

 **PROESA**

Estimación de la carga de enfermedad asociada al uso de alcohol en Colombia

Autores:
Juan Camilo Herrera
Sandra Camacho

PROESA

Estimación de la carga de enfermedad asociada al uso de alcohol en Colombia

Autores:

Juan Camilo Herrera

Sandra Camacho



Documentos de trabajo - Edición # 25

Estimación de la carga de enfermedad asociada al uso de alcohol en Colombia

Juan Camilo Herrera, Sandra Camacho

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2024

ISSN: 2256-5787 (En línea)

Palabras claves: 1.Carga de enfermedad | 2. Alcohol | 3.Salud | 4. Economía

Primera publicación: Julio de 2012

Edición # 25: Agosto 2024

© Universidad Icesi © PROESA
Facultad de Ciencias de la Salud

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Secretaria General: Olga Patricia Ramírez Restrepo

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud: María Elena Velásquez Acosta

-

Comité Editorial: Victoria Eugenia Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo,
Juan Camilo Herrera, Gina Marcela Calderón.

Edición: Victoria Eugenia Soto, Laura Romero,
Gina Marcela Calderón, Irieleth Gallo, Juan Camilo Herrera.

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño Editorial: Sandra Marcela Moreno

Cómo citar:

Herrera, JC., Camacho, S. (2024), Estimación de la carga de enfermedad asociada al uso de alcohol en Colombia, PROESA, Documentos de trabajo No. 25. Disponible en:
www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/documentos-de-trabajo.php

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA

Cali - Colombia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B - piso 2.

Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

E-mail: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

Contenido

Este contenido es interactivo. Si quieres acceder a una sección específica, haz clic en el título correspondiente.

	Pág
1. Introducción	5
2. Evidencia del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)	6
3. Evidencia del modelo en construcción de OMS para la carga de enfermedad global	8
4. Comparaciones	10
5. Resultados para Colombia con datos locales	12
5.1 Muertes y AVP	12
5.2. AVD	16
6. Conclusiones	18
Agradecimientos	19
Referencias	19
Anexos	20

1. Introducción

La carga de enfermedad es monitoreada a nivel mundial por diferentes instituciones, entre éstas se destacan principalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). A pesar de los esfuerzos de ambas instituciones para brindar información estandarizada y comparable para diversos países, sus metodologías se centran en la capacidad de comparar indicadores entre países para identificar dónde deben ser priorizadas diversas intervenciones. Pese a este esfuerzo, no todos los países tienen las mismas operaciones estadísticas y procesos estandarizados para brindar la misma información. Por esto, las organizaciones deben hacer procesos de imputación de datos a partir de metodologías estadísticas, procesos que no siempre generan estimaciones precisas a nivel local. Sumado a esto, debido al volumen de información y la naturaleza de los reportes internacionales, no siempre se hace uso de la información estadística con la frecuencia con la que se produce en todos los países, ni de todas las operaciones estadísticas y registros administrativos disponibles. Además, puede que la periodicidad de producción de las estimaciones internacionales no concuerde con las ventanas de oportunidad para incidir en política pública, por lo que, al no tener capacidad local desarrollada para producir esta información, se podrían perder las oportunidades de incidencia.

Por lo anterior, es esencial generar capacidad local con la que se pueda hacer el monitoreo de la carga de enfermedad atribuible a alcohol, aprovechando todas las fuentes de información disponibles en el país, y que permita la actualización de este proceso con mayor frecuencia. Este apartado presenta la estimación de la carga de enfermedad atribuible al uso de alcohol para Colombia en el año 2019¹. Para esto, se presenta primero una revisión de la evidencia dispuesta por el IHME a partir del estudio de Carga de Enfermedad Global (GBD, por sus siglas en inglés) 2019. Posteriormente, se muestran los resultados del Global Information System on Alcohol and Health de la OMS. Una vez se han presentado ambas fuentes de estimaciones internacionales, se muestran las comparaciones entre ambas estimaciones y se contrastan con otros datos locales. Finalmente, se exponen los resultados de carga de enfermedad atribuible al uso de alcohol usando fuentes de información local y parámetros de las fuentes internacionales.

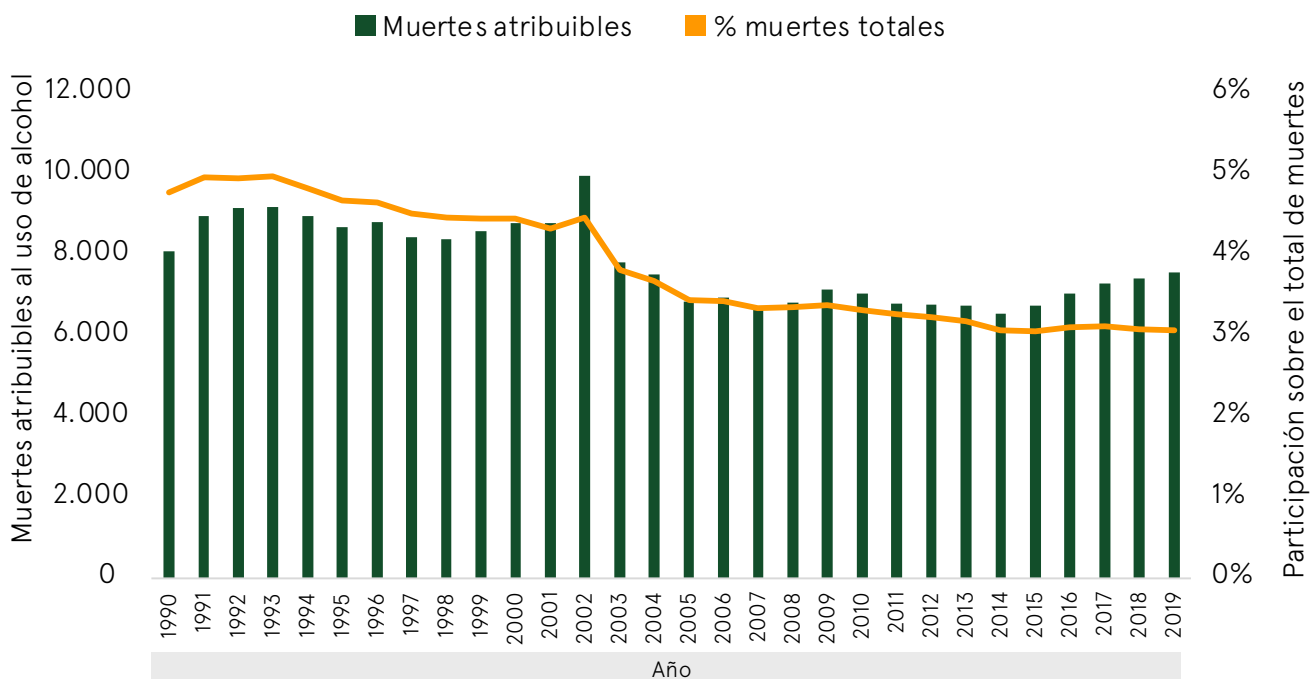
1. Se toma el periodo 2019, pues corresponde al último año antes de la pandemia por COVID-19; esta decisión se debe a dos razones. La primera es que durante los años de pandemia hubo periodos de confinamiento, por lo que las dinámicas de uso de alcohol fueron particularmente diferentes a la tendencia histórica, además, la fracción atribuible de carga de enfermedad al uso de alcohol podría verse también alterada por la pandemia; la segunda es que al momento de elaboración de este análisis, las fuentes de información internacionales, que se describen más adelante, no tenían información disponible para años posteriores.

