

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Fernanda Rodríguez

Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas
alcohólicas en la República Argentina en el período 1990-2009

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología,
Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

Carlos Guevel

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Rodríguez, Fernanda. (2014). Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de
bebidas alcohólicas en la República Argentina en el período 1990-2009 [en Línea].
Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/035043_Rodriguez.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
11ª COHORTE 2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

“Mortalidad por Enfermedades atribuibles al
consumo de bebidas alcohólicas en la República
Argentina en el período 1990-2009”

MAESTRANDA
Med. Fernanda Rodriguez

DIRECTOR
Lic. Carlos Guevel

CO-DIRECTOR
Dr. Hugo Spinelli

Diciembre, 2013
Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11ª COHORTE 2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

“Mortalidad por Enfermedades atribuibles al
consumo de bebidas alcohólicas en la República
Argentina en el período 1990-2009”

MAESTRANDA

Med. Fernanda Rodriguez

DIRECTOR

Lic. Carlos Guevel

CO-DIRECTOR

Dr. Hugo Spinelli

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Ricardo Mastai

Mgr. Sergio Arias

Dr. Hugo Alazraqui

FECHA DE APROBACIÓN

26/08/2014

CALIFICACIÓN

Nueve distinguido

A mi vieja y a mi hermana, mi pequeña gran familia.

A mis amigas del alma y la vida Naza, Sole y Majo. A Fede, mi hermano.

A mis compañeros/as de trabajo Ceci, Rami, Pablo, Carlos y Melly, con quienes comparto a diario. A todos/as, infinitas gracias por las lecturas, las críticas constructivas, la escucha y la contención, porque durante todos estos años recibí de ustedes el apoyo incondicional en el proceso de elaboración de esta investigación.

Gracias por estar siempre.

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis Lic. Carlos Guevel, por su dedicación, su humildad y por sus valiosos e inmejorables aportes durante el proceso de elaboración de esta investigación.

A mi co-director Dr. Hugo Spinelli, por las lecturas y los aportes, por su incansable insistencia en la finalización de mi tesis.

Al Mgr. Andrés Trotta, quién tuvo mucho que ver con mi paso por la maestría, gracias por las lecturas, los aportes y las críticas constructivas.

A la Lic. Verónica Catinari, por los debates y por la escucha infinita.

Al Lic. Facundo Dávila, por la lectura crítica y los valiosos aportes.

A la Med. Lorena Záppoli por el apoyo permanente.

Al Lic. Fernando Marino por la paciencia inagotable.

Al Lic. Javier Puiggrós por los aportes y las dudas resueltas.

Y a todos/as aquellos/as que de algún modo u otro participaron en el proceso de construcción de este trabajo.

RESUMEN

El daño a la salud que produce el consumo de alcohol está determinado por la forma en la cual la población incorpora el alcohol a su vida. De esta manera, su consumo está estrechamente ligado a las costumbres y a la cultura, cuestión que hace muy difícil la modificación o abandono del hábito. Lo cierto es que son muchas las personas que sufren enfermedades o problemas de salud relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y muchas veces, por la complejidad del problema, el abordaje se torna dificultoso.

El presente trabajo es un estudio descriptivo en el cual se analizaron las muertes atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país durante el período 1990-2009 en la población de ambos sexos de 15 años y más. Además, se analizó la evolución del consumo de alcohol per cápita durante el período 1980-2009, comparando este último con la tendencia de las tasas de mortalidad.

Durante los veinte años de estudio se registraron 44.076 muertes atribuibles al consumo de alcohol en ambos sexos, de las cuales el 80% ocurrieron en hombres y del total de las muertes el 49,9% ocurrió en personas de entre 45 y 64 años.

Las tasas ajustadas de mortalidad más elevadas se registraron en los varones y corresponden a trastornos mentales y hepáticos. Las enfermedades pancreáticas también representan un porcentaje elevado de muertes por causa alcohólica. A pesar de registrarse tasas de mortalidad elevadas en comparación con otras causas de muerte, las tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol muestran una tendencia decreciente a lo largo de la serie histórica en estudio.

El consumo per cápita de bebidas alcohólicas viene descendiendo desde hace algunas décadas a nivel mundial y en nuestro país dicho descenso está relacionado con la disminución del consumo de vino más que de cerveza u otras bebidas. Es importante aclarar que no fue posible en este estudio determinar cuáles son las franjas etarias que más consumen, ya que los cálculos de consumo per cápita se realizaron en base a la producción y ventas sobre la población total de 15 años y más.

Los resultados de este trabajo reflejan la necesidad de construir series históricas de mortalidad que estudien en profundidad la problemática del alcohol en nuestro país y su relación con la producción, venta y precios de las bebidas alcohólicas.

Palabras clave: Mortalidad; Alcoholismo; Bebidas Alcohólicas; Trastornos inducidos por alcohol

ABSTRACT

The health damage that alcohol produced is determined by the way in which people incorporate alcohol into your life. Thus, their consumption is closely linked to the customs and culture, making it very difficult issue modification or cessation. The truth is that there are many people suffering from diseases or health problems related to drinking and often, because of the complexity of the problem, the approach becomes difficult.

This paper is a descriptive study which analyzed the deaths attributable to alcohol consumption in our country during the period 1990-2009 in the population of both sexes aged 15 and over. In addition, we analyzed the evolution of alcohol consumption per capita over the period 1980-2009, comparing the latter with the trend of mortality rates.

During the twenty years of study were 44.076 deaths attributable to alcohol consumption in both sexes, of which 80% were males and the total deaths, 49,9% occurred in people between 45 and 64 years.

Adjusted mortality rates were highest in males and correspond to mental disorders and liver. Pancreatic diseases also represent a high percentage of deaths due to alcohol. Despite registering high mortality rates compared with other causes of death, mortality rates attributable to alcohol consumption show a declining trend over the time series under study.

Per capita consumption of alcohol has been declining for several decades worldwide and in our country this decrease is related to the decrease in consumption of wine rather than beer or other beverages. It is important to clarify that it was not possible in this study to determine what are the age groups most abused, as per capita consumption estimates were made based on the production and sales of the total population 15 years and over.

The results of this study reflect the need to build time series mortality study in depth the issue of alcohol in our country and its relation to production, sales and prices of alcoholic beverages.

