



Consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol

Y el continuum de los riesgos, un problema de definiciones

Autor

Eduardo Goldstein B
Email: egoldstein@bcn.cl

Comisión

Elaborado para la Comisión de Salud, en el marco de la discusión del “Proyecto de ley que establece modificaciones a la legislación sobre expendio, comercialización y producción de bebidas alcohólicas (Bol. N° 2973-11)

N° SUP: 130473

Resumen

La OMS reconoce el consumo de alcohol como un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, asociado a importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como adicción alcohólica y traumatismos derivados de la violencia y accidentes de tránsito. Adicionalmente, identifica más de 60 afecciones provocadas exclusivamente por el alcohol.

De acuerdo con la distribución de la carga de morbilidad mundial, el 5,1% de la suma de los años de vida perdidos y los “años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD) el año 2016, se deben al consumo de alcohol. En la Región de las Américas, esta carga es aún mayor, explicando el 6,7% de los AVAD.

En cuanto al impacto del alcohol en la mortalidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) identifica: la autoagresión y la violencia interpersonal (29,6%), las neoplasias (18,2%) y los trastornos digestivos (15,9%), como las principales causas en los años de vida perdidos en la Región de las Américas

Contraviniendo antiguas creencias, un informe del año 2021 de la OPS es categórico al afirmar "*que todos los consumidores enfrentan algún riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol, y el nivel de riesgo para muchos de esos daños depende de cuánto alcohol consumen*".

Por otra parte, el volumen y los patrones de consumo en determinadas poblaciones (formas de beber, frecuencia y cantidad ingerida cada vez), son factores cruciales para entender los daños asociados al consumo de alcohol que en ellas prevalecen. A este respecto cabe señalar que, considerando el volumen per cápita, Chile se ubica en un patrón de consumo relativamente alto, con un consumo de alcohol concentrado en pocos días de la semana. Una particularidad adicional del consumo nacional, es que los tragos son también mayores que el estándar observado en muchos otros países, todos aspectos que conducen al consumo perjudicial.

Introducción

En lo que sigue, se analizan las consecuencias del consumo de alcohol en la salud física y mental de la población. No se ahonda, por tanto, en el riesgo que representa para enfermedades específicas, ni en otras funciones e impactos de su consumo en la vida social.

El capítulo 1 proporciona antecedentes generales sobre la relación causal del consumo de alcohol con la salud, en el capítulo 2 se referencian algunos comentarios críticos sobre los efectos benéficos del consumo, en el capítulo 3 se presentan indicadores sobre la carga de enfermedad atribuida al alcohol a nivel mundial, regional y local, en el capítulo 4 se describen los principales factores que influyen en los efectos nocivos del consumo, en el capítulo 5 se describen algunos rasgos característicos del patrón de consumo en Chile, y en el capítulo 6 se proporcionan elementos para la discusión sobre la definición de un consumo de alcohol inocuo o de bajo riesgo para salud.

En el anexo, al final del documento, se presentan los indicadores de carga de enfermedad en forma gráfica y se presenta un cuadro resumen las principales recomendaciones para la comunicación del riesgo que elaboró el Ministerio de Sanidad en España, en base a una reciente actualización de evidencia científica al respecto.

I. Consecuencias del consumo de alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo de alcohol es reconocido como un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, donde se asocia con importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de adicción alcohólica y otras. A esto se suma otros traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.¹ (OMS; 2021).

Luego, atendiendo a estas consecuencias, la guía clínica para prevención del consumo de riesgo del MINSAL², recomienda distinguir el *consumo problemático*, en una acepción médico social amplia, de lo que generalmente se denomina *consumo perjudicial*, para referirse a una forma de consumo que afecta solamente la salud física o mental, sin considerar otras áreas de la vida.

Desde este enfoque más acotado, la relación causal del consumo de alcohol con la salud aparece descrita de modo más específico en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (o CIE-10), donde se identifican más de 60 afecciones provocadas exclusivamente por el alcohol y más de 200 en las que el alcohol puede tener una repercusión negativa (OMS; 2021).

¹ OMS (2021) Alcohol. Cifras y Datos. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

² NORAMBUENA, P. (2011). Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para Atención Primaria de Salud. Disponible en https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf

II. El efecto benéfico del alcohol

En lo que respecta a algunos datos probatorios, que señalan que el alcohol puede tener un efecto positivo sobre ciertas enfermedades³, la agencia para las Américas (OPS) recomienda manejarlo con prudencia, considerando que *“se trata de circunstancias muy particulares, dado que (...) a nivel de país, los daños causados por el consumo de alcohol exceden con creces cualquier beneficio que pueda reportar”*⁴.

