol, muy poco se conoce acerca de las intervenciones que pueden reducir las inequidades en salud atribuibles al consumo de alcohol. Desde esta perspectiva, el consumo nocivo de alcohol es un determinante de diferencias evitables en los resultados de salud de las personas: el consumo nocivo de alcohol no afecta por igual a los grupos de la sociedad y origina inequidades salvables.

Ante la ausencia de datos, los fijadores de políticas orientan las decisiones con intervenciones que impactan sobre la carga de enfermedad debida al uso de alcohol del total de la población, con la esperanza, en el mejor de los casos, de afectar la mayor carga del daño presente en grupos de bajo nivel socioeconómico. Aún cuando existen varias iniciativas mundiales y experiencias respecto a políticas sobre el alcohol (citas), el papel que juegan factores culturales, sociopolíticos y económicos hace que el impacto de cualquier intervención resulte desconocido.

Gran parte de la incertidumbre se deriva de una simple, pero sólida verdad: el alcohol es un bien de consumo (commodity, en inglés) y por lo tanto requiere de ingresos disponibles para obtenerlo. Los segmentos más pobres de la población suelen ser menos propensos a beber, a comparación de los segmentos más ricos. Pero estos segmentos tienen una carga atribuible al alcohol mayor, por tal condición de desfavorecidos. Esto abre la posibilidad que la desigualdad socioeconómica allane las estrategias de intervención.

La hipótesis se plantea del siguiente modo: ¿Las reducciones en los daños atribuibles al alcohol conducen a reducción de inequidades en salud entre los grupos de todo el gradiente social? ¿Cómo pueden evitarse las inequidades en el uso nocivo del alcohol en los segmentos más desfavorecidos en contextos de desarrollo económico, como ocurre en los países emergentes? A continuación se analizan estos interrogantes.

3. CAUSAS QUE RELACIONAN ALCOHOL E INEQUIDADES EN SALUD

La Figura N°1 describe los principales determinantes de inequidades asociados al uso nocivo del alcohol.

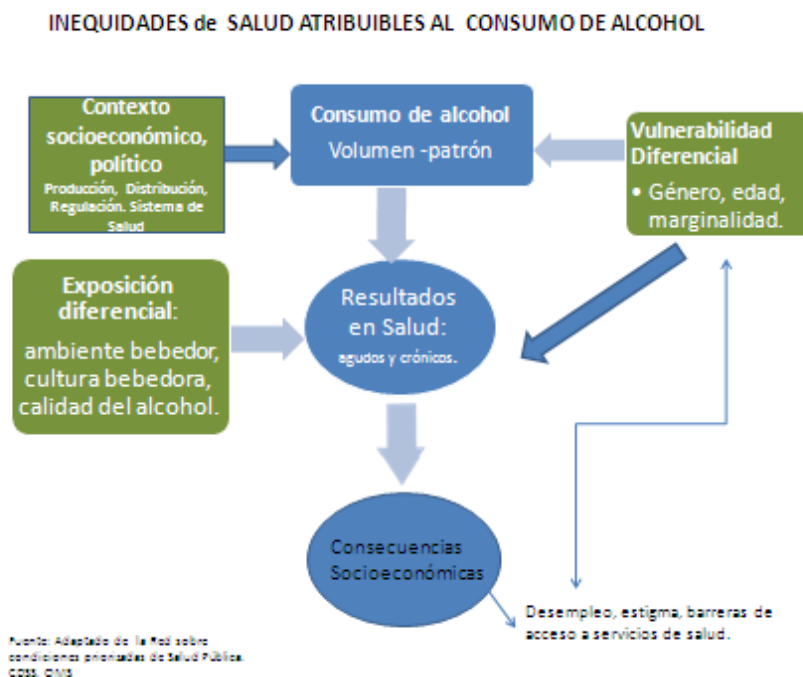


Figura 1. Marco conceptual de las inequidades de salud atribuibles al consumo de alcohol.

Según se muestra, son tres los niveles a ser considerados en el análisis de las inequidades sanitarias debidas al consumo de alcohol. Dos puntos finales merecen un análisis especial: los resultados en salud a consecuencia del uso nocivo, el cual incluye una gran variedad de condiciones crónicas (dependencia, adicción, cánceres, enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares y neuropsiquiátricas), agudas (intoxicación), daños intencionales (delitos) y no-intencionales (siniestros viales). El alcohol puede también modificar el curso de la enfermedad por debilitamiento. Y por otro lado, las consecuencias socioeconómicas que incluyen pérdidas de ganancias, desempleo, rupturas familiares, violencia y estigmatización.