Keywords: Mortality; Alcoholism, Alcoholic Beverages, Alcohol-Induced Disorders

LISTADO DE CUADROS

CUADRO 1. CONSUMO DE ALCOHOL EN VOLUMEN, UNIDADES Y GRAMOS.....	22
CUADRO 2. PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GRAMOS DE ALCOHOL CONSUMIDOS	29
CUADRO 3. CORRESPONDENCIA ENTRE CIE 9 Y CIE 10 - CLASIFICACIÓN DE DEFUNCIONES	41
CUADRO 4. VARIABLES	45
CUADRO 5. VARIABLES MACROECONÓMICAS	46

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN CAUSAS. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	60
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN REGIÓN. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	60
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL EN AMBOS SEXOS. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	61
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN CAUSAS. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	62
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	63
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA SEGÚN SEXO Y AÑO. PERÍODO 1990-2009.....	64
TABLA 7. TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL AJUSTADAS POR EDAD (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	66
TABLA 8. VARIACIÓN ABSOLUTA ANUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	67
TABLA 9. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES MENTALES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑOS. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	70
TABLA 10. VARIACIÓN ABSOLUTA ANUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES MENTALES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	71

TABLA 11. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES HEPÁTICAS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.	74
TABLA 12. VARIACIÓN ABSOLUTA ANUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES HEPÁTICAS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	75
TABLA 13. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR PANCREATITIS AGUDA (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.	78
TABLA 14. VARIACIÓN ABSOLUTA ANUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR PANCREATITIS AGUDA ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	79
TABLA 15. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR OTRAS CAUSAS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.	82
TABLA 16. VARIACIÓN ABSOLUTA ANUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR OTRAS CAUSAS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	83
TABLA 17. TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) ESPECÍFICAS POR EDAD. AMBOS SEXOS. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	89
TABLA 18. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD SEGÚN REGIÓN Y BIENIO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	92
TABLA 19. VARIACIÓN ABSOLUTA ANUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR REGIONES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	93
TABLA 20. CONSUMO DE ALCOHOL PURO PER CÁPITA EN LITROS EN LA POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1980-2009.	107

LISTADO DE FIGURAS

FIGURA 1. TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL AJUSTADAS POR EDAD (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	68
FIGURA 2. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES MENTALES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	72
FIGURA 3. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES HEPÁTICAS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009	76
FIGURA 4. TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR PANCREATITIS AGUDA (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	80
FIGURA 5. TASAS DE MORTALIDAD POR OTRAS CAUSAS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN SEXO Y AÑO. POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	84
FIGURA 6. TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD SEGÚN CAUSAS. POBLACIÓN MASCULINA DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	86
FIGURA 7. TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD SEGÚN CAUSAS. POBLACIÓN FEMENINA DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	87
FIGURA 8. TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) ESPECÍFICAS POR EDAD. AMBOS SEXOS. POBLACIÓN DE 35 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	90
FIGURA 9. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD, SEGÚN REGIÓN Y BIENIO. POBLACIÓN MASCULINA DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	94
FIGURA 10. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD SEGÚN REGIÓN Y BIENIO. POBLACIÓN FEMENINA DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	95

FIGURA 11. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD. REGIÓN DE CUYO. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	97
FIGURA 12. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD. REGIÓN DEL NEA. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	99
FIGURA 13. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD. REGIÓN DEL NOA. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.....	101
FIGURA 14. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD. REGIÓN PAMPEANA. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	103
FIGURA 15. TASAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL (X 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD. REGIÓN PATAGÓNICA. POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1990-2009.	105
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA CONSUMIDA EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1980-2009.....	106
FIGURA 17. CONSUMO DE ALCOHOL PURO PER CÁPITA EN LITROS EN LA POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS SEGÚN TIPO DE BEBIDA (VINO, CERVEZA, OTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS). REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1980-2009.	109
FIGURA 18. CONSUMO TOTAL DE ALCOHOL PURO PER CÁPITA EN LITROS DE ALCOHOL PURO EN LA POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS Y MÁS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1980-2009.	110
FIGURA 19. CONSUMO TOTAL DE ALCOHOL PURO PER CÁPITA EN LITROS (1980-2009) EN RELACIÓN CON LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ALCOHÓLICA (X 100.000 HABITANTES) (1990-2009) EN LA POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 15 AÑOS. REPÚBLICA ARGENTINA. PERÍODO 1980-2009.....	112

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CIE 10 – Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición

CIE 9 – Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición

DEIS – Dirección Estadísticas e Información de Salud

DSM – Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders

IED – Informe Estadístico de Defunciones

INDEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INV – Instituto Nacional de Vitivinicultura

NEA – Noreste Argentino

NOA – Noroeste Argentino

MEGyPS – Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud

MSN – Ministerio de Salud de la Nación

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

SEDRONAR – Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico

UBE – Unidad de Bebida Estándar

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	16
1.1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	16
1.1.1. Preguntas	16
1.1.2. Hipótesis.....	17
1.1.3. Palabras clave	17
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. Justificación Social.....	17
1.2.2. Justificación Académica.....	18
1.2.3. Justificación Personal	19
1.3. OBJETIVOS	20
1.3.1. Objetivo General.....	20
1.3.2. Objetivos Específicos.....	20
2. ESTADO DEL ARTE	21
2.1. EL ALCOHOL Y LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS	21
2.2. HISTORIA DEL ALCOHOL	22
2.3. CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL.....	26
2.4. MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CONSUMO DE ALCOHOL	30
2.4.1 Europa.....	31
2.4.2 América	31
2.5. PRECIOS DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....	33
2.6. CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS CONSECUENCIAS EN ARGENTINA.....	36
3. METODOLOGÍA	40
3.1. DISEÑO.....	40
3.2. FUENTES DE DATOS.....	40
3.3. ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL	43
3.4. VARIABLES.....	44
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CÓDIGOS	47
3.6. CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS CÓDIGOS INCLUIDOS.....	48
3.7. CAUSAS DE DEFUNCIÓN EXCLUIDAS.....	49
3.8. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN – CLASIFICACIÓN	49
1. <i>Enfermedades mentales ocasionadas por consumo de alcohol</i>	50
□ Trastornos Mentales y del comportamiento y Síndrome de dependencia..	50