Así por ejemplo, hay estudios que advierten sobre la complejidad de la relación entre consumo de alcohol y riesgo cardiovascular, sosteniendo que *“aunque se ha apuntado a que determinadas cantidades de alcohol podrían asociarse a menor riesgo de ciertas enfermedades cardiovasculares en algunas circunstancias, esto no compensaría el aumento de riesgo que puede ocasionar ese consumo en la mortalidad por cáncer, por otras enfermedades cardiovasculares en las que se asocia a un aumento del riesgo o a la mortalidad global.”*⁵ De aquí la importancia de contextualizar algunos efectos circunstanciales, tanto en la interacción con otros, como en el marco más amplio de los efectos globales del consumo de alcohol.

Por otra parte, distintas revisiones de la literatura sobre los supuestos beneficios que con frecuencia se mencionan del consumo “moderado” de alcohol, han concluido que muy probablemente se trate de un efecto de diseño o anomalía estadística y no un resultado real (OPS, 2021; STOCKWELL T, et al.; 2016; España- Ministerio de Sanidad, 2020 b)⁶.

III. Carga de enfermedad atribuible al alcohol

1. Impacto sanitario del consumo de alcohol a nivel mundial y regional

Según el “Informe Sobre la Situación Mundial del Alcohol y la Salud”, de la OMS, año 2018⁷, el consumo nocivo de alcohol causó unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)⁸, es decir, el

³ Puede ser el caso de accidentes cerebrovascular isquémico que se presenta con valores negativos. (Ver en Anexo, figura N° 2 sobre Fracciones Atribuibles al Alcohol [FAA] de algunas enfermedades seleccionadas).

⁴ OPS/OMS (2015). Informe sobre regional de la situación del alcohol para las Américas. p.8. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7708/9789275318553_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵ España. Ministerio de Sanidad (2020) Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida Parte 1. Actualización de los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol. Disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf

⁶ En esta perspectiva se alerta respecto a los sesgos resultantes de categorizar en un mismo grupo a abstemios, con ex bebedores, como ocurre con ciertos estudios de mortalidad

⁷ El informe se basa en datos consolidados correspondientes al año 2016

⁸ Los AVAD atribuibles al alcohol se calculan como la suma de los años de vida perdidos y los años perdidos por discapacidad debida al consumo de alcohol. Así, un AVAD puede considerarse un año “de vida sana” perdido. La suma de los AVAD de toda la población, o sea la carga de morbilidad, puede verse como una medida de la

5,1% de todos los AVAD de ese año⁹. Luego, al desagregar esta carga de enfermedad, se encuentra que las muertes prematuras (107,7 millones) representan el 5,8% de todos los años de vida perdidos y la morbilidad (24,9 millones) el 3,4% de todos los años vividos con discapacidad¹⁰ (OMS; 2018).

En cuanto a las muertes atribuibles al consumo de alcohol a nivel mundial, según el informe señalado, el 28,7% se debió a traumatismos, el 21,3% a enfermedades digestivas, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el 12,9% a enfermedades infecciosas y el 12,6% a cánceres¹¹ (esto, en base a cifras de defunciones por causas del año del 2016). Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al alcohol¹² se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental, y cerca del 40% se deben a traumatismos¹³.

Otra manera de dimensionar el impacto del consumo de alcohol en la salud, es la determinación de las fracciones atribuibles al alcohol (FAA) en causas de muerte y enfermedades. Estas cuantifican la muerte o la discapacidad que no habrían ocurrido si la víctima no hubiese consumido alcohol. En la figura 2 del anexo, se puede apreciar la magnitud de estas estimaciones, las que se presentan en orden decreciente de incidencia para un grupo determinado de causas y enfermedades (ver al final del documento).

En cuanto a la Región de las Américas, aquí la carga de enfermedad por causa del alcohol es mayor aún que la estimada a nivel mundial, alcanzando al 6,7% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹⁴. (OPS; 2021).

En cuanto al impacto en mortalidad, según el último informe OPS, las causas principales de los años de vida perdidos relacionados con el alcohol en la Región de las Américas fueron la autoagresión y la violencia interpersonal (29,6%), las neoplasias (18,2%) y los trastornos digestivos (15,9%).(OPS;2021). (Ver figura 3, en anexo, años de vida perdidos por tipo de causa según cifras 2016)

La OMS también advierte que el consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. Así, en el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol¹⁵.