2. Evidencia del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Al momento de elaboración de este documento, los últimos resultados del GBD corresponden al año 2019. En estos se presentan estimaciones a nivel mundial en el periodo 1990–2019 para 369 enfermedades y lesiones, así como para 87 factores de riesgo. Según estas estimaciones, para el 2019 en el mundo, el consumo de alcohol fue el décimo factor de riesgo con mayor cantidad de muertes atribuibles en la población general, el octavo en población de 5 a 14 años, y el tercero entre las edades más productivas (15 – 49 años). Por su parte, en Colombia ocupa el noveno lugar en la población general, el cuarto en la población de 5 a 14 años, y el primero en las personas de 15 a 49 años. Lo anterior evidencia que, en general, el alcohol es un factor de riesgo en Colombia, especialmente entre los menores de edad y las edades con mayor productividad, representando así un desafío para el desarrollo sostenible.

La Gráfica 1 presenta las estimaciones de muertes directamente atribuibles al uso de alcohol, así como el porcentaje de estas frente al total de muertes para Colombia en el periodo 1990 – 2019. Las estimaciones muestran un descenso general en las muertes atribuibles al uso de alcohol a partir del 2002 (máximo histórico) hasta el 2014. A partir de este punto se presenta un crecimiento sostenido en las muertes, alcanzando en 2019 niveles similares a los de 2003 y 2004. Por su parte, las muertes atribuibles al uso de alcohol como porcentaje del total de fallecimientos presentan un decrecimiento general, encontrando su máximo en 1991 (4.95%) y un mínimo nivel en 2015 (3.05%), siendo este último similar al 3.06% del 2019.

Gráfica 1. Muertes y % del total de las muertes atribuibles al uso de alcohol en Colombia (1990–2019)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del IHME (2019).

De acuerdo con IHME, se obtiene que para Colombia en 2019 ocurrieron 246.679 fallecimientos, de los cuales 7.563 (3,1%) son atribuibles al consumo de alcohol y se distribuyen de esta manera entre las grandes categorías de enfermedades: 50,0% en lesiones, 44,9% en Enfermedades No Transmisibles (ENT), y 5,1% en enfermedades transmisibles. Las muertes atribuibles al uso de alcohol, expresadas como Años de Vida Perdidos (AVP) equivalen a 315.439 años, de los cuales el 65,2% se concentran en lesiones, 30,9% en ENT y 3,9% en transmisibles. La marcada diferencia en la concentración por categorías de enfermedades al expresar las muertes como AVP, se debe a que en lesiones la mayor parte de las muertes se concentra en personas de 20 a 39 años, representando una mayor cantidad de años perdidos² frente a las muertes por ENT que se presentan principalmente en población mayor a 50 años.

Otra medida que expresa la carga de enfermedad son los Años Vividos con Discapacidad (AVD). Para la construcción de esta medida, además de la prevalencia de personas diagnosticadas por la CIE 10 – Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 –, se requieren las ponderaciones que se da a cada una de estas enfermedades³. Estas ponderaciones son la valoración numérica que se da al tiempo vivido bajo condiciones de salud no fatales⁴ (OMS, 2020). Para Colombia, el IHME estimó 5.054.924 AVD en 2019, de los cuales el 2,7% (137.787) es atribuible al alcohol. Entre estos últimos la distribución por grandes diagnósticos es: 86% en ENT, 13,1% en lesiones, y 0,8% en enfermedades transmisibles.

La medida de carga de enfermedad que combina mortalidad y morbilidad es conocida como Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Esta corresponde a la suma de AVP y AVD. Para Colombia la estimación de AVAD atribuibles al uso de alcohol es de 453.226, de estos el 49,4% corresponde a lesiones, el 47,7% a ENT, y el 3,0% a transmisibles. De esto, se concluye que las estimaciones del IHME para Colombia en el 2019 evidencian que la mayor carga de enfermedad se encuentra en el componente de mortalidad, que en este componente la mayor carga está en lesiones, seguido de ENT, mientras que en el componente de discapacidad esta relación se invierte. Además, en el caso de mortalidad la distribución por edades evidencia que los AVP en edades de 20-39 se concentra principalmente en lesiones, mientras que las ENT representan la mayor carga en mayores de 50 años.

2. Los años de vida perdidos se calculan a partir de la diferencia entre la expectativa de vida del fallecido, dado su edad y sexo, y la edad a la que murió.

3. En inglés se traducen como disability weights.

4. Hay diferentes enfoques metodológicos para obtener estas ponderaciones, uno de estos es mediante encuestas poblacionales.

3. Evidencia del modelo en construcción de OMS para la carga de enfermedad global

La segunda fuente de información a nivel internacional consultada proviene del modelo de enfermedad global que está en construcción por parte de la OMS. De esta fuente se recibieron resultados en dos momentos diferentes y se sostuvieron reuniones con uno de los profesionales a cargo de su desarrollo. Los presentes resultados sintetizan los hallazgos más relevantes para Colombia. Para su presentación, se seguirá la estructura de muertes, AVP, AVD y AVAD⁵.

Del total de muertes ocurridas en Colombia en 2019 (239.386 fallecimientos), el 4,2% (10.072) son directamente atribuibles al uso de alcohol. Las ENT explican el 75,6% de las muertes, seguido por lesiones con el 14% y las enfermedades transmisibles con el 10,3%. Entre los menores de 14 años se estiman 80 muertes atribuibles al uso de alcohol, las cuales se presentan solo en accidentes de tránsito. En la población entre 20 y 39 años se presentan 2.660 casos, de los cuales el 94,3% se concentra en lesiones, principalmente en violencia interpersonal y accidentes de tránsito. Los fallecimientos de la población mayor de 50 años se concentran principalmente en ENT (51,6%) y en lesiones (39,2%). Entre las no transmisibles los diagnósticos con mayor frecuencia corresponden a cánceres, enfermedades digestivas y enfermedades cardiovasculares. Las más de diez mil muertes atribuibles al uso de alcohol equivalen a 415.675 AVP, de los cuales el 77,3% se concentra en lesiones, 18,5% en ENT y 4,2% en transmisibles.