□	Otros trastornos mentales debidos al uso del alcohol.....	50
2.	<i>Enfermedades hepáticas ocasionadas por el consumo de alcohol</i>	50
□	Hígado Adiposo Alcohólico	50
□	Hepatitis y Cirrosis Hepática Alcohólica/ Fibrosis Y Esclerosis Del Hígado, Alcohólica.....	50
□	Daño Hepático Alcohólico No Especificado/ Insuficiencia Hepática Alcohólica/ Enfermedad Hepática Alcohólica, No Especificada	50
3.	<i>Pancreatitis Aguda</i>	50
4.	<i>Otras enfermedades ocasionadas por el consumo de alcohol</i>	50
□	Gastritis Alcohólicas	50
□	Pancreatitis Crónica	50
□	Polineuropatías	50
□	Cardiomiopatías	50
3.9.	CÁLCULO Y MÉTODO DE AJUSTES DE TASAS.....	50
3.10.	CÁLCULO DE LA VARIACIÓN ANUAL ABSOLUTA DE LAS TASAS Y DE LA VARIACIÓN PORCENTUAL TOTAL	51
3.11.	CÁLCULO DEL CONSUMO PER CÁPITA DE ALCOHOL	51
3.12.	ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	52
3.13.	NOTAS DE CAMPO	53
4.	RESULTADOS	59
4.1.	RESULTADOS GENERALES SOBRE EL CONJUNTO DE LAS DEFUNCIONES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL	59
4.2.	TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL.....	65
4.2.1.	<i>Mortalidad según causas</i>	69
4.2.2.	<i>Mortalidad según grupo etario</i>	88
4.2.3.	<i>Mortalidad según regiones</i>	91
4.3.	CONSUMO PER CÁPITA DE ALCOHOL	106
4.4.	TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CONSUMO PER CÁPITA DE ALCOHOL	111
5.	DISCUSIÓN	113
6.	CONCLUSIONES	119
6.1.	VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	120

<i>Ventajas</i>	120
<i>Limitaciones</i>	120
6.2. CONSIDERACIONES FINALES.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
GLOSARIO	131
LISTADO DE ANEXOS	137

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

1. INTRODUCCIÓN

La ingesta de bebidas alcohólicas de manera excesiva y durante un tiempo prolongado y mantenido representa un factor que predispone a las personas a padecer numerosas lesiones y enfermedades crónicas (Menéndez, 1990; Rehm *et al.*, 2004; González Guzmán & Alcalá Ramírez, 2006; Benítez Hernández, 2005; Álvarez *et al.*, 2007; OPS, 2007; CDC, 2011; UK, 2010; OMS, 2011; Calvillo *et al.*, 2011; Cortés Amador, 2012). La complejidad de esta problemática ha motivado el interés y el estudio por parte de diversas disciplinas del campo de la biomedicina y las ciencias sociales (Rehm *et al.*, 2004; González Guzmán & Alcalá Ramírez, 2006; OPS, 2007; CDC, 2011; UK, 2010; OMS, 2011; Calvillo *et al.*, 2011; Cortés Amador, 2012). Asimismo, el alcohol como causa indirecta de muertes violentas (accidentes, suicidios, homicidios) representa un problema relevante de salud que afecta a la población en general y particularmente a los varones jóvenes (Menéndez, 1990; OPS, 2007; Monteiro, 2007; OMS, 2011). Dentro de ese marco, el presente trabajo se propone, mediante el análisis del consumo de alcohol, como causa directa de muerte, realizar un aporte para el abordaje de la problemática.

El trabajo se estructura en seis apartados: en el primero se expone el proyecto de investigación y la justificación del problema, en el segundo se desarrolla el estado del arte, el tercero corresponde a la metodología del trabajo y en el cuarto se exponen los resultados, en el quinto la discusión y por último las conclusiones y las consideraciones finales.

1.1. Proyecto de investigación

1.1.1. Preguntas

¿Cuál ha sido la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol en la República Argentina en el período 1990-2009?

¿Cuál es la relación entre el consumo per cápita de alcohol en la Argentina durante el período 1980-2009 y la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol durante el período 1990-2009?

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

1.1.2. Hipótesis

La tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol ha aumentado durante el periodo 1990-2009 así como el consumo per cápita de alcohol a partir del año 1980 en la República Argentina.

1.1.3. Palabras clave

Mortalidad/ Mortality

Alcoholismo/ Alcoholism

Bebida Alcohólica/ Alcoholic Beverage

Trastornos inducidos por alcohol/ Alcohol-Induced Disorders

1.2. Justificación del problema

1.2.1. Justificación Social

Se considera que el alcohol “constituye [...] un medio, en determinados contextos, aparentemente imprescindible, para la realización de rituales de interacción social, económica y/o cultural” (Menéndez, 1990, p. 50). En ese sentido, las dimensiones del problema del alcohol están dadas por el consumo per cápita y por los patrones de consumo (OMS, 2011). De esta manera, las muertes producidas por la ingesta de alcohol están atravesadas por diversos factores relacionados tanto con el sujeto como con su entorno (Menéndez & Di Pardo, 1996).

Durante el año 2002, el registro de consumo de alcohol mundial fue de 6,2 litros y en América fue de 8,7 litros per cápita. La Región de América se divide en tres (A, B y D) según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Región A está integrada por Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Cuba. La misma, registró un consumo promedio durante 2002 de 9,4 litros per cápita, siendo Estados Unidos de Norteamérica el país de mayor consumo con un registro de 9,6 litros. La Región B está integrada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela, dicha Región registró un consumo promedio per cápita de 8,4 litros durante ese mismo año y el país que más consumo reportó fue Argentina, con 10,5 litros per cápita, seguido por Uruguay (9,8 litros) y Venezuela (9,0

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

litros). La Región D está integrada por Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú, la misma informó en 2002 un consumo promedio de 7,4 litros per cápita, siendo Perú el país de mayor consumo (9,9 litros) (Rehm, 2004; Monteiro, 2007; OMS, 2011). Estos datos evidencian que durante el 2002, la Región de las Américas registró consumos de alcohol per cápita más elevados que el consumo promedio mundial y que Argentina representa el país que más consumo registró en comparación tanto con los países de la Región América B, así como al compararla con la Región de las Américas en general.

En cuanto a los patrones de consumo se estima que tanto a nivel mundial como en la Región de las Américas, la ingesta de alcohol responde a patrones nocivos de consumo tanto en adultos como en jóvenes y adolescentes (OPS, 2008; OMS, 2011). En nuestro país hasta la década del 80, el patrón característico se asemejaba al de las culturas permisivas, ligado a la mesa familiar y a los alimentos. A partir de los años noventa, se hizo frecuente entre los jóvenes el consumo callejero, ligado a la diversión, al exceso y al descontrol (Míguez, 2004; Alderete *et al.*, 2008; Calvillo *et al.*, 2011).

Con relación a la morbi-mortalidad por alcohol se estima que la carga mundial de morbilidad representa el 4,5% y las muertes registradas por dicha causa ascienden a 2,5 millones de defunciones al año (Monteiro, 2007; OPS, 2007; OMS, 2010; Calvillo *et al.*, 2011; OPS, 2011; OMS, 2011). El registro en América en 2002 fue de 323 mil muertes las cuales representaron el 5,4% del total de muertes ocurridas en la Región. Este número superó en un 68% la media mundial, que para ese mismo año registró una mortalidad por alcohol del 3,7% (Monteiro, 2007; OPS, 2007). Siguiendo la tendencia de las estadísticas mundiales y regionales, en nuestro país durante el año 2008 se registraron 3,6% de muertes atribuibles al alcohol del total de mortalidad. Dichas defunciones fueron más frecuentes en varones dentro del grupo etario de 15 a 34 años (Acosta *et al.*; 2012).