El sitio oficial de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU., junto con alertar sobre el consumo de alcohol por adolescentes en dicho país, releva el incremento de los siguientes riesgos por consumo de

diferencia entre el estado de salud real y una situación sanitaria ideal en la que toda la población alcanza una edad avanzada sin sufrir enfermedad ni discapacidad.

⁹ OMS (2018). Global status report on alcohol and health 2018 Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

¹⁰ *Ibid.* p.64

¹¹ OPS (2019) Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51352>

¹² El término “atribuible al alcohol” (en el contexto de la mortalidad o de los AVAD) hace referencia a las defunciones y a la morbilidad que no se habrían producido si la persona no hubiese consumido nunca alcohol

¹³ OPS (2019) Op. Cit. p.8

¹⁴ Versus 5,1% de los AVAD estimados a nivel mundial

¹⁵ *Ibid.* p.9.

alcohol¹⁶: alcoholismo, caídas, ahogamientos y otros accidentes, cánceres de cabeza, cuello, estómago, colon, mamas, entre otros; accidentes automovilísticos; ataque cardíaco y accidente cerebrovascular; comportamientos sexuales arriesgados, embarazo no deseado o no planeado e infecciones de transmisión sexual (ITS); suicidio y homicidio; beber alcohol durante el embarazo puede causarle daño al feto.

2. El impacto sanitario del consumo de alcohol en Chile

En cuanto al impacto sanitario del alcohol en Chile, de acuerdo con situación epidemiológica publicada por SENDA-MINSAL en el año 2016¹⁷, el consumo de alcohol se identifica como el principal factor de riesgo para la salud de la población nacional. Así, la publicación referida, señala:

“El alcohol es el primer factor de riesgo que causa más muerte y discapacidad en Chile. Según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible para nuestro país (MINSAL-PUC, 2007), el consumo de alcohol como factor de riesgo, se relaciona con el 12.4% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad. Esto es el doble de los AVISA producidos por obesidad (6.3%) o por presión arterial (5.6%)”. (El énfasis es nuestro).

Según el mismo estudio, el análisis del ranking de las principales enfermedades que producen años de vida saludables perdidos por muerte o discapacidad (AVISA) en Chile, la dependencia al alcohol se ubica en cuarto lugar de importancia¹⁸, lo que explica un 7.7% de los AVISA perdidos” (SENDA - MINSAL; 2016)

Por otra parte, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), se estima que la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en Chile es de 1,9% en los últimos 12 meses considerados en mayores de 18 años¹⁹. Para construir esta categoría, en la encuesta se consideraron 2 tipos de trastornos, el consumo perjudicial (con una prevalencia de 1,6%) y la dependencia al alcohol (con una prevalencia del 0,3%). Se estima que estos trastornos sumados, estarían afectado a poco más de 260.000 personas en el país (esto es, considerando sólo la población de 18 años y más)²⁰.

¹⁶ NIH- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU (2020) Consumo y nivel seguro del alcohol. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001944.htm>

¹⁷ SENDA - MINSAL (2016). El consumo de alcohol en Chile: situación epidemiológica. Disponible en https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf

¹⁸ En Europa, el alcohol es también el tercer factor de riesgo en relación con la salud y la mortalidad, por detrás sólo del tabaco y la hipertensión arterial.

¹⁹ El análisis de resultados de la ENS 2016-2017, en este ítem, se realizó de acuerdo a Test de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT C).

²⁰ MINSAL (2019) Prevalencia de consumo de alcohol en Chile- ENS 2016-2017. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/2019.12.27_Prevalencia-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol.pdf

Cabe señalar que esta tasa es algo superior al promedio mundial (1,5%), así como al del conjunto de países de la OECD (1,6%), y levemente inferior a la estimada para la Región de las Américas (2,1%)²¹.

IV. Factores determinantes e intervinientes en el impacto sanitario del consumo de alcohol

De acuerdo con la OMS, los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas, aunque relacionadas (OMS; 2020), como son:

- a. el volumen total de alcohol consumido, y
- b. los patrones de consumo (incluye las características de la forma de beber, como son la frecuencia y la cantidad ingerida cada vez).

Sobre estas dimensiones, existe abundante evidencia confirmando que tanto el volumen de alcohol consumido a lo largo de la vida y la combinación de la frecuencia de consumo, junto con la cantidad de alcohol por incidente aumentan el riesgo de daños relacionados con el alcohol, dependiente en gran medida de la dosis: a mayor consumo de alcohol, mayor riesgo²².