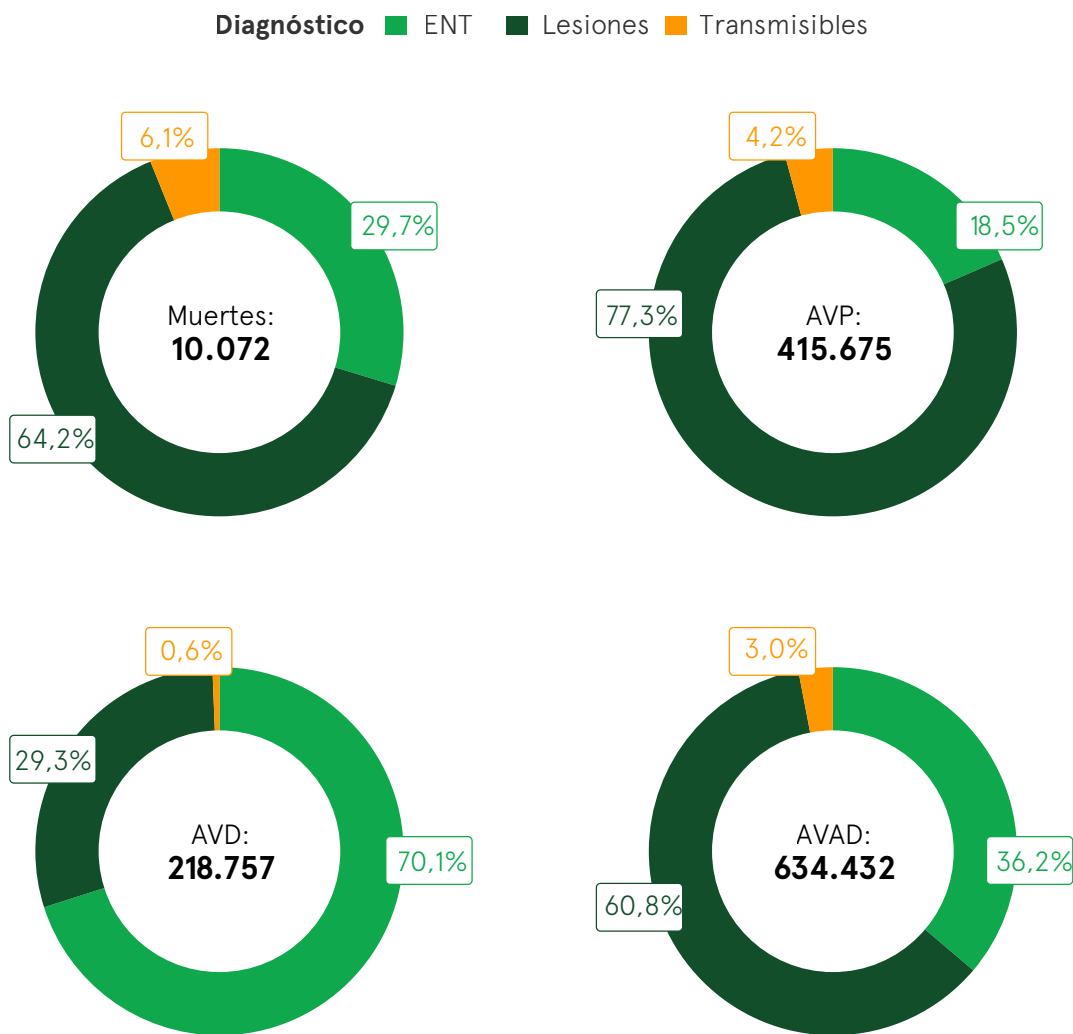
OMS estima 218.757 AVD atribuibles directamente al uso de alcohol, esto equivale al 4,3% del total de años vividos con discapacidad en el país durante 2019. Para esta medida, la distribución entre los grandes diagnósticos invierte los órdenes frente a mortalidad, el 70,1% de los AVD corresponden a ENT, mientras que el 29,3% se concentra en lesiones y el restante 0,6% en transmisibles. En los menores de 14 años el 69% de los AVD se concentra en lesiones, mientras que en la población de 20 a 39 años el 78,8% se concentra en ENT. Por su parte, en los mayores de 50 años el 54,6% se encuentra en ENT y el 44,6% en lesiones.

Las estimaciones de AVP y de AVD dan cuenta de la mortalidad y morbilidad respectivamente, la suma de estas dos medidas asciende a 634.432 AVAD, y representa una medida de carga de enfermedad conjunta de ambas dimensiones. Este resultado evidencia que el 65,5% de la carga se concentra en mortalidad y el 34,5% en morbilidad. Así mismo, el análisis previo permite mostrar la diferencia en la distribución de diagnósticos por grupos de edad para ambas medidas de la carga de enfermedad.

5. Los CIE-10 contemplados en las estimaciones de esta fuente de información se presentan en el Anexo 1.

La Gráfica 2 muestra el resumen de las medidas de carga de enfermedad presentadas en esta sección y su distribución en las tres principales categorías de enfermedades.

Gráfica 2. Carga de enfermedad atribuible directamente al alcohol y su distribución por las tres principales categorías de diagnósticos.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de OMS.

4. Comparaciones

La Tabla 1 presenta la comparación de tres indicadores de carga de enfermedad (muertes, AVP y AVD), según la fuente de información. En la estimación total los resultados muestran que para las muertes y AVP, los datos de OMS presentan una carga menor a la del IHME. A pesar de lo anterior, la fracción y la carga atribuibles directamente al uso de alcohol son mayores en las estimaciones de OMS para los tres indicadores, esto se debe principalmente a que las AAF⁶ -Alcohol Attributable Fraction- de esta última fuente son mayores para la mayoría de los diagnósticos CIE-10.