Lo expuesto hasta aquí otorga al problema del alcohol y sus consecuencias una relevancia social que justifica su abordaje desde la epidemiología.

1.2.2. Justificación Académica

La morbilidad y mortalidad como indicadores básicos para evaluar las condiciones de salud de una población así como el enfoque de riesgo y la vulnerabilidad son conceptos que fueron estudiados y discutidos en las materias y

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

seminarios de la maestría. Además durante el desarrollo de las materias se plantearon teorías que definen a la Epidemiología como disciplina que aborda el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado a partir de la aplicación de metodologías tanto cualitativas como cuantitativas. El estudio y análisis de los problemas epidemiológicos a partir de herramientas estadísticas fueron temas estudiados a lo largo de las unidades correspondientes a la materia Epidemiología y la pertinencia de generar datos empíricos desde la investigación epidemiológica que den cuenta de los problemas.

También entiendo que las acciones orientadas a dar respuesta a la problemática del alcohol si sólo son abordadas desde una perspectiva biomédica y disciplinas afines, resultan insuficientes y terminan representando un problema únicamente para la salud pública, cuestión que resulta una limitación para un abordaje más integral del problema. Es necesario, para lograr la jerarquización y visibilización de la problemática su abordaje institucional y académico incorporando a su estudio el enfoque de las ciencias sociales.

1.2.3. Justificación Personal

Soy egresada de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba con título de grado en Medicina General Básica y con una fuerte formación en atención primaria. Considero que esa experiencia sumada a mi compromiso social y político desde la adolescencia me llevó a pensar seriamente mi rol como trabajadora de la salud. Por este motivo, al regresar a la Argentina en el año 2006 y optar por un post grado mi elección fue la MEGyPS ya que representaba no solo un espacio de formación y debate en salud sino también un lugar donde poder repensar las prácticas de trabajo cotidiano incorporando la reflexión y el pensamiento crítico.

Durante el transcurso de la maestría se me orientó escoger un tema de investigación y mi experiencia en dicha elección respondió más a la urgencia de la dinámica académica que a un deseo profesional por vinculación directa con la problemática del alcohol. La distancia entre mi práctica laboral y el tema elegido sumado a mi inexperiencia en la investigación científica fueron algunos de los obstáculos que se presentaron durante el desarrollo de este trabajo y superarlos fue uno de los aspectos más destacados del proceso de aprendizaje.

Asimismo, me encuentro dentro de la población que consume bebidas alcohólicas no de manera nociva y soy parte del personal de salud que no entiende

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

cómo abordar la problemática del alcohol. Por lo tanto, a través de este trabajo intento dar respuestas a aquellas preguntas que me interpelaron a lo largo del proceso de investigación dejando planteadas algunas dudas con el deseo y la esperanza de que futuras investigaciones puedan responderlas.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol en el territorio de la República Argentina en el período 1990-2009 y del consumo per cápita de alcohol en el período 1980-2009.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Analizar la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol en la República Argentina en el período 1990-2009 según causa de muerte.
2. Analizar la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol en la República Argentina en el período 1990-2009 según sexo y edad (de 15 años y más).
3. Analizar la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol en la República Argentina en el período 1990-2009 según región de residencia y bienio.
4. Comparar la tasa de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol con el consumo per cápita de alcohol puro en la República Argentina entre el período 1980-2009.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1. *El alcohol y las bebidas alcohólicas*

Los alcoholes son compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen grupos hidroxilo (-OH), dentro de los cuales se encuentra el etanol o alcohol etílico, principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (OMS, 1994; Benítez Hernández, 2005).

El alcohol etílico es la sustancia psicoactiva más popular y aceptada por casi todas las culturas a lo largo de la historia (Juárez *et al.*, 2011), es depresora del sistema nervioso central, adictiva de baja potencia (Benítez Hernández, 2005) y desde el punto de vista nutricional realiza un aporte calórico vacío pudiendo generar malabsorción de vitaminas y otros elementos a nivel intestinal con la consecuente malnutrición. Por lo tanto, el alcohol no es considerado un alimento (Lema *et al.*, 2003; Benítez Hernández, 2005; Juárez *et al.*, 2011).

La obtención del alcohol se realiza mediante dos procesos conocidos como fermentación y destilación (Juárez *et al.*, 2011). El primero es un proceso natural que se produce cuando los jugos de frutas o cereales son expuestos a la intemperie. El azúcar de dichos jugos es fermentado por levaduras dando como producto final el etanol. Las bebidas obtenidas por este medio tienen una concentración de alcohol que no supera el 14% (OMS, 1994; Benítez Hernández, 2005). El segundo, es el proceso de ebullición de la mezcla fermentada de la cual se obtiene, por evaporación y condensación de la misma, bebidas que contienen entre 25 y 50 % de etanol (OMS, 1994; Benítez Hernández, 2005).

Las bebidas más consumidas que se obtienen por fermentación son el vino y la cerveza y entre las destiladas se encuentran el whisky, el ron, la caña, el aguardiente, los aperitivos, la ginebra, el vodka, el tequila, entre otras (**Anexo A**).

El contenido de alcohol de una bebida se calcula mediante la siguiente fórmula: $ml \text{ de bebida} \times graduación \times densidad (0.8)/100$ (Córdoba García, 2002; Benítez Hernández, 2005) y la dosis diaria recomendada es de hasta 40 gramos para varones y de hasta 20 gramos para mujeres (Anderson, 2008; OMS, 2011).

La OMS sugiere que cada país debería estandarizar sus bebidas, ya que la concentración de alcohol, el envase y la elaboración de las mismas puede variar de país a país (Anderson, 2008; OMS, 2011).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Se ha desarrollado una medida que posibilita la comparabilidad de ingesta de alcohol entre países, si bien deben considerarse las especificidades de las formas y tipos de consumo de bebidas alcohólicas característicos de cada país. La Unidad de Bebida Estándar se define como “el contenido medio en alcohol de una consumición habitual atendiendo a su graduación y volumen” (Llopis Llacer *et al.*, 2000, p. 12; Benítez Hernández, 2005, p. 25). En Europa, una bebida estándar contiene 10 gramos y en Canadá y Estados Unidos de Norteamérica entre 12 y 14 gramos (Córdoba García, 2002; Benítez Hernández, 2005; Anderson, 2008). En el **Cuadro 1** se exponen las medidas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar una Unidad de Bebida Estándar (UBE), la cual contiene aproximadamente 13 gramos de alcohol (Anderson, 2008; OMS, 2011).

Cuadro 1. Consumo de alcohol en volumen, unidades y gramos.