En esta línea de análisis, el estudio de la carga mundial de enfermedad utilizó datos de 195 países para concluir que no existe ningún nivel inocuo de consumo de alcohol. Luego, contraviniendo antiguas creencias, el informe complementario de la OPS para de la situación de las Américas, es categórico al afirmar "**que todos los consumidores enfrentan algún riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol, y el nivel de riesgo para muchos de esos daños depende de cuánto alcohol consumen**" (OPS; 2021).

Además, hay distintos factores que influyen en la propensión a consumos más perjudiciales, donde cabe considerar tanto los factores de vulnerabilidad personal (la edad²³, el sexo²⁴, los roles de género²⁵, situación familiar²⁶, y otros) como de vulnerabilidad social y condiciones del entorno, como lo ilustra la figura 1 a continuación:

²¹ Ibid.

²² ANDERSON, Peter (2012). The impact of alcohol on health. Publicado en Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. WHO.2012. Disponible en https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/191359/1-The-impact-of-alcohol-on-health.pdf

²³ Mayor propensión a patrones de riesgo en población joven.

²⁴ Dada por la mayor rapidez con que generalmente metabolizan el alcohol (influido por la menor masa muscular y mayor proporción de grasa).

²⁵ Denegación de la posibilidad de beber en algunas culturas tradicionales y nuevas prácticas culturales.

²⁶ Por genética e influencia familiar

Figura 1: Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud²⁷.

²⁷ La calidad del alcohol que se consume también puede constituir un factor.

²⁸ El desarrollo de los sistemas de salud y bienestar social, y la economía en su conjunto.

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014). Based on Rehm et al., 2010 and Blas et al., 2010.

Fuente: Citado en OPS (2015)

Por otra parte, entre los **aspectos ambientales que favorecen el consumo de alcohol**, cabe considerar además de las prácticas culturales, variables como la disponibilidad y asequibilidad (cadenas de distribución y bajos precios), que se complementan con la promoción y publicidad que despliega la industria para incentivar el consumo.

En cuanto a las consecuencias del consumo para la salud, siguiendo el esquema de la figura anterior, cabe distinguir entre las que pueden ser crónicas (como los tumores, la cirrosis hepática o el alcoholismo), o agudas (como la intoxicación etílica, que puede ocasionar minusvalías irreversibles o la muerte).

Adicionalmente, es sabido que el consumo de alcohol puede tener repercusiones, no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados. (OMS; 2020).

En este marco es posible distinguir 3 vías principales por las cuales el alcohol puede crear efectos perjudiciales: **efectos tóxicos, intoxicación y dependencia**. De aquí, se entiende que

"...el volumen y patrón de consumo definen el riesgo de padecer daño al determinar el nivel de intoxicación alcanzado, así como las dosis de toxinas liberadas (...) [En términos más esquemáticos, se puede considerar] "que la dependencia define el riesgo de enfrentar problemas sociales, la intoxicación aumenta el riesgo de padecer lesiones y problemas sociales agudos, y los efectos tóxicos del alcohol promueven el desarrollo de enfermedades crónicas" (OPS; 2021).

²⁷ Citado en OPS (2015) Situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7708/9789275318553_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

V. Los patrones del consumo de alcohol en Chile y su incidencia en los riesgos para la salud

La incidencia que tiene los factores socioculturales en los patrones de consumo de alcohol, se puede dimensionar al analizar la amplitud del rango y diversidad de valores que muestran los países de la región de la América, cuando se compara según el consumo *per cápita* de alcohol correspondiente a cada uno de ellos²⁸. Como muestran las figuras 4 y 5, en anexo, igualmente se observan aquí diferencias notorias según sexo, considerando que los hombres promedian consumos más altos en todos los países.

Cabe destacar que en lo que respecta al volumen *per cápita*, como muestra la figura 4, en el anexo, Chile se ubica en un patrón de consumo relativamente alto respecto a otros países de la región²⁹. Esto es, posicionándose en el cuarto lugar de mayor consumo en mujeres (4,5 litros promedio) y octavo lugar de mayor consumo en hombres (14,3 litros promedio)³⁰, considerando la población de 15 años y más³¹.

Luego, si atendemos a la población más joven (de 15 a 19 años) que es más sensible también a los efectos perjudiciales del alcohol, se observa que la situación de Chile no es mejor, considerando que se ubica en cuarto lugar de mayor consumo entre los países de la región, tanto en mujeres como en hombres. Esto es, registrando consumos promedios de 3,7 y 8,0 litros, respectivamente. (Ver figura 5, en anexo).