El marco conceptual dirige su atención a 3 vías causales que relacionan determinantes sociales con resultados en salud y consecuencias socioeconómicas:

-Contexto socioeconómico y posición social

-Vulnerabilidad diferencial

-Exposición diferencial

Los dos primeros grupos de causas inciden directamente sobre el consumo de alcohol, mientras que el tercer grupo de causales lo hace principalmente sobre los resultados de salud productos del consumo.

3.1 Discusión acerca de las vías causales de inequidad.

a. Contexto socioeconómico y posición social.

La disponibilidad global de alcohol en un contexto dado, es el principal responsable entre los factores socioeconómicos que modelan los efectos del alcohol sobre resultados de salud.

La disponibilidad de alcohol está influenciado ampliamente en una sociedad por patrones culturales, como por los niveles de ingresos, productivos, publicidad, distribución y precios de las distintas opciones. El consumo de alcohol es correlativo a los niveles de riqueza de un país. La figura N°2, una comparativa internacional de la relación entre el PBI/cápita y el consumo de alcohol por año, de poblaciones adultas, en el mismo cada círculo representa un país.

FIGURE 2.2 Relationship between per capita purchasing power parity-adjusted GDP and adult consumption (litres) of alcohol per year, 2002 (weighted by adult population size)

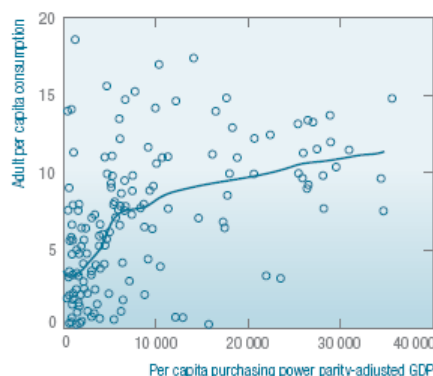


Figura 2. Relación entre el consumo de alcohol en adultos y PBI/cápita.

La interpretación de estos datos no resulta sencilla. El consumo de alcohol de un país puede servir como indicador del tipo de bienes que se utilizan a diario cuando la economía es próspera. Después de un nivel determinado de PBI, el consumo no aumenta más, debido a que la población decide afrontar otros bienes de consumo. Es por ello que los países desarrollados tienen menores niveles de consumo per cápita. En un estudio en los países nórdicos y de habla inglesa la enfermedad cirrótica solía ser una enfermedad de ricos. El cambio en los índices de mortalidad por clase social debidas a cirrosis hepática, llevó la mortalidad de los grupos sociales menores de 0.88 en 1961 a 1.4 en 1981.

Los países más desarrollados tienen por tanto mayores niveles de abstinencia de alcohol, menor nivel de consumo y consecuentemente menor carga de enfermedad atribuible al alcohol.

El contexto socioeconómico y la posición definen también la disponibilidad de servicios de atención de la salud destinados a los problemas relacionados con el alcohol. En Estados Unidos, por ejemplo las aseguradoras niegan la cobertura de salud a estos problemas por considerarlos consecuencias de decisiones individuales.

b. Vulnerabilidad diferencial: factores intrínsecos

La posibilidad de daños debidos al consumo de alcohol se asocia principalmente a variables como género, edad y estatus socioeconómico. Las prohibiciones culturales de beber que son sujeto niños y mujeres, reducen su vulnerabilidad a daños en la salud debidos al alcohol. Para aquellos que rompen con estas prohibiciones, los daños se hacen presentes aún entre generaciones.

Los bebedores de clases sociales altas, por ejemplo, tienen un “margen social” que los aísla de las posibles consecuencias negativas de sus hábitos, mientras que los bebedores de grupos de estatus bajo, lo hacen en lugares públicos, donde están más expuestos a la fuerza pública y las autoridades. Otra explicación convincente de la vulnerabilidad diferencial de los grupos de bajo nivel socioeconómico relacionados con los problemas de alcohol, es la desventaja acumulada, lo que sugiere que las desventajas socioeconómicas que ocurren temprano en la vida se pueden multiplicar, a veces de manera exponencial, durante el transcurso del tiempo, lo que contribuye a los resultados adversos de salud. Así, en un estudio realizado en Finlandia, la educación, la categoría ocupacional, los ingresos personales, del hogar, los ingresos netos y la tenencia de la vivienda se mostraron estadísticamente significativos como predictores de la

mortalidad por alcohol, después de ajustar otras dimensiones socioeconómicas, con cada uno mostrando gradientes negativos.