Tipo de bebida	Volumen en CC – Graduación %	gramos de Alcohol Puro
Cerveza (botella o lata individual)	300-330 CC – 5%	12,9 gr ~ 13gr
Vino (1 vaso)	140-150 CC – 12%	13 gr
Vino Fortificado (Jerez)	90 CC – 18%	12,7 gr ~ 13gr
Licor o Aperitivo	70 CC – 25%	13,7 gr
Bebidas Espirituosas (1 trago largo)	40 CC – 40%	12,6 gr ~ 13gr

Fuente: elaboración propia en base a Anderson, 2008; Benítez Hernández, 2005; Pomares *et al.*, 2012.

2.2. Historia del alcohol

Según postulan algunos autores, la palabra alcohol (*al-kuhul*) es un término árabe y significa “*el colirio* [Cursivas del original], lo más fino, el más delicado polvo, el cosmético de ojos” (Benítez Hernández, 2005; p. 21). El mismo fue introducido para hacer referencia al espíritu del vino (Benítez Hernández, 2005; Sechi Mestica, 2007; Díaz Suarez *et al.*, 2009).

El consumo de bebidas alcohólicas como conducta social data de la antigüedad. Egipcios, judíos, griegos y romanos cultivaban la vid y la cebada para la obtención de alcohol que luego utilizaban en sus celebraciones y festejos religiosos.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Las distintas culturas y civilizaciones adquirieron sus propios usos y costumbres (Carrasco 1864; Grimal, 1981; March, 2002; Esteban Santos, 2003; Benítez Hernández, 2005; Conti, 2006).

Resulta interesante lo planteado por Benítez Hernández (2005) sobre la evolución histórica del uso del alcohol. Según la autora, la “primera oleada de difusión de alcohol” se produce en el neolítico con el uso de tinajas para almacenamiento de la miel y la fermentación espontánea de la misma. La “segunda oleada de alcoholización” se produce en la Edad Media (siglo XIV) donde el cultivo de la vid estaba a cargo de los sacerdotes, quienes comienzan a utilizar el alambique, utilizado con anterioridad por los árabes, para la obtención de bebidas destiladas. A partir del siglo XV, tras la conquista, se introduce el cultivo de la vid en el Alto Perú y toda la región, la cual se destinó principalmente al consumo de vino para acompañar los alimentos y para profesar la misa (Lacoste, 2004). La “tercera oleada de difusión y consumo de alcohol” se produce a partir de los siglos XVIII y XIX, luego de la introducción de los productos destilados que propiciaron la comercialización del alcohol.

A partir del siglo XVIII se comienza a utilizar el alcohol como bebida embriagante. En el año 1785, Rush (Benítez Hernández, 2005) realiza en Estados Unidos de Norteamérica el primer estudio sobre abuso de alcohol en el cual se plantea:

[...] 4000 muertes por alcoholismo sobre 6000000 habitantes. De sus resultados se desprende que el vino y los licores producen dependencia muy intensa, cirrosis, ictericia, pancreatitis, gastritis crónica, delirio, impotencia, agresividad criminal, accidentes, disminución de reflejos, embrutecimiento, lesiones irreversibles del cerebro y taras genéticas, recomendando al Congreso que estableciese ‘fuertes gravámenes adecuados a una restricción eficaz en el uso imoderado de toda clase de licores’ [...] (Coid, 1998 apud Benítez Hernández, 2005, p. 33).

Con la Revolución Industrial la comercialización del alcohol para el consumo se incrementó sobre todo en los centros urbanos lugar a donde llegaban los obreros fabriles, en su mayoría pobres, en busca de empleo. Según algunos autores, en esta época se introduce el término alcoholismo como problema social (Rubio *et al.*, 2000 apud Benítez Hernández, 2005).

Durante el siglo XIX diferentes bioquímicos de la época estudiaron el proceso de la fermentación de los alimentos, pero en 1856, un industrial le solicitó a Pasteur que estudiara el modo de evitar la acidificación del alcohol obtenido de la fermentación

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

de la remolacha. De esta manera Pasteur demostró que la fermentación se producía por la acción de microorganismos y elaboró un método para controlar el proceso que consistía en el calentamiento de la sustancia a una temperatura moderada (55° C) durante unos minutos lo cual evitaba la descomposición del mismo sin modificar su sabor y conservándolo indefinidamente. Esta técnica conocida con el nombre de pasteurización, se utiliza en la industria alimentaria y permite conservar las bebidas alcohólicas y otros productos para su comercialización y consumo masivo (Fresán, 1989; Naranjo Ossa, 1995; Sánchez, 1995; Aguirre, 1996; Benítez Hernández, 2005).

La “cuarta oleada de alcoholización” se sitúa después de la Segunda Guerra Mundial con un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas y con un patrón de consumo que se va haciendo cada vez más independiente de los alimentos y se va relacionando con la diversión y el esparcimiento (Míguez, 2004; Benítez Hernández, 2005).

La transformación evolutiva atravesada por el consumo de alcohol a lo largo de la historia permite entender cómo dicho consumo primeramente era frecuente al interior de comunidades cerradas como es el caso de los sacerdotes pero, a partir de la industrialización y con la introducción de novedosas técnicas, el consumo de alcohol se extendió a toda la población y se volvió masivo. El mayor acceso al alcohol así como las formas de consumo trajeron aparejados nuevos problemas sociales y de salud, cuestión que despertó el interés, la preocupación y la consecuente búsqueda de respuestas por parte de los científicos e investigadores de todos los tiempos.

A partir del siglo XVIII comienza el interés por estudiar el abuso del alcohol. Durante el siglo XIX se realizan aportes desde la psiquiatría especialmente con los conceptos de embriaguez como enfermedad mental (Hufeland, Trotter y Rush), monomanía del alcohol (Esquirol), dipsomanía (Brhul-Cramer), oinomanía (Magnan) o la asociación del efecto del alcohol con enfermedades neurológicas como la epilepsia (Gaupp) (Valdés Stauber, 2003; Benítez Hernández, 2005).

En el año 1849, Magnus Huss (Martínez Ruiz & Rubio Velladolid, 2002; Valdés Stauber, 2003; Benítez Hernández, 2005) introdujo el término alcoholismo y lo definió como el “conjunto de manifestaciones patológicas del sistema nervioso, en los ámbitos psíquico, sensitivo y motor observadas en sujetos que consumían bebidas alcohólicas en forma continua y excesiva durante largo tiempo” (Guerra de Andrade *et al.*, 2011, p. 67). Este enfoque medicaliza el síndrome que hasta entonces era considerado

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

moralmente como un vicio (Martínez Ruiz & Rubio Velladolid, 2002; Benítez Hernández, 2005).