En cuanto al patrón de consumo en Chile, del análisis desarrollado por SENDA, se concluye que

“el consumo de alcohol per cápita en Chile es elevado, y se concentra en unos pocos días de la semana, por lo que cada ocasión de consumo se caracteriza por la ingesta de una gran cantidad de alcohol. En promedio, los hombres consumen entre 7 y 9 tragos por día y las mujeres, entre 3 y 5 tragos³². Ambos exceden la recomendación de OMS. Esta situación se agrava si consideramos que atendiendo a las costumbres de consumo en el país, el trago estándar es significativamente mayor en Chile que muchos otros países (contiene 50% más alcohol que el estándar definido por OMS y es 3 veces mayor que el estándar definido para el Reino Unido³³). (SENDA-MINSAL; 2016).

²⁸ APC consumo de alcohol per cápita (APC) es la cantidad promedio de alcohol absoluto o puro que una persona promedio consume en un período determinado. Cabe advertir respecto al consumo per cápita, que al ser éste un valor promedio, subestima el consumo de quienes beben, y oculta las diferencias que existen entre subgrupos y subculturas al interior de un mismo país.

²⁹ Cabe advertir respecto al consumo per cápita, que al ser éste un valor promedio, subestima el consumo de quienes beben, y oculta las diferencias que existen entre subgrupos y subculturas al interior de un mismo país.

³⁰ Se calcula habitualmente sobre el promedio anual.

³¹ Si bien los datos están referidos a cifras 2008-2010, cuando miramos la evolución posterior del *per cápita* en Chile, no se observan grandes variaciones en años posteriores, considerando la serie 2010 a 2016. Disponible en https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1

³² El “Trago” es la medida que comúnmente beben las personas y es una bebida alcohólica que contiene una determinada cantidad de gramos puros de alcohol. Esta caracterización fue realizada en base a la evidencia proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud, ENS-2010.

³³ La unidad de medida estándar (UBE) definida por OMS es de 10 gr de alcohol puro por trago, la de Reino Unido se calcula en 8 gr, lo que contrasta con los 15,5 gr de alcohol puro por trago informado para Chile.

Consecuentemente, según resultados de la última encuesta nacional de salud realizada en el país (ENS 2016-2017), el alcohol ha pasado a constituir en Chile uno de los principales problemas de salud pública, observándose que en mayores de 18 años una de cada diez personas presenta un consumo riesgoso de alcohol. (MINSAL; 2019).

A este respecto cuando se analizan los daños asociados al consumo de alcohol, es importante considerar que los patrones de consumo son claves para entender el tipo de daños que causa el consumo de alcohol y la magnitud de los mismos (SENDA-MINSA, 2016)³⁴.

En esta línea, el informe sobre la situación del alcohol en las Américas (OPS, 2019) ha dado la alerta sobre el aumento en los tipos de consumo más riesgosos, cuando advierte que “En cinco años, casi se duplicó el porcentaje de bebedores hombres que tienen consumos episódicos fuertes de alcohol —la forma más dañina— y casi se triplicó esta tasa en mujeres (...)”. La dimensión del problema se agranda cuando se tiene en cuenta que el 10% de los consumidores de alcohol ingiere, en promedio, más del 40% del total del alcohol que se consume en las Américas”³⁵.

VI. El problema de los umbrales para definir un consumo inocuo de alcohol (de bajo riesgo)

Desde los enfoques que buscan contener los daños del consumo de alcohol, algunos países aconsejan reducir el consumo utilizando el concepto de consumo “*de bajo riesgo*”. Estrategia que no necesariamente desconoce que “*el riesgo de consumo es un continuo y que cualquier consumo de alcohol implica un riesgo*”.

Sobre la definición de la categorías de “*consumo de bajo riesgo o consumo moderado*”, existe un amplio debate, observándose diferencias en los límites adoptado por los países cuando aquellas se incluyen en los tamizajes de sus guías clínicas o en sus políticas públicas vinculadas al alcohol. En este sentido actualmente no existe pleno acuerdo de cuál es el límite de un consumo de bajo riesgo a nivel internacional³⁶

Por otra parte, en el estudio desarrollado por SENDA-MINSAL, considerando el estándar definido por OMS para el consumo de bajo riesgo en el año 2014 (definido como “*hasta 20 gr de alcohol al día*”) y la situación epidemiológica en Chile, sugiere “*tomar estas recomendaciones y ajustarlas a las costumbres de consumo en el país, promoviendo la reducción de la cantidad de alcohol por trago consumido y también la disminución de la cantidad de tragos en cada ocasión*”.

³⁴ En un estudio sobre la Inequidad de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Chile, se advierte que las personas que registran episodios agudos de consumo duplican su riesgo de muerte respecto a aquellos que no los tienen, independientemente del volumen promedio consumido. Castillo, A. (2014) citado en SENDA (2016).