Los efectos pueden ser intergeneracionales, algunos estudios muestran que un niño con posición económica baja duplica el riesgo de mortalidad atribuible al alcohol.

Un estudio multicéntrico sobre género y daños debidos al alcohol en América (1) describió el perfil de consumo de alcohol y los predictores de resultados de 10 países de Latinoamérica, encontrando diferencias de género importante entre los países y dentro de cada país, llevando a la conclusión de la necesidad de desagregar los datos de consumo, existiendo escasa información epidemiológica sobre el consumo y escasa prioridad en los programas sanitarios. Este mismo estudio puso el acento en las diferencias de vulnerabilidad de las mujeres frente al alcohol, ya que sufren las consecuencias tanto por su propio consumo, como el de sus parejas (violencia familiar, lesiones y carga económica).

Particularmente en nuestro país, la franja etárea de los jóvenes entre 13 y 18 años presenta una prevalencia del 56% de consumo de alcohol (2,3) y es más frecuente entre los hombres. En lo referido a accidentes viales, el alcohol explica el 87% de las muertes de menores de 20 años bajo estas circunstancias. Así mismo en Argentina, el nivel de educación y el monto de los ingresos explican las diferencias del consumo: el segmento de personas con primaria completa registra un consumo regular de alcohol del 11,1% frente a un 10% del grupo de secundaria completa o más. El grupo de población con ingresos entre \$-1750-4000 registra un consumo del 10,8% mientras que el grupo de ingresos mayores a \$4000 pesos registra un consumo de 13,5%(4).

Otro aspecto de la vulnerabilidad involucra los efectos negativos del alcohol sobre el curso de las enfermedades y la adición de daños, como la malnutrición, que en los bebedores produce inmunodepresión y mayor vulnerabilidad a tuberculosis y SIDA.

c. Exposición diferencial: factores extrínsecos

Las poblaciones a lo largo del espectro social experimentan diferentes grados de exposición a los efectos nocivos del alcohol. Aspectos relacionados con la calidad de las bebidas son frecuentes en espectros sociales de menor escala, que expone a contaminantes o aditivos. Sin embargo este aspecto es sustancialmente superficial a los daños producidos por el uso nocivo.

Lo que sí está mejor evidenciado es que las personas pertenecientes a clases sociales bajas están sustancialmente más expuestas a publicidad, marketing y distribución. Varios estudios muestran que los problemas de salud y sociales relacionados con el alcohol son mayores en clases sociales bajas que, además están expuestos a mayor cantidad de sitios de venta de alcohol y publicidad. (5-6).

Otro punto de exposición diferencial lo constituye el contexto y la naturaleza del ambiente bebedor, dado que los grupos de bajo nivel socioeconómico son más cercanos a beber en ámbitos inseguros y que los exponen a violencia, daños, drogas de abuso y enfermedades infectocontagiosas, que incluye las de transmisión sexual.

4- RESULTADOS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS RELACIONADOS.

Las diferencias entre regiones ricas y pobres del mundo contribuyen a la carga de enfermedad atribuible al alcohol. La Tabla 1 señala el daño atribuible al alcohol entre las regiones, utilizando los Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Estos reflejan una combinación de los años de vida perdidos por acarrear una discapacidad, en este caso por uso nocivo de alcohol. La proporción de los AVAD atribuibles al alcohol son superiores en las regiones de ingresos medios y altos que en las menores. Esto se explica en parte por una carga global de enfermedad atribuible a otras causas, en las regiones pobres. Europa oriental y Asia central presentan los mayores registros.

Carga de enfermedad atribuible al alcohol (en miles de AVADs). 2000.			
	AVADs*	%relativo	AVADs totales**
Medio oriente islámico e India	1.578	26,4%	5.966
Países más pobres de América y África	1.328	18,5%	7.199
Países desarrollados en América, Asia y Pacífico	2.906	36,7%	25.519
Norte América, Europa Occidental, Japón y Australia	5.100	64,6%	7.897
Europa Oriental y Asia Central	2.299	19,6%	11.742
Total Mundial	19.671	33,7%	58.323
Adaptado de Rehm et al.(7)			
* Años de vida ajustado por discapacidad de daños directos por uso de alcohol.			
**Años de vida ajustados por disc.totales por uso de alcohol (enf.cardiovascular, infecciosas, lesiones, delitos)			

Tabla 1. Carga mundial de enfermedad atribuible al uso nocivo de alcohol. Año 2000.