A partir de 1946 con Jellinek se reestructura la definición de alcoholismo (Guerra de Andrade *et al.*, 2011) quien lo plantea como “cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos” (Naveillan, 1981, p. 342; Bolét Astoviza & Socarrás Suárez, 2003, p. 25; Guerra de Andrade *et al.*, 2011, p. 68). También fue Jellinek quien en 1960 clasificó al alcohólico en cinco tipos (alfa, beta, gamma, delta y épsilon) y planteó la diferencia entre el alcoholismo crónico (que presentaba consecuencias físicas o sociales) y la adicción (el deseo irrefrenable de beber) y determinó el carácter progresivo de la enfermedad hacia el “deterioro intelectual, moral y social” (Benítez Hernández, 2005, p. 38) y estableció el concepto de alcoholismo primario y secundario (Benítez Hernández, 2005).

Las ideas de Jellinek fueron tomadas a partir del año 1952 tanto por la OMS como por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con la incorporación del concepto de adicción al alcohol planteándose la distinción entre patologías mentales previas y considerándose la dimensión psicobiológica del alcoholismo. A partir de 1960 se postulan numerosas definiciones sobre alcoholismo pero fue en el año 1979 que la OMS comenzó a utilizar el término Dependencia del alcohol (Benítez Hernández, 2005) cuestión que intentó eliminar el uso del término alcoholismo y con ello la connotación negativa del término (Benítez Hernández, 2005; Anderson, 2008).

En el año 1980, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM-III) establece un período de tiempo de al menos un mes para el diagnóstico de Dependencia al alcohol y, de no cumplirse dicho tiempo se estaría ante un abuso de la sustancia. Además, establece dicho diagnóstico independientemente de la presencia de tolerancia a la sustancia o de abstinencia (Benítez Hernández, 2005).

Así, el Síndrome de Dependencia al alcohol queda definido como el "conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del uso repetido de alcohol" (OMS, 2011, p. 21) e incluye un fuerte deseo de consumir, dificultad en el control y persistencia en el uso a pesar de las consecuencias dañinas, con prioridad para consumir alcohol antes que realizar otra actividad u obligación con aumento de la tolerancia y a veces, abstinencia física (OMS, 2011).

Como se puede observar, históricamente el concepto ha sido motivo de discusión y debate. En palabras de Menéndez & Di Pardo podría decirse que es un

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

“...término difícil de precisar dada la carga ideológico-cultural que contiene, lo cual se expresa en la formulación de una gran variedad de definiciones biomédicas, una parte de las cuales son irreconciliables en términos teóricos y prácticos ...”(1996, p. 61).

Con lo expuesto hasta aquí en relación al alcoholismo queda evidenciado lo complejo del concepto. Se puede decir que las dificultades encontradas por los investigadores a la hora de definir esta problemática y unificar criterios está relacionada con que el abordaje se realiza desde distintas y muy diferentes miradas y aún con la innumerable multiplicidad de postulaciones al respecto, el tema del alcohol continúa generando controversias entre quienes estudian y tratan este problema que es tanto psicofísico como social.

2.3. Consumo nocivo de alcohol

Se estima que anualmente, 2 de cada 5 personas de 15 años y más, consumen bebidas alcohólicas en el mundo, cifra que equivale a 2 millones de personas o al 40% de la población mundial (Guerra de Andrade *et al.*, 2011; OMS, 2011). Por otra parte, cada año mueren entre 2 y 2,5 millones de personas debido al consumo de alcohol en el mundo (Guerra de Andrade *et al.*, 2011; OMS, 2011). Si se relaciona el número de bebedores con las muertes mencionadas, se pueden estimar 1,2 muertes atribuibles al consumo de alcohol por cada 1000 consumidores al año, lo cual representa el 6% de la mortalidad masculina y el 1% de la femenina (Guerra de Andrade *et al.*, 2011).

El desarrollo económico de una población determina la manera en que esa población consume alcohol y por consiguiente cuáles serán sus consecuencias. De esta manera, cuanto mayor sea el desarrollo económico de una población, mayor será el consumo de alcohol, menor el número de abstemios y, las consecuencias de dicho consumo serán menores en comparación con economías menos desarrolladas en las que se observan cargas de morbilidad y mortalidad mayores relacionadas con el consumo de alcohol (OMS, 2011).

El *consumo per cápita* es la cantidad de litros de alcohol puro consumidos anualmente por la población adulta. Este dato se deriva de las estadísticas de producción, ventas e impuestos y se calcula en base al consumo de la población de 15 años y más ya que se estima que la mayor parte del alcohol comienza a consumirse a fines de la adolescencia y durante la adultez (OMS, 2000; 2011).

El consumo per cápita mundial en el año 2002 fue de 6,5 litros y mostró una ligera caída durante el 2005 con un registro promedio de 6,13 litros per cápita y una

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

estimación de consumo no registrado del 28,6% ó 1,76 litros. En América, el consumo per cápita mantiene la tendencia mundial registrando una ligera caída en los últimos años (8,9 litro para el 1998 y 8,7 litros en el 2002), pero a pesar de ello, la ingesta de alcohol en la Región continúa siendo más elevada si se la compara con la registrada para el resto del mundo (Lessa, 1996; Menéndez & Di Pardo, 2006; García Gutiérrez, 2004; Monteiro, 2007; OMS, 2011).

El consumo per cápita más elevado entre 2003 y 2005 se registró en países desarrollados del hemisferio norte como el Reino Unido (13,4 litros), Canadá (9,8 litros) y Estados Unidos de Norteamérica (9,4 litros) así como también en países como Argentina (10 litros), Australia (10 litros) y Nueva Zelanda (9,6 litros) (OMS, 2011). Los países que reportaron un consumo medio fueron países del sur de África como Angola (5,4 litros), de América del Norte como México (8,4) y de América del Sur como Brasil (9,2 litros). Los registros más bajos fueron registrados en los países pertenecientes a la fe islámica ubicados al norte de África como Egipto (0,37 litros), África subsahariana como Somalia (0,5 litros), Región del Mediterráneo Oriental como Arabia Saudita (0,25 litros), Asia Meridional como Irán (1,02 litros) y del Océano Índico como Indonesia (0,6 litros), caracterizados por ser abstemios (OMS, 2011).

Según el Informe Global que da cuenta de la situación del alcohol a nivel mundial (OMS, 2011) el consumo per cápita en los adultos no ha presentado una variación significativa y a partir del año 1990 se mantiene constante, en cambio el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes ha presentado un incremento notable (OMS, 2011). Estos datos permitirían estimar que el consumo per cápita se mantendría elevado a expensas del consumo en jóvenes (OMS, 2011).