³⁵ Disponible en https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=647:crece-el-consumo-nocivo-de-alcohol-en-las-americas&Itemid=1005

³⁶ Hay ciertos estándares propuestos por OMS, como una referencia general para hombres y mujeres adultos, que no han suscitado consenso pleno entre países miembros.

Escapa a los propósitos del presente informe, responder a la interrogante de cómo definir en Chile cuál es la cantidad de alcohol puro que se pueda considerar de bajo riesgo, ni dar cuenta de cómo se ha dado a nivel internacional el debate sobre las diferentes categorizaciones de este consumo. Sin embargo, a modo ejemplo cabe mencionar como abordó recientemente esta interrogante el **Ministerio de Sanidad de España**, que desarrolló un estudio destinado a facilitar una actualización de las recomendaciones internacionales y la evidencia científica sobre los riesgos que se asumen cuando se consume alcohol, estableciendo un límite de consumo que puede ser considerado de bajo riesgo³⁷.

Cabe señalar que entre los antecedentes de dicho estudio, se menciona el cuestionamiento de un estudio multicéntrico Europeo anterior, sobre el límite de consumo de alcohol establecido como de bajo riesgo en numerosas guías europeas, por lo que se aconsejaba actualizarlas mediante la revisión de la evidencia actual. Una tabla comparativa de estos límites, se presenta en el estudio publicado el año 2020 bajo el título *“Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida”*, (Ministerio Sanidad España; 2020). De la evidencia obtenida en este estudio se destaca:

“Resulta clara la ausencia de un umbral seguro de consumo de alcohol, tanto de forma regular como puntual; cualquier ingesta de alcohol intensiva, con independencia del umbral que establezcamos, comporta riesgos importantes, no solo para la salud del bebedor (efectos agudos y crónicos), sino también para las personas de su entorno”.(Ministerio Sanidad España; 2020 b).

Y en cuanto a las recomendaciones para una toma de decisiones informada de parte de la población, el estudio concluye:

“...solo se evitan los riesgos asociados al consumo de alcohol si no se consume. Por lo tanto, si no se consume la recomendación es no empezar a hacerlo. Si se consume, se recomienda reducirlo al menos por debajo de los límites de bajo riesgo, dejando algunos días a la semana libres sin alcohol y evitando completamente realizar episodios de consumo intensivo. En definitiva, “si se consume alcohol, cuanto menos mejor” (Ministerio de Sanidad España; 2020 a)

Los mensajes claves para comunicar estos riesgos a la población general, sobre la base de la evidencia recogida, se resumen en cuadro 1, al final del anexo.

³⁷ España. Ministerio de Sanidad (2020 a) Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida Parte 1. Actualización de los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf

ANEXO

Figura 2: Fracciones atribuibles al alcohol (FAA) en determinadas causas de muerte, enfermedades y traumatismos, 2016.



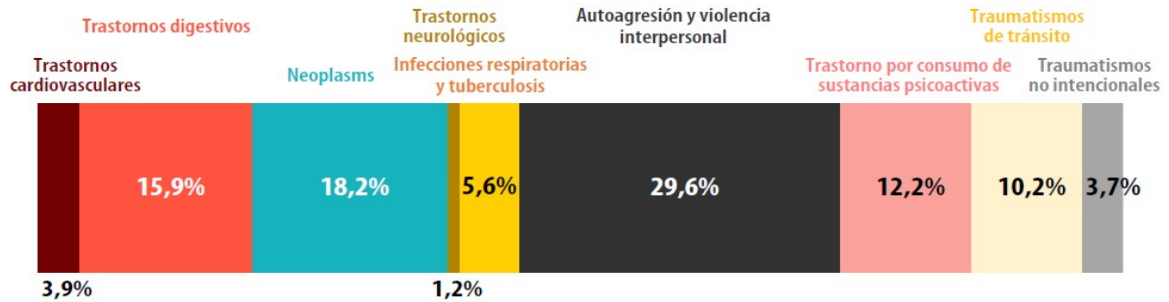
AAVD – año de vida ajustado en función de la discapacidad

Nota: En el caso del accidente cerebrovascular isquémico y la diabetes sacarina, las fracciones atribuibles al alcohol fueron negativas, lo que significa que, en términos generales, el consumo de alcohol tiene un efecto beneficioso sobre estas enfermedades.