Tabla 1. Comparación de muertes, AAF y muertes atribuibles al uso de alcohol

Carga de enfermedad	Estimación	IHME	OMS	Diferencia (OMS – IHME)
Muertes	Total	246.679	239.387	-7.292
	AAF	3,07%	4,21%	1,14%
	Atribuibles a alcohol	7.563	10.071	2.508
AVP	Número	6.509.128	6.404.233	-104.895
	AAF	4,85%	6,49%	1,64%
	Atribuibles a alcohol	315.439	415.675	100.236
AVD	Número	5.054.924	5.135.141	80.217
	AAF	2,73%	4,26%	1,53%
	Atribuibles a alcohol	137.787	218.757	80.970

Fuente: elaboración propia a partir de datos de OMS, IHME y DANE.

Otra diferencia que se encuentra entre ambas fuentes de información es el hecho de que, si bien la mayoría de los diagnósticos atribuibles a alcohol son incorporados en las estimaciones de ambos, hay algunos que se encuentran en el IHME pero que no contempla OMS, estos son: Tumor maligno de la nasofaringe (C11); Fibrilación y aleteo auricular (I48); Contacto animal (W53-W56); Congelamiento (T33-T34); Exposición a fuerzas de la naturaleza (X30-X39); Otros accidentes de transporte.

El análisis de las muertes desagregadas por los diagnósticos CIE-10 permite identificar en qué diagnósticos se atribuye mayor carga de enfermedad por el uso de alcohol. Los casos donde la atribución estimada por OMS es mayor a la del IHME son accidentes de transporte (V01-V89) y agresiones (X85-Y09), estos explican el 63.1% de la diferencia entre ambos. Los casos donde la atribución estimada por OMS es menor a la del IHME son enfermedades del hígado (K70-K76), y Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (C22), estas explican el 75% de esa diferencia.

6. Corresponde a la fracción atribuible al uso de alcohol, es decir, cuánto de la medida que se está midiendo (muertes, AVP, entre otros), puede ser a causa del uso de alcohol.

Además, para el caso de enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25) el IHME estima mayores efectos positivos del uso de alcohol.

En la Tabla 2 se presentan las estimaciones de muertes atribuibles a alcohol para Colombia utilizando las AAF de ambas fuentes de información, pero con los datos de muertes obtenidos de los registros locales de defunción que reporta el Departamento Nacional de Estadísticas - DANE (244,355 muertes en 2019).

Tabla 2. Muertes atribuibles a alcohol con diferentes fuentes de información para la AAF y muertes totales del DANE

Estimación	OMS	IHME	Ambos
Muertes totales (DANE)	244.355	244.355	244.355
AAF	4,2%	3,1%	4,24%
Muertes atribuibles al uso de alcohol	10.262	7.575	10.360

Fuente: elaboración propia, con base en información de OMS, IHME y DANE.

Para obtener los resultados de la tabla anterior se utilizó la AAF de cada fuente desagregada por CIE-10 y se aplicó a las muertes reportadas por la fuente nacional (DANE), para finalmente sumar las defunciones y obtener las muertes totales atribuibles a alcohol. La AAF total se calculó como la división entre esta suma y las muertes totales. En la segunda columna de la tabla se utilizan las AAF de OMS en todos los diagnósticos CIE-10, en la tercera columna se utilizan las AAF del IHME y en la cuarta columna se utiliza la AAF que sea mayor entre ambas fuentes acorde a cada CIE-10.

Cabe mencionar que del IHME no se encontraron las fuentes de información para los datos que utilizan, mientras que de la OMS sí se recibieron algunas de las fuentes de información, la revisión detallada de estas fuentes frente a información local se encuentra en el Anexo 1, Tabla 1. Es importante mencionar que además de las estimaciones de carga de enfermedad, de parte de OMS también se obtuvieron estimaciones sobre exposición al factor de riesgo, tales como las estimaciones de consumo de alcohol per cápita (APC, por sus siglas en inglés), Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA), dependencia de alcohol, entre otras. Algunos de estos datos y su comparación con estimaciones locales se presentan en el anexo sobre estimaciones de exposición al factor de riesgo.

Finalmente, a partir de la revisión y comparación de fuentes, contraste con estimaciones locales y discusiones técnicas, se obtuvieron AAF de las estimaciones internacionales. Las estimaciones de la fracción atribuible a alcohol podrían ser más precisas mediante el uso de información local sobre la exposición al factor de riesgo. Por todo lo anterior, en la siguiente sección se utilizan datos locales sobre fallecimientos y prevalencia de enfermedades, desagregada por edad, sexo y diagnósticos, pero aplicando las AAF combinadas de OMS e IHME, como se presentó en la columna final de la Tabla 2.

5. Resultados para Colombia con datos locales

5. 1. Muertes y AVP

La información de Estadísticas Vitales del DANE se agrupa por quinquenios de edad, así como por los diagnósticos (CIE-10) y se añaden los diagnósticos que incluye el IHME pero no OMS; de esta forma se pueden utilizar los parámetros internacionales aplicados a los datos locales. Para estimar los años de vida perdidos se procesaron las tablas de vida publicadas por el IHME (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2020), puntualmente, se utilizó la estimación de expectativa de vida en Colombia para cada quinquenio de edad y sexo en el 2019. Para la estimación de AVP atribuibles a alcohol, se obtuvieron las AAF y estas se multiplicaron por los AVP totales.

En la Tabla 3 se muestran los diagnósticos que tienen una AAF distinta de cero. Del total de muertes en Colombia (244,355, como se señala en la Tabla 2), 125,527 se deben a alguno de los diagnósticos vinculados al consumo de alcohol⁷. Entre ellas, 9,942 son directamente atribuibles al consumo de alcohol. La mayor concentración de muertes directamente atribuibles al consumo de alcohol se debe a las Enfermedades No Transmisibles (ENT, 3,998 en el año 2019), especialmente en las enfermedades cardiovasculares. Pese a esto, en la categoría de lesiones es donde se concentra la mayoría de AVP atribuibles a alcohol (70.2%), y están explicadas en gran parte por violencia interpersonal y accidentes de tránsito. La Tabla 3 también permite evidenciar comparativamente los AVP atribuibles a alcohol por diagnóstico, donde se puede ver que violencia interpersonal, accidentes de tránsito y cirrosis representan casi el 70% del total de AVP.