El *patrón de consumo* es la frecuencia, cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida durante un período de tiempo (OPS, 2010) y está determinado por factores demográficos, socioeconómicos, culturales y de comportamiento (Ochoa *et al.*, 2006; Stimson, 2006; Monteiro, 2007; Argandoña *et al.*, 2009; OMS, 2011). El enfoque basado en los patrones de consumo de alcohol supone que la manera en que se consume está fuertemente asociada con las enfermedades que produce dicho consumo (OPS, 2005).

Para el estudio "Evaluación Comparativa de Riesgo" del año 2000 (OPS, 2007), se construyó y validó el "Puntaje de Patrones de Consumo" (*Patterns of drinking score*) (OMS, 2011; Rehm *et al.*, 2012) el cual representa una estimación fuertemente asociada con la carga atribuible al alcohol, permitiendo realizar comparaciones

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

globales (Rehm *et al.*, 2003; OPS, 2007; OMS, 2011; Rehm *et al.*, 2012). El puntaje considera características propias de los bebedores como por ejemplo: “cantidad habitual de alcohol consumido por ocasión; consumo festivo; cuándo los bebedores se emborrachan; qué beben diariamente o casi todos los días; beber con las comidas; beber en lugares públicos”¹ (OMS, 2011, p. 15; Rehm *et al.*, 2012). Se mide en una escala del 1 a 5, donde 1 representa patrones “menos peligrosos: con consumo habitual, con las comidas, y sin episodios de consumo excesivo”² (Rehm *et al.*, 2012, p. 29) y 5, patrones “más peligrosos: poco frecuentes pero con fuerte consumo fuera de las comidas”³ (Rehm *et al.*, 2012, p. 29). Según esta medida, los patrones de mayor riesgo prevalecen en Kazajistán, México, la Federación de Rusia, Sudáfrica y Ucrania. América del Sur y muchos países de África y Asia sur-oriental, presentan patrones de riesgo medio (OMS, 2011).

La abstinencia es un indicador que se opone al consumo per cápita y puede modificar los registros generales (OMS, 2011). Por ejemplo: México presenta una tasa de abstinencia elevada y en consecuencia un consumo per cápita bajo, sin embargo, su patrón de consumo es perjudicial (Anderson, 2008). En Perú, la tasa de abstinencia muy baja eleva los valores de consumo per cápita. Estas situaciones asociadas dan como resultado tasas elevadas de trastornos relacionados con el alcohol (Anderson, 2008). Por este motivo es importante, no desestimar la tasa de abstinencia al medir consumo per cápita.

La OMS describe los patrones de consumo según cantidad y frecuencia de consumo (**Cuadro 2**) y describe al *consumo de riesgo* como un patrón de consumo regular de 20 a 40 gramos diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 gramos diarios en varones (Anderson, 2008). Otro patrón es el *consumo perjudicial* que definido como un patrón de consumo regular promedio de más de 40 gramos de alcohol al día en mujeres y de más de 60 gramos al día en hombres (Anderson, 2008). El *consumo episódico* excesivo es un patrón de consumo de riesgo caracterizado por un consumo de “por lo menos 60 gramos o más de alcohol puro al menos en una ocasión en los últimos siete días” (OPS, 2007; Anderson, 2008, p. 2; OMS, 2011, p. 16; Guerra de Andrade *et al.*, 2011, p. 14).

¹ Traducción libre de la autora.

² Traducción libre de la autora.

³ Traducción libre de la autora.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Cuadro 2. Patrones de Consumo de Alcohol según gramos de alcohol consumidos

Patrón de Consumo	Consumo de alcohol diario (en gramos)	
	Varones	Mujeres
Consumo de Riesgo	40 a 60 gramos diarios	de 20 a 40gramos diarios
Consumo perjudicial	más de 60gramos al día	más de 40gramos al día
Consumo episódico excesivo	por lo menos 60 gramos o más de alcohol puro al menos en una ocasión en los últimos siete días	

Fuente: Elaboración en base a Anderson, 2008

Según estimaciones mundiales, el 11,5% de los bebedores presentan consumo episódico excesivo semanal con cifras elevadas de este tipo de consumo registradas en países como Brasil y Sudáfrica (OMS, 2011). En cambio, este patrón de consumo es bajo comparado con el consumo per cápita en países de Europa como Francia (OMS, 2011). Resulta interesante destacar que el consumo perjudicial, regular y diario se asocia con las enfermedades crónicas ya que estas requieren de una exposición prolongada y constante para su desarrollo. Al contrario, un consumo episódico excesivo se asocia con la intoxicación aguda y con la ocurrencia de accidentes (Guerra de Andrade *et al.*, 2011). El patrón de consumo en adultos se describe como perjudicial y en los jóvenes excesivo episódico (Monteiro, 2007; OMS, 2010; Calvillo *et al.*, 2011; OPS, 2011; OMS, 2011).

Entre los años 2002 y 2005, la OPS aplicó una encuesta a jóvenes en edad escolar de diferentes países de América la cual indagaba sobre el consumo de alcohol como factor de riesgo para algunas enfermedades. Los resultados postulan que el alcohol en la adolescencia puede generar entre otras cosas, fracaso educativo, problemas de adaptación social, riesgo de prácticas sexuales no protegidas así como ser causa de muerte por accidentes de tránsito, ahogamiento, incendio, suicidio y homicidio (Monteiro, 2007; OPS, 2007). En el informe se plantea que los jóvenes latinoamericanos comienzan a beber a edades en las que el consumo de alcohol está prohibido por la ley (Monteiro, 2007; OPS, 2007). Además indica que durante el año 2002, 69.000 personas entre 15 y 29 años murieron por el alcohol estimándose en 7 millones los años perdidos por discapacidad, siendo más afectados los más jóvenes (Monteiro, 2007; OPS; 2007).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Para todos los patrones de consumo, los varones presentan un nivel más alto de consumo que las mujeres y la prevalencia de consumo excesivo es de 2 a 4 veces más frecuente en los hombres (Monteiro, 2007; OMS, 2011; Juárez *et al.*, 2011; Acosta *et al.*, 2012). Resulta importante mencionar que además de la forma y cantidad de consumo, se debe tener en cuenta la calidad del alcohol ingerido ya que “puede tener un impacto sobre la salud y la mortalidad, por ejemplo, cuando las bebidas alcohólicas caseras o producidas ilegalmente están contaminadas con metanol o plomo” (OMS, 2011, p. 22).

2.4. Morbilidad y Mortalidad por consumo de alcohol

El alcohol como factor causal se asocia a más de 60 enfermedades y lesiones que van desde las que son resultado del consumo durante el embarazo afectando al feto a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neurológicas y psiquiátricas, incluyendo la dependencia (**Anexo B**) (Rehm *et al.*, 2004; González Guzmán & Alcalá Ramírez, 2006; Álvarez *et al.*, 2007; Monteiro, 2007; Anderson, 2008; CDC, 2011; OMS, 2011; Calvillo *et al.*, 2011; Cortés Amador, 2012).

