

Diferencias por sexo y nivel de renta en la mortalidad y morbilidad directamente relacionadas con el alcohol en Navarra

Differences by sex and income level in mortality and morbidity directly related to alcohol consumption in Navarre

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0878>

J. Díaz-Leiva¹, C. Lacunza-Juangarcía²

Sr. Editor:

Agradecemos la publicación en su revista del artículo de Delfrade y col¹, donde se analizan las muertes directamente relacionadas con el consumo de alcohol en Navarra en una serie histórica que abarca el periodo comprendido entre los años 1993 y 2017.

Sabemos que el consumo de alcohol es un factor causal, directo o indirecto, de más de 200 enfermedades y trastornos². Entre estos se encuentran la cirrosis hepática, numerosos tipos de cáncer del tracto digestivo, enfermedades cardiovasculares, y problemas de salud mental y comportamentales. Estos últimos ocupan el segundo lugar en la serie histórica de Navarra tras la cirrosis y otras enfermedades del hígado, según los autores¹. De acuerdo con el estudio de carga global de enfermedades de la OMS de 2016 (último con datos disponibles para España), la bebida estuvo implicada en el 10% de las muertes en hombres y en el 3,9% de las muertes en mujeres registradas ese año, lo que equivale a 37.000 decesos³. En el caso de los hombres, esto lo sitúa como el segundo factor de riesgo de dis-

capacidad y muerte prematura. Aunque en las mujeres el alcohol desciende al quinto puesto en este indicador, aún se sitúa por delante del tabaquismo, el colesterol elevado, la insuficiencia renal, la baja actividad física o la contaminación del aire.

En su artículo, los autores destacan también la diferencia intersexos que reflejan las estadísticas de la OMS, con una tasa de decesos diez veces superior en los hombres en el quinquenio 1993-1997, y hasta cinco veces superior entre 2003 y 2007. Este descenso a la mitad en la tasa diferencial hombre-mujer de las muertes atribuibles al alcohol está directamente relacionada con el aumento de la mortalidad por esta sustancia entre las mujeres, que en tasa ajustada a la población europea pasan de representar 1,02 muertes por 100.000 habitantes en el primer periodo, a 2,92 por 100.000 en 2003-2017. La incidencia en hombres, sin embargo, se mantiene en las mismas cifras en ambos periodos (9,43 y 9,54 respectivamente)¹.

De este modo, y aunque el número de fallecidos varones entre 1993 y 2017 representa un contundente 83,4% del total de decesos por alcohol en ese periodo (368 muer-

An. Sist. Sanit. Navar. 2020; 43 (2): 281-283

1. Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre Navarra. Estella (Navarra).
2. Hospital de Día Infanto-Juvenil Natividad Zubieta. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.

Recepción: 20/06/2020

Aceptación definitiva: 29/06/2020

Correspondencia:

Javier Díaz Leiva

Comunidad Terapéutica

Fundación Proyecto Hombre Navarra

Avda. de Pamplona, 45

31200 Estella, Navarra

E-mail: jdiaz.psy@gmail.com

tes sobre un total de 441), el crecimiento en mujeres en Navarra resulta importante y tiene su reflejo en el contexto de la intervención clínica especializada, donde ha podido constatar el aumento de los trastornos por consumo de alcohol en esta población. A este respecto, y según datos de la Fundación Proyecto Hombre Navarra (FPHN) referidos al último quinquenio referenciado por el estudio de Delfrade y col¹, el alcohol fue la sustancia principal que motivó la demanda de tratamiento en 2017 tanto en hombres como en mujeres, alcanzando el 43,1% del total de admisiones. No obstante, en el caso de las mujeres, el alcohol representó por sí solo el 75% de la demanda ese año, frente al 66% que representaba en 2015 y el 60% en 2013⁴. Esta subida del alcohol como sustancia problema principal fue paralela al incremento bruto de la atención a mujeres en los servicios asistenciales de Proyecto Hombre: 45 usuarias en 2013, 74 en 2015 (año pico de la atención a mujeres) y 56 en 2017.