7. Estos son los diagnósticos que se incluyen en la tabla.

Tabla 3. Muertes y AVP atribuibles a alcohol

Diagnóstico	Muertes	Muertes atribuibles a alcohol	AVP	AVP atribuibles a alcohol
Lesiones	25.905	5.382	1.200.505	251.184
Lesiones autoinfligidas y agresiones	15.970	2.943	790.092	144.994
Agresiones	13.043	2.477	653.383	123.435
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	2.927	467	136.710	21.559
Accidentes de transporte	7.126	2.049	307.792	91.394
Accidentes de transporte terrestre	7.126	2.049	307.792	91.394
Lesiones no intencionales	2.809	390	102.621	14.796
Contacto animal	44		1.492	
Ahogamiento y sumersión accidentales	766	119	41.571	5.691
Exposición a fuerzas de la naturaleza	156		6.800	
Exposición a las fuerzas mecánicas inanimadas	328	71	13.962	3.067
Caídas	1.370	180	32.401	5.267
Exposición a fuego, calor y sustancias calientes	145	20	6.394	770
Enfermedades no transmisibles	86.513	3.998	1.557.550	91.716
Enfermedades cardiovasculares	60.887	1.490	979.908	31.647
Fibrilación y aleteo auricular	1.170	30	15.779	602
Cardiomiopatía y miocarditis	1.021	989	22.680	20.193
Enfermedad cardíaca hipertensiva	3.635	152	48.775	2.245
Enfermedades isquémicas del corazón	39.179	-91	617.843	-3.076
Enfermedades cerebrovasculares	15.882	410	274.832	11.683
Diabetes y enfermedades renales	7.967	-48	148.354	-1.290
Diabetes mellitus	7.967	-48	148.354	-1.290
Enfermedades digestivas	3.760	1.488	86.839	35.847
Enfermedades del hígado	3.289	1.412	75.887	33.904
Enfermedades del páncreas	471	77	10.952	1.943
Tumores malignos	13.257	965	318.262	22.068
Mama	3.633	119	99.232	3.672
Cuello del útero	1.819	5	56.630	190
Colon y el recto	4.283	338	93.068	7.555
Esófago	731	112	13.365	2.243

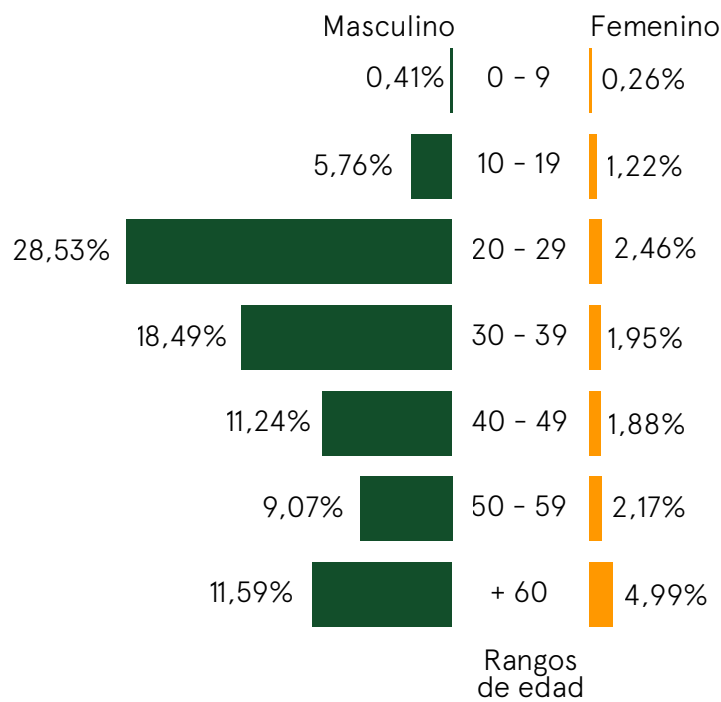
Fuente: elaboración propia con base en datos del DANE, OMS y IHME.

Diagnóstico	Muertes	Muertes atribuibles a alcohol	AVP	AVP atribuibles a alcohol
Tráquea	399	72	7.428	1.386
Labio y cavidad bucal	59	19	1.355	451
Hígado y vías biliares intrahepáticas	1.955	187	37.898	3.687
Nasofaringe	74	24	2.255	805
Otros cánceres de la faringe	304	90	7.032	2.078
Trastornos episódicos	601	68	23.194	2.553
Epilepsia	601	68	23.194	2.553
Uso de sustancias psicoactivas	41	35	993	892
Uso de alcohol	41	35	993	892
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	13.109	561	333.711	14.966
VIH e infecciones transmitidas sexualmente	2.481	68	103.808	2.856
Enfermedad por VIH	2.481	68	103.808	2.856
Infecciones respiratorias y tuberculosis	10.628	493	229.903	12.110
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	9.520	269	198.289	5.417
Tuberculosis	1.108	224	31.614	6.693
Total	125.527	9.942	3.091.766	357.866

Fuente: elaboración propia con base en datos del DANE, OMS y IHME.

La desagregación por edad y sexo de los años de vida perdidos permite concluir que la carga de enfermedad asociada a mortalidad se concentra en el sexo masculino, entre los 20 y 39 años, que es una de las edades más productivas del ciclo de vida, y podrían generar las mayores pérdidas sociales para el país (Gráfica 3). Así mismo, se estima que aproximadamente 400 menores de edad perdieron la vida en 2019 por causa directa del uso de alcohol en la sociedad, esto equivale a cerca de 30 mil años de vida perdidos. Finalmente, entre las personas mayores de 50 años las enfermedades transmisibles son las que concentran la mayor carga (con una distribución por sexo más homogénea).

Gráfica 3. Distribución de AVP por edad y sexo



Fuente: elaboración propia con base en datos del DANE, OMS y IHME.

5.2. AVD

Para la estimación de los AVD se siguió el enfoque de prevalencia de la OMS (2020). Primero se procesó la información de atenciones del sistema de salud por diagnóstico, edad y sexo, a partir de la información obtenida de los Registros Individuales de Prestación de Salud (RIPS) (MSPS, 2019). Una vez procesada esta información, se obtuvieron las prevalencias de cada diagnóstico y se utilizaron para la estimación de casos totales con base en las proyecciones de población del DANE para el año 2019 (DANE, 2023). Debido a que Colombia no cuenta con estudios específicos para la estimación de ponderaciones por cada estado de salud, estos se tomaron del IHME (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2020). Es importante mencionar que en esta fuente no se encontraron los pesos que se aplican para las lesiones, por lo que se utilizó un peso constante de 0.1 para todos los diagnósticos en esta categoría independientemente de la edad y el sexo; esto podría implicar una subestimación de los AVD, puesto que dependiendo del desenlace en salud final se podría tener una ponderación mayor a 0.1. Finalmente, los casos se multiplicaron por cada peso obteniendo así los AVD. Para la estimación de las AAF se siguió el mismo procedimiento que con los AVP.

Los resultados de este proceso se muestran en la Tabla 4. De allí se puede concluir que la mayor carga se concentra en las ENT, principalmente en Cirrosis, Cáncer de Colón y Cáncer de mama que representan más del 55% de los AVD.