Según Rehm *et al.* (2012), la mortalidad atribuible al alcohol y la carga de morbilidad están determinadas por cuatro factores que son: “el nivel y patrón de consumo; las relaciones de riesgo entre consumo y diversas causas de muerte; la distribución de las causas de muerte y la riqueza económica de un país”⁴ (Rehm *et al.*, 2012, p. 36), y sobre este último punto, el autor plantea que, mismas cantidades de alcohol consumidas con un mismo patrón de consumo, ocasionarán más daño en los países más pobres que en los de economías más ricas (Rehm *et al.*, 2012). Durante el año 2004, según Rehm (2009 apud OMS, 2011) las enfermedades atribuibles al alcohol representaron el 4,5% de la carga de morbilidad mundial. De ellas, el 7,4% ocurrieron en varones y el 1,4% en mujeres; y como causa de muerte produjo el 3,8% del total de las defunciones para ese mismo año, de las cuales el 6,3% fueron masculinas y 1,1% femeninas (OMS, 2011).

⁴ Traducción libre de la autora.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

2.4.1 Europa

Según el informe “El consumo de alcohol, la dependencia del alcohol y carga de enfermedad atribuible en Europa” (Rehm *et al.*, 2012), 119.735 personas murieron en el año 2004 por causas atribuibles al consumo de alcohol en este continente. Esta cifra representa el 11,9% de la mortalidad de la región, de los cuales el 13% (94.451) fueron hombres y el 7,7% (25.284) mujeres entre 15 y 64 años de edad (Rehm *et al.*, 2012). Dichos registros demuestran que Europa presenta una alta tasa de mortalidad atribuible al alcohol ya que hasta en la región menos afectada, 1 de cada 11 defunciones masculinas y 1 de cada 16 defunciones femeninas, se deben al alcohol (Rehm *et al.*, 2012). La carga más alta registrada corresponde a los países de la Europa Centro Oriental y del Este. Según el autor esto podría deberse a que estos países representan a las economías más pobres de toda la Región Europea (Rehm *et al.*, 2012). En los países bálticos de Estonia y Lituania, más del 25% de las muertes masculinas fueron atribuidas al alcohol. En tanto en Rumania, dichas muertes predominaron más en el sexo femenino (Rehm *et al.*, 2012). En las islas de Chipre, Islandia y Malta, la mortalidad atribuible al alcohol presentó cifras muy bajas para ambos sexos (Rehm *et al.*, 2012).

De las muertes ocurridas en hombres, la cirrosis hepática representó el 26%, seguida por las lesiones no intencionales (23%), el cáncer (16%) y las lesiones intencionales (15%). En las mujeres la cirrosis hepática ocupó el primer lugar con el 37%, luego el cáncer (31%) y en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares distintas a la cardiopatía isquémica (11%). Entre las dos primeras causas de muerte, suman casi el 70% de la mortalidad en el sexo femenino (Rehm *et al.*, 2012). Las muertes por trastornos mentales y neurológicos fueron en proporción más elevadas en los países nórdicos y se debieron, en su mayoría a dependencia del alcohol (Rehm *et al.*, 2012).

2.4.2 América

En el año 2000 el alcohol fue el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad de los países de ingresos bajos y medios de la región. En países desarrollados como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica el alcohol ocupó el segundo lugar como factor de riesgo (Monteiro, 2007).

El alcohol se encuentra quinto dentro de los 26 factores de riesgo que contempla la OMS para la carga de morbilidad mundial (Monteiro, 2007). En el año

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323 mil muertes, de las cuales 276 mil ocurrieron en hombres y 47 mil en mujeres (Monteiro, 2007), cifras que representan el 8,7% del total de las muertes masculinas y el 1,7% del total de muertes femeninas ocurridas en la región en ese mismo año, de las cuales más de 70 mil ocurrieron en la población de ambos sexos de entre 19 y 25 años (Monteiro, 2007). Además, el alcohol causó 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la región (OPS, 2007). Estas cifras superan ampliamente a la región Europea (Monteiro, 2007; Rehm *et al.*, 2012). En ese mismo año, el 60% del total de las muertes atribuibles al alcohol, se debieron a lesiones intencionales y no intencionales. Los más afectados fueron los varones (83,3%) de 15 a 44 años los cuales representan un 77,4% del total (Monteiro, 2007; OPS, 2007). Con respecto a la distribución por edad de las muertes atribuibles totalmente al alcohol, podemos mencionar el hallazgo de un estudio de reciente publicación en donde se estudiaron las muertes en donde el alcohol fue una causa necesaria en 16 países del Norte, Centro y Sur de América y en el cual las autoras describen que durante el trienio 2007-09 “*las personas de 40 a 59 años de edad representaron el 55 % de las muertes (50 a 59: 29 %; 40 - 49: 26%), seguido del grupo de 60-69 años de edad (18 %)*” (Pinheiro Gawryszewski & Monteiro, 2014, p.572).

Las enfermedades que presentaron la mayor cantidad de muertes atribuibles al alcohol según la OPS en el año 2002 fueron “*las lesiones no-intencionales (aproximadamente 93,000), lesiones intencionales (70,000) y cirrosis hepática (64,000)*” (Monteiro, 2007, p. 39). En estas tres categorías diagnósticas, los hombres presentaron mayoría de muertes con el 85.6%, mientras que las mujeres presentaron el 14.4% (Monteiro, 2007). Otras causas de muerte en los hombres atribuibles al alcohol en 2002 fueron: cáncer (10,7%); trastornos neuropsiquiátricos (8,8%); enfermedades cardiovasculares (11,1%) cirrosis hepática (18,3%). Para las mujeres: cáncer (40,1%); trastornos psiquiátricos (9,8%); cirrosis hepática (30,7%); lesiones no intencionales (27%) y lesiones intencionales (11,7%) (OPS, 2007; Monteiro, 2007).

Pinheiro Gawryszewski & Monteiro (2014) afirman en el estudio antes mencionado que durante el período 2007-09 en 16 países de América, se registraron un total de 79.456 muertes atribuidas al consumo de alcohol, de las cuales el 86 % ocurrieron en hombres y el 14% en mujeres. Si se comparan las tasas de mortalidad, las autoras plantean que:

According to the distribution in terciles of the overall age-adjusted mortality rates, countries with lower rates (<6.0/100

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

000) in the study period were Colombia (1.8), Argentina (4.0), Costa Rica (5.8), Venezuela (5.5) and Canada (5.7). The countries showing middle rates (6.0–11.9/100 000) were Cuba (6.2), United States (6.7), Peru