Atendiendo a las causas de mortalidad que recogen los autores, la categoría *psicosis, dependencia y abuso de alcohol* aparece como la segunda más frecuente en ambos sexos (17,9% del total de muertes), solo por detrás de las enfermedades hepáticas. En una muestra más reciente de 103 usuarios en tratamiento en FPHN por alcoholismo en marzo de 2019 (datos no publicados), de los que 25 eran mujeres con una media de edad de 45,4 años, encontramos que el 80% de ellas presentaba un diagnóstico principal de síndrome de dependencia de alcohol (el más grave dentro de los trastornos por consumo) frente al 20% cuyo diagnóstico primario era de consumo perjudicial de alcohol⁵. En hombres, si bien la muestra es muy superior por el desajuste natural de género que existe en el tratamiento de las adicciones, el síndrome de dependencia era el diagnóstico principal en el 66% de los casos, proporción sensiblemente inferior a la presentada por ellas. Estos datos están en consonancia con los que recoge la Encuesta Social y de Condiciones de Vida de Navarra, realizada en 2017⁶ y que los autores citan oportunamente en su estudio, según la cual se habría dado un aumento de mujeres consumidoras de alcohol en la

Comunidad Foral de Navarra respecto a periodos anteriores de la serie histórica.

El artículo de Delfrade y col¹ analiza, además, las diferencias en la mortalidad por alcohol según el nivel de renta, señalando a las claras cómo las tasas de mortalidad son mayores en los niveles inferiores de renta: hasta cinco veces más alta en hombres con renta anual por debajo de los 18.000 euros, respecto a los que superaban ese umbral de ingresos. Aunque no contamos con datos segregados de usuarios consumidores de alcohol por nivel de renta en FPHN, sí sabemos que en 2017 el 41,7% de las personas en tratamiento se encontraba en situación de desempleo, frente al 10,7% de la población general navarra⁷. Esto último, si bien no es una medida directamente comparable, puede constituir un indicador indirecto de inferiores niveles de renta. La literatura que relaciona el hábito enólico con los ingresos percibidos parece establecer cómo, a menor nivel socioeconómico, mayor es el consumo de alcohol y los problemas derivados del mismo^{8,9}.

Aunque hace tiempo que se conocen los niveles de consumo de riesgo fijados por la OMS para las mujeres y que son, por razones constitucionales principalmente, inferiores a los de los hombres, un conocido estudio publicado en la revista *The Lancet* en 2018 afirmaba que no hay un umbral de consumo seguro de alcohol que permita eliminar los riesgos para la salud y para la calidad de vida¹⁰. *El nivel más seguro es cero*, remarcan los autores. Y aunque la demanda de ayuda e intervención especializada que hacen las mujeres está creciendo de manera sostenida desde hace años, la norma social les sigue asignando, por lo general, el papel de cuidadoras del resto de miembros de la familia, con lo que ello conlleva de consumo a escondidas, mayor autocontrol aparente y menor recurrencia a centros de tratamiento de conductas adictivas.

Nos permitimos recomendar, por ello, la necesidad de identificar el consumo abusivo de alcohol en sus fases iniciales y desde las redes de atención primaria de salud y servicios sociales de base, pero atendiendo además a las variables de tipo social que puedan estar enmascarando el problema en las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. DELFRADE J, GÓMEZ IBÁÑEZ JC, FLORISTÁN Y, GUEVARA M, MORENO IRIBAS C. Diferencias por sexo y nivel de renta en la mortalidad por causas directamente relacionadas con el alcohol en Navarra, 1993-2017. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 9-13. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0750>
2. SARASA-RENEADO A, SORDO L, MOLIST G, HOYOS J, GUITART AM, BARRIO G. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Publica* 2014; 88: 469-491. <https://doi.org/10.321/S1135-57272014000400004>
3. SORIANO JB, RÓJAS-RUEDA D, ALONSO J, ANTÓ JM, CARDONA PJ, FERNÁNDEZ E et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)* 2018; 151: 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
4. Fundación Proyecto Hombre Navarra. Portal de transparencia – Memorias anuales 2013, 2015 y 2017. Consultado el 17 de junio de 2020. <https://www.proyctohombrenavarra.org/es/portal-de-transparencia>
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
6. Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra. Serie Estilos de Vida – Desigualdades en estilos de vida relacionados con salud 2019. Consultado el 17 de junio de 2019. https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Temas+de+Salud/Estilos+de+vida/Serie+Estilos+de+Vida++Desigualdades+en+estilos+de+vida+relacionados+con+salud+2019.htm
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa - Resultados por CCAA – Navarra, Comunidad Foral de. Consultado el 17 de junio de 2020. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=990&capsel=994>
8. BLOOMFIELD K, GRITNER U, KRAMER S, GMEL G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action ‘Gender, culture and alcohol problems: a multinational study’. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006; 41 (Suppl. 1): i26-i36. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags040>
9. GRITNER U, KUNTSCHKE S, GRAHAM K, BLOOMFIELD K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol* 2012; 47: 597-605. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags040>
10. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2016. *Lancet* 2018; 392: 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)