Tabla 4. Casos y AVD atribuibles a alcohol

Diagnóstico	Casos	AVD	AVD atribuibles a alcohol
Lesiones	77.840	7.784	869
Lesiones autoinfligidas y agresiones	7.561	756	73
Agresiones	4.988	499	51
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	2.573	257	23
Accidentes de transporte	3.785	378	95
Accidentes de transporte terrestre	3.785	378	95
Lesiones no intencionales	66.494	6.649	700
Contacto animal	12.875	1.287	45
Ahogamiento y sumersión accidentales	62	6	1
Exposición a fuerzas de la naturaleza	1.066	107	4
Exposición a las fuerzas mecánicas inanimadas	7.173	717	124
Caídas	5.990	599	57
Exposición a fuego, calor y sustancias calientes	369	37	4

Fuente: elaboración propia con base en datos del RIPS, OMS y IHME.

Diagnóstico	Casos	AVD	AVD atribuibles a alcohol
Enfermedades no transmisibles	4.056.655	446.047	27.845
Enfermedades cardiovasculares	802.095	108.674	3.818
Fibrilación y aleteo auricular	120.420	26.974	1.274
Cardiomiopatía y miocarditis	37.665	2.712	2.540
Enfermedad cardíaca hipertensiva	25.009	1.225	57
Enfermedades isquémicas del corazón	441.356	21.626	-162
Enfermedades cerebrovasculares	177.646	56.136	109
Diabetes y enfermedades renales	2.354.922	115.391	-1.066
Diabetes mellitus	2.354.922	115.391	-1.066
Enfermedades digestivas	147.225	25.246	10.674
Enfermedades del hígado	132.218	23.535	10.436
Enfermedades del páncreas	15.007	1.711	239
Tumores malignos	393.645	177.534	10.832
Mama	223.419	100.762	3.494
Cuello del útero	32.149	14.499	48
Colon y el recto	97.363	43.911	3.624
Esófago	6.325	2.853	462
Tráquea	7.315	3.299	629
Labio y cavidad bucal	5.175	2.334	616
Hígado y vías biliares intrahepáticas	7.690	3.468	315
Nasofaringe	2.179	983	321
Otros cánceres de la faringe	12.030	5.426	1.324
Trastornos episódicos	350.042	17.152	1.536
Epilepsia	350.042	17.152	1.536
Uso de sustancias psicoactivas	8.726	2.051	2.051
Uso de alcohol	8.726	2.051	2.051
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	956.262	63.472	3.064
VIH e infecciones transmitidas sexualmente	219.876	17.150	502
Enfermedad por VIH	219.876	17.150	502
Infecciones respiratorias y tuberculosis	736.386	46.322	2.561
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	705.300	35.970	698
Tuberculosis	31.086	10.352	1.864
Total	5.090.757	517.304	31.778

Fuente: elaboración propia con base en datos del RIPS, OMS y IHME.

6. Conclusiones

En 2019, cerca de 10 mil muertes fueron atribuibles directamente al uso de alcohol, es decir, aproximadamente el 4,1% del total de muertes ocurridas en Colombia. Las enfermedades incluidas en el análisis ocasionaron en Colombia 125.527 muertes, un 51% del total de 244.355 muertes reportadas en el país, y entre ellas 9.942 pueden ser directamente atribuibles al consumo de alcohol. Por otra parte, la carga de enfermedad atribuible al consumo de alcohol fue de 389.643 AVAD, con una tasa de 789 por cada 100.000 habitantes. En comparación al GBD 2019, la carga de enfermedad de Colombia por todas las causas fue de 23.412 AVAD por 100.000 habitantes, de los cuales el 3,92% se atribuye al alcohol. La carga para las enfermedades analizadas corresponde al 38,52% del total en Colombia, el 56% de la carga de enfermedad total corresponde a muertes prematuras, mientras que en la carga atribuible a alcohol asciende a 70%.

La revisión del estudio de carga de enfermedad del IHME evidencia que el uso de alcohol es el principal factor de riesgo en Colombia en términos de mortalidad, por lo que representa un reto a afrontar desde la política pública. Esto, sin contar los efectos indirectos del alcohol, como lo son, por ejemplo, la violencia.

Las estimaciones de carga presentadas en este documento a partir de información local pueden presentar limitaciones. Los supuestos utilizados para los cálculos dan lugar a un escenario conservador; por ejemplo, las ponderaciones de morbilidad (AVD) y las fracciones atribuibles a alcohol se tomaron de estimaciones internacionales que podrían subestimar el impacto del alcohol en la sociedad colombiana. Por esto, es necesario el fortalecimiento de la capacidad local para la generación de información que permita estimaciones más precisas de la carga de enfermedad. En esta línea, el desarrollo de estudios de cohortes que permitan la estimación de funciones de riesgo relativo para cada diagnóstico, así como estudios que puedan evidenciar cómo valoran los colombianos el vivir con ciertos estados de salud no fatales.

Pese a estas limitaciones, las estimaciones de carga de enfermedad presentadas en este documento brinda una información valiosa para la formulación y monitoreo de políticas públicas sobre los efectos del alcohol en la salud de los individuos. Por tanto, se recomienda la actualización de tales cifras con una frecuencia al menos anual, con información local aplicando parámetros de estimaciones internacionales.

Agradecimientos

Los resultados presentados en este documento de trabajo han sido posibles gracias al apoyo de la iniciativa RESET Alcohol. Conformada para Colombia por Fundación Anáas, Red PaPaz y PROESA.

Agradecemos a los miembros de la coalición RESET Colombia, Fundación Anáas y Red PaPaz, con quienes se discutieron los resultados. Hacemos un reconocimiento al apoyo de Alejandro Marin de la Fundación Anáas y a Angélica Maria Claro de Movendi International, por sus aportes desde la experticia en temas de alcohol en Colombia.

Finalmente, hacemos mención al apoyo técnico brindado desde la OMS en la construcción de las cifras aquí presentadas.

Referencias

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.

DANE. (2022). Estadísticas Vitales - EEVV - 2019. Obtenido de <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/696/get-microdata>

DANE. (2023). Proyecciones de población. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Disability Weights. Obtenido de <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2010-disability-weights>

IHME. (2020). GBD Results. Obtenido de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

MSPS. (2019). Sistema de Información de Prestaciones de Salud. Consultado 11 2023, en <https://minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/rips.aspx>

OMS. (2020). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2019.