Fuente: OMS. (2018) Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. p.9 ³⁸

³⁸ Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

Figura 3: Años de vida perdidos por causas atribuibles a alcohol en la Región de las Américas, 2016, por tipo de causa



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), 2018.
Fuente: Citado en OPS (2021)³⁹

Figura 4: Consumo total de alcohol per cápita (APC) en adultos (mayores de 15 años; en litros de alcohol puro) por género y país, 2016 - primeros 10 países del listado de 35, según orden decreciente de APC-

Clasificación	Total		Hombres		Mujeres	
	País	Litros	País	Litros	País	Litros
1	URY	10,9	URY	17,1	URY	5,3
2	LCA	9,9	BRB	16,0	ARG	4,7
3	USA	9,8	LCA	16,0	USA	4,6
4	ARG	9,7	USA	15,2	CHL	4,5
5	BRB	9,7	ARG	15,0	KNA	4,1
6	KNA	9,4	GRD	14,8	CAN	4,1
7	GRD	9,3	KNA	14,7	LCA	4,1
8	CHL	9,3	CHL	14,3	BRB	4,1
9	CAN	9,0	CAN	14,1	TTO	3,9
10	TTO	8,6	TTO	13,6	GRD	3,9

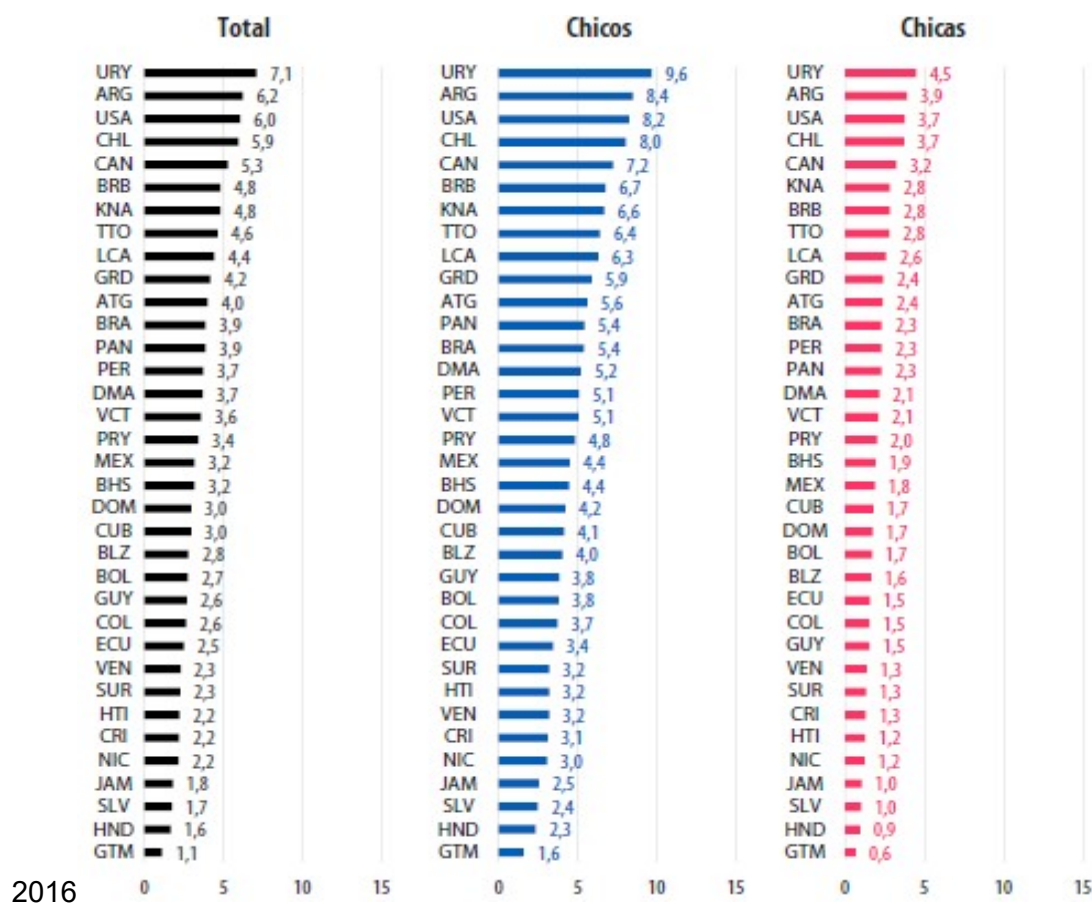
Fuentes: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis en Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C., Estados Unidos, 2019. Organización Mundial de la Salud. (2018). Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud. Solo bebedores, Niveles de consumo. Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Fuente: Citado en OPS (2021)⁴⁰

³⁹ Organización Panamericana de la Salud; (OPS). 2021. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>

⁴⁰ *Ibíd.*

Figura 5. Consumo total de alcohol per cápita (APC) en jóvenes (15-19 años; en litros de alcohol puro) de la Región de las Américas, por país y por género, 2016



Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis en Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C., Estados Unidos, 2019.