Sobre una carga de 1.445.169 AVAD mundiales debidos a enfermedades prevenibles, el alcohol es responsable del 4%, es decir de 58.323 años de vida perdidos a causa de su uso nocivo. El consumo de alcohol está relacionado con las siguientes patologías: bajo peso al nacer, cánceres digestivos (orofaríngeos , colorectales, hepático, de mama), diabetes, transtornos neuropsiquiátricos, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática y lesiones no intencionales (siniestros viales, envenenamiento, ahogamiento) e intencionales (violencia, delito).

En otro estudio llevado a cabo en América (1) Brasil reportó la mayor prevalencia de consumo perjudicial, un cuarto de su población y Perú el de menor (1,3%).

En Argentina la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina, reveló un aumento de la prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo (9,6%-2005 vs. 10,7%-2009) y una reducción en el consumo episódico excesivo, respecto al año 2005. Ambos indicadores fueron más elevados en varones (4). Las provincias que presentaron mayor consumo de riesgo fueron Santa Fe, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mendoza y las de menor consumo La Rioja, San Juan y Jujuy. El consumo episódico excesivo estuvo fuertemente asociado con la edad en jóvenes: 16% de 18 a 24 años y 2,4% en mayores de 65 años. La encuesta no halló evidencias fuertes en materia de consumo de alcohol y determinantes sociales.

5- PUNTOS DE ACCESO e INTERVENCIONES en INEQUIDADES y ALCOHOL.

Existen múltiples y robustas intervenciones efectivas en la reducción de los daños producidos por el alcohol (8,9), pero pocas en el sentido de reducir las inequidades sanitarias que explican y generan diferencias en los daños presentes en las regiones del mundo.

Intervenciones relacionadas con el contexto socioeconómico y la posición social:

-Fortalecer y proteger la capacidad de la autoridad para actuar en la reducción de los problemas relacionados con el alcohol.

Como se sabe, una de las vías más efectivas para evitar el daño por alcohol es la reducción de la disponibilidad global que impacta en las cantidades consumidas. Aunque no directamente dirigido en término de inequidades, el gravamen sobre los precios de las bebidas puede hacer al alcohol menos asequible a las poblaciones carenciadas, impactando mayormente en los que

están más expuestos por su posición social. En una era de mercado libre y consumo globalizado, existen iniciativas que comprometen a los gobiernos a armonizar los intereses contrarios entre comerciantes, productores y consumidores. En nuestro país y en nuestra región la producción de alcohol es una parte importante de nuestra economía (16% del PBG local), generando empleo, divisas, turismo. Esto no debería ser una limitante para que las autoridades emprendieran los controles necesarios sobre la comercialización y la publicidad del alcohol a la población, desde legislación, controles y registro de productos. Así lo demuestran las negociaciones que han requerido sectores como el del tabaco.

- Normalización y lugar del alcohol en la cultura para reducir la estigmatización.

Cambios en la salud, la educación y la política de bienestar mejoran sin dudas el acceso a servicios de salud, con efectos positivos en los efectos derivados del alcohol, la dependencia y las enfermedades relacionadas. La armonización de estos sectores entre sí en base a problemáticas comunes aporta nuevos enfoques. La estigmatización es la principal barrera de acceso a servicios de salud, principalmente entre grupos desfavorecidos. Reducir esta barrera es un paso importante al mismo tiempo de generar la discusión sobre el lugar ocupado por el alcohol en los segmentos poblacionales por edad, sexo, posición social, etc.

Intervenciones relacionadas con la diferencia de vulnerabilidad.

- Participación social y empoderamiento de las comunidades: la movilización comunitaria es un tipo de intervención que ha demostrado tener éxito en la respuesta al diferencial de comercialización de bebidas alcohólicas de grupos vulnerables. Bajo este enfoque, los especialistas en prevención de la comunidad centran sus objetivos en los líderes comunitarios, en la búsqueda de concientización y búsqueda de soluciones con la participación de los interesados. Obstáculos políticos son frecuentemente los que atraviesan los gobiernos que bajo una perspectiva de salud pública, intentan reducir la comercialización de bebidas alcohólicas entre los grupos menos favorecidos.