Anexos

Diagnósticos (CIE-10) contemplados en las estimaciones de OMS

En la tabla 1, presentan los diagnósticos utilizados en la información compartida por OMS sobre carga de enfermedad. Estos sirvieron para emparejar la información y comparar frente a las estimaciones del IHME y los datos de fallecimientos locales.

Tabla 1. Diagnósticos disponibles en la información compartida por OMS

Categoría	Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) - 10
Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions	A00-B99, D50-53, D64.9, E00-02, E40-46, E50-64, G00-04, G14, H65-66, J00-22, N70-73, O00-99, P00-96, U04
Infectious and parasitic diseases	A00-B99, G00-04, G14, N70-73, P37.3, P37.4
Tuberculosis*	A15-19, B90
Sexually transmitted infections excluding HIV	A50-A64
Respiratory infections	H65-66, J00-22, P23, U04
Lower respiratory infections	J09-22, P23, U04
Non-communicable diseases	
Malignant neoplasms	C00-97
Mouth and oropharynx cancers	C00-14
Oesophagus cancer	C15
Colon and rectum cancers	C18-21
Liver cancer	C22
Breast cancer	C50
Cervix uteri cancer	C53
Larynx cancer	C32
Diabetes mellitus	E10-14 (minus E10.2-10.29, E11.2-11.29, E12.2, E13.2-13.29, E14.2)
Mental and substance use disorders	F04-99, G72.1, Q86.0, X41-42, X44, X45
Alcohol use disorders	F10, G72.1, Q86.0, X45
Neurological conditions	F01-03, G06-98 (minus G14, G72.1)

Fuente: elaboración propia a partir con base en información de OMS.

Epilepsy	G40–41
Cardiovascular diseases	I00–99
Hypertensive heart disease	I10–15
Ischaemic heart disease*	I20–25
Stroke	I60–69
Cardiomyopathy, myocarditis, endocarditis	I30–33, I38, I40, I42
Digestive diseases	K20–92
Cirrhosis of the liver	K70, K74
Pancreatitis	K85–86
Unintentional injuries	V01–X40, X43, X46–59, Y40–86, Y88, Y89
Road injury	V01–04, V06, V09–80, V87, V89, V99
Poisonings	X40, X43, X46–48, X49
Falls	W00–19
Fire, heat and hot substances	X00–19
Drowning	W65–74
Exposure to mechanical forces	W20–38, W40–43, W45, W46, W49–52, W75, W76
Other unintentional injuries	Rest of V, W39, W44, W53–64, W77–99, X20–29, X50–59, Y40–86, Y88, Y89

Fuente: elaboración propia a partir con base en información de OMS.

Fuentes de información utilizadas para las estimaciones de OMS

Al revisar las fuentes de información empleadas (ver Tabla 2), no es posible identificar la información de las fuentes utilizadas por OMS en los enlaces compartidos, ni cómo se utiliza esta información para realizar las estimaciones obtenidas. Además, se identificó que existen datos más actualizados de las encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA), tanto en población general como escolar. A comienzos de 2024 existen nuevas versiones de estudios que permiten obtener información más actualizada sobre el consumo de alcohol en el país. Por otro lado, la información de muertes por cada diagnóstico, rango de edad y sexo, como la de población total se podría haber obtenido vía el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), resultando en una potencial mejora en la calidad y periodicidad de los datos. De igual manera, para las estimaciones de AVP y finalmente para los AVAD no se indica la fuente utilizada. Para su estimación debe conocerse la prevalencia por cada diagnóstico, información que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Esta es otra oportunidad para optimizar la estimación de OMS. En último lugar, vale la pena mencionar que los enlaces de la Tabla 2 (obtenidos de la información compartida) no están vigentes actualmente.

Tabla 2. Fuentes de información utilizadas para las estimaciones de OMS

Fuente	Descripción	Enlace de acceso
1	Gobierno Nacional de la República de Colombia (2011). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar.	https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf
2	Ministerio De Justicia Y Del Derecho (2014). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoativas en Colombia 2013	https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
3	Ministerio de Salud (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental	http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
4	World Health Organization (2010).STEPwise approach to surveillance (STEPS) Survey	https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps

Fuente: elaboración propia.

Se compararon los datos utilizados por OMS con lo que se puede obtener de las fuentes de información locales más actualizadas. Se encuentran diferencias entre el 1.4% y el 2.4% en población frente a la información oficial del país. Sobre las muertes, se encontró alrededor de un 2% menos de muertes frente a los datos oficiales; la subestimación por grupos de diagnóstico es: 4.7% para enfermedades transmisibles; 0.2% para ENT; 10% para lesiones. Como se mencionó previamente, no se encontró fuente para comparar frente a los AVD y por ende los AVAD. Como las muertes están subestimadas, es probable que los AVAD también se encuentren subestimados.

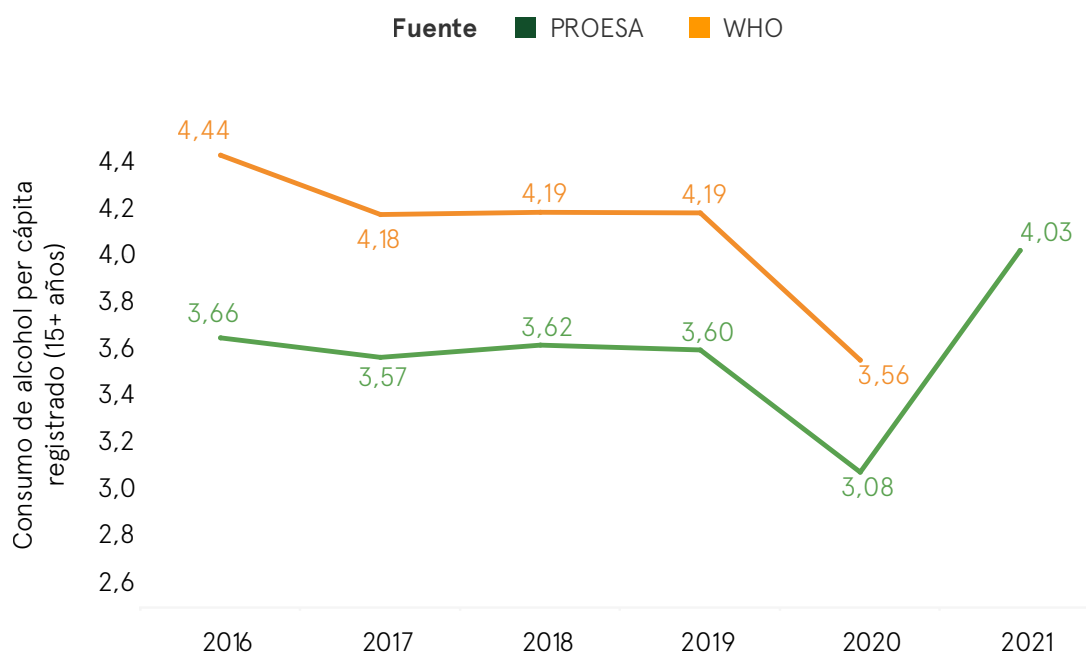
Finalmente, para la AAF, parámetro que permite pasar de la carga de enfermedad total a la que se atribuye a alcohol, no se encontraron fuentes de información sobre las funciones de riesgo relativo (parámetro que permite el cálculo de la AAF, explica el riesgo, entendido como probabilidad, de que una persona padezca cierto diagnóstico ante determinado consumo de alcohol); debido a que para Colombia no existen estudios particulares que estimen funciones de riesgo relativo, se asume que OMS obtiene estos parámetros a partir de literatura externa. Otro parámetro para el que no se encontraron fuentes de información corresponde a las ponderaciones que se da a cada diagnóstico, que permite la estimación de los AVD.