Fuente: Citado en OPS (2021)⁴¹

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2021). Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>

Cuadro 1: Criterios para comunicación de riesgo sobre consumo de alcohol elaborados en base a la actualización de la evidencia científica (Ministerio de Sanidad de España; 2020).

Mensajes clave, dirigidos a población general sana mayor de 18 años.

Consumo de alcohol	No existe un nivel de consumo seguro de alcohol. No consumir es lo único que evita sus efectos perjudiciales. En base a la evidencia científica actual, ningún profesional de la salud o institución debe recomendar su consumo para mejorar la salud.
Límites del consumo promedio* de bajo riesgo de alcohol	Se sitúan en 20 g/día (2 UBEs**) para hombres y 10 g/día (1 UBE) para mujeres, asumiendo que cualquier consumo por mínimo que sea implica riesgo. Consumir alcohol por encima de estos límites conlleva una mayor mortalidad en comparación con no beber o beber a un nivel más bajo. Además, algunas de las guías internacionales recomiendan días libres de alcohol en la semana. Esta información se debe proporcionar a cualquier persona que consuma alcohol.
Episodios de consumo intensivo de alcohol o <i>binge drinking</i> ***	No existe un nivel de consumo intensivo de bajo riesgo. Estos episodios son perjudiciales, con consecuencias tanto en la salud de las personas que consumen, como en su entorno. Por ello deben desaconsejarse siempre.
Efectos diferenciales por tipo de bebida	La evidencia epidemiológica no muestra que el consumo de vino y de cerveza, a pesar de contener sustancias que podrían ser potencialmente beneficiosas para la salud, tenga un efecto protector diferenciado en la reducción del riesgo cardiometabólico o de otro tipo. Recomendar el consumo de algunas bebidas alcohólicas, atribuyéndoles beneficios diferenciados, no está justificado con la evidencia científica disponible.
Niveles de consumo de riesgo de alcohol	Actualmente se considera que una persona tiene un consumo de riesgo si cumple alguno de estos criterios: – Cuestionario AUDIT: > 7 puntos en varones, > 5 en mujeres. – > 40 g/d (4 UBEs/día) en hombres y > 20-25 g/d (2-2,5 UBEs/día) en mujeres. En aquellas personas que sus niveles superen los considerados de riesgo, se procederá según lo indicado en el documento de Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta ^[21] .

* Consumo promedio: consumo habitual que hace una persona en un periodo de tiempo, que suele referirse al consumo diario o semanal.

** Unidad de Bebida Estándar (UBE) de alcohol, en España equivale a 10 gramos de alcohol que es, aproximadamente, el contenido medio de un vaso de vino de 100 ml de 13 grados, 1 vaso de 300 ml de cerveza de 4 grados o 30 ml de licor de 40 grados.

*** Episodios de consumo intensivo de alcohol o *Binge drinking*: consumo de 60 o más gramos (6 UBEs) en varones, y de 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l)^[22]

Fuente: Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida Parte 1. Actualización de los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol.⁴²

Referencias

- ANDERSON, Peter (2012). The impact of alcohol on health. Publicado en Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. WHO.2012.Disponible en https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/191359/1-The-impact-of-alcohol-on-health.pdf
- ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD (2020 a) Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida Parte 1. Actualización de los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf
- ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD (2020 b) Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida Parte 2. Revisión de la evidencia científica. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Revision_evidencia_cientifica.pdf
- NIH- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU (2020) Consumo y nivel seguro del alcohol. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001944.htm>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL; 2019) Prevalencia de consumo de alcohol en Chile- ENS 2016-2017. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/2019.12.27_Prevalencia-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol.pdf
- NORAMBUENA, P. (2011). Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para Atención Primaria de Salud. Disponible en https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_Intervenciones-breves-alcohol.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS; 2018). Global status report on alcohol and health 2018 Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS; 2021) Alcohol. Cifras y Datos. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS; 2015) Informe regional de la situación del alcohol para las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7708/9789275318553_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS; 2021). Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. SENDA -- MINSAL (2016). El consumo de alcohol en Chile: situación epidemiológica. Disponible en https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
- STOCKWELL T, Zhao J, et al. (2016) Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. J Stud Alcohol Drugs. 2016 Mar; 77(2):185-98. Disponible en doi: 10.15288/jsad.2016.77.185.

Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)