- Mejorar el acceso a los servicios de las poblaciones de bajo nivel socioeconómico: la desventaja acumulativa aumenta la vulnerabilidad atribuible al alcohol, y por tanto puede generar una necesidad mayor de cuidados de salud a lo largo de todo el continuo asistencial. La estigmatización y la falta de recursos agravan aún más el acceso a atención de la salud de las personas comprometidas con consecuencias de alcohol, como desórdenes mentales y

enfermedades relacionadas. Un sistema de salud que perciba estas necesidades aumentadas estará preparado para compensar las desigualdades acumuladas.

Intervenciones relacionadas con la diferencia en la exposición.

-Control sobre la calidad de las bebidas alcohólicas; ya que a menudo en países de bajo desarrollo los problemas relacionados con la adulteración del alcohol han ocasionado pérdidas de vida importantes.

-Controles en contexto para limitar el daño de un nivel determinado de beber: existen una variedad de medidas para disminuir las tasas de morbi-mortalidad relacionados al alcohol, en comunidades de bajo nivel socioeconómico, y que no implican la reducción del consumo. Estos incluyen la planificación de lugares de consumo o venta seguros, controles sobre el tamaño de las bebidas, las prohibiciones sobre menores o personas que se manifiestan ebrios, controles de alcoholemia sobre la vía pública, programas que ofrecen transporte gratuito a casa para las personas en estado de embriaguez. Recientemente una iniciativa en Argentina propiciaba la identificación entre los jóvenes que se dirigen a rondas nocturnas, del posible conductor del regreso de esa salida. De este modo, este individuo estaba alertado de su responsabilidad frente al transporte del resto del grupo, por lo que su nivel de alcoholemia es debidamente registrado antes y después.

Una medida en Estados Unidos, en comunidades pobres, ha sido regular el número de puntos de venta de bebidas alcohólicas según densidad poblacional, aunque existe baja evidencia de su efectividad. Generalmente la gente de un sector migra hacia otro en búsqueda de bebidas.

6- CONCLUSIONES

La experiencia, la historia y las diferentes iniciativas indican que el alcohol es un emergente en la sociedad actual, presente en todas las culturas, y con múltiples aristas. Los intentos de armonización intersectorial no siempre han sido exitosos. Cada vez que una parte decide intervenir en materia de alcohol, otra parte presenta sus descargos. Los análisis en materia de alcohol son económicos, políticos, industriales, sanitarios, culturales y por supuesto, contexto-específicos. En una perspectiva global está clara la necesidad de reducir la carga de morbilidad asociada al alcohol. Pero esta carga no se distribuye por igual entre los miembros de una región. Desde una perspectiva de equidad en salud, importa ir más allá de cuestiones y

analizar los patrones y aparición de daños con la bebida, en forma individual o colectiva. Considerar la edad, el género, la clase social y la marginación en las encuestas que relevan aspectos de uso alcohol, es poner el objetivo en las inequidades. Tal como se deduce de lo anterior, la diferencia de daño de una misma cantidad de alcohol consumida, es distinta según los niveles socioeconómicos, y guarda en sí misma la clave de las intervenciones. También importan el seguimiento y el análisis de los daños causados a terceros, dando una imagen más completa del impacto en las familias menos favorecidas.

Son relativamente pocas las iniciativas en materia de desigualdades sociales dentro de una misma sociedad, o entre distintas, y permanece allí un terreno sin explorar para aplicar la evidencia de que las mejoras en el bienestar de las personas se distribuyen ligadas a factores de poder y acuerdos sociales.

Este documento ha sido elaborado en base a la publicación "Equity, social determinants and public health programmes" / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. WHO;2010.Ginebra, Suiza.

7- BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1-Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D.C: OPS, © 2007. ISBN 978 92 75 32851 4.

2- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de salud escolar 2007. Informe de Resultados. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>.

3- Secretaria para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media.2007. Informe final de Resultados. Observatorio Argentino de Drogas 2008. Disponible en http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tercera_encuesta_Nac_de_estud_de_Ensenanza_Media2007_InfoFinal.pdf Encuesta de Nivel Medio

4- Ministerio de Salud de la Nación. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.2011. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>.



5- Jernigan D. Thirsting for markets: the global impact of corporate alcohol. San Fafael, CA, Marin Institute for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems, 1997.

6- Gruenewald P et al. The relationship of outlet densities to alcohol consumption: a times series cross-sectional analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1993, 17:38–

7- Rehm J. et al. Alcohol consumption and the global burden of disease 2002, Geneve. WHO,2006.

8- OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra, Suiza. 2010. Disponible en <http://www.oms.org>.

9-OMS-OPS. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Ginebra, Suiza. 2000. <http://www.oms.org>.