Estimaciones de la exposición al factor de riesgo

Los datos de exposición al factor de riesgo son un insumo esencial para entender la situación de consumo, pero además para la estimación de la fracción atribuible al uso de alcohol por cada diagnóstico. De esta manera, comprender la exposición es crucial para evaluar la carga de enfermedad, así como para identificar el potencial benéfico de la implementación de los impuestos saludables al alcohol. Tener estimaciones acertadas con respecto a estos indicadores es esencial para estimar la carga de enfermedad actual y esperada frente a un cambio en el impuesto.

Para las estimaciones de uso de alcohol, se revisaron los ENCSPA, encontrando que en general se subestima la prevalencia de bebedores año, abstinentes de toda la vida, ex consumidores de alcohol. Además, en la Gráfica 1 se presenta el comparativo entre el consumo de alcohol per cápita registrado con base en la información de OMS, frente a los datos propios obtenidos a partir de las estimaciones de consumo aparente, la aplicación del contenido alcohólico según tipo de bebida y las proyecciones de población oficiales publicadas por el DANE. En general, se aprecia que cada estimación puntual de OMS es mayor frente a las estimaciones locales, la diferencia promedio es de 0.6 litros/persona; la menor diferencia en la serie se encuentra en el 2020 (0.47 litros/persona).

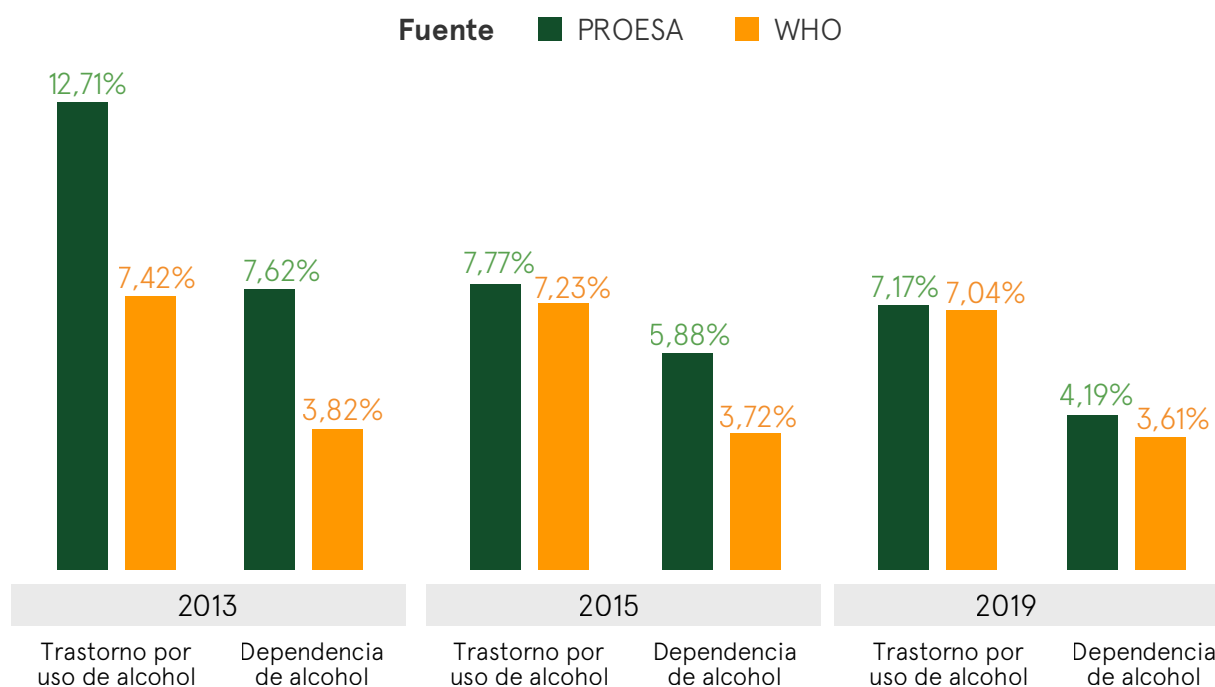
Gráfica 1. Comparativo APC registrado (2016–2021)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de OMS, estimaciones propias de consumo aparente y población del DANE.

En la Gráfica 2 se muestra el comparativo entre la prevalencia de trastornos por uso de alcohol y la dependencia a alcohol en tres periodos: 2013, 2015 y 2019; las estimaciones propias se obtuvieron a partir de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas para 2013 y 2019, mientras que para el 2015 se utilizó la información de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Para la dependencia al alcohol se incluyeron a las personas que puntúan mayor a 0 en las preguntas 4 a 6 del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Estas preguntas indagan sobre: pérdida del control sobre el consumo; aumento de la relevancia del consumo y consumo matutino (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), respectivamente. Para el consumo de riesgo o perjudicial se incluye a las mujeres que tienen una puntuación en AUDIT mayor a 7 y a hombres con puntuación mayor a 8 (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). De la Gráfica 2 se concluye, a nivel general, que cada estimación puntual en ambos indicadores es mayor con base en la información local en comparación a las de OMS, encontrándose la menor diferencia en el año 2019.

Gráfica 2. Comparativo: trastornos debido al uso de alcohol y dependencia (2013, 2015 y 2019)



Fuente: elaboración propia con base en datos de OMS, el ENCSPA (2013 y 2019) y la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015).

PROESA



Universidad Icesi - Edificio B, piso 2
Calle 18 No - 122-135, Cali - Colombia
Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

Correo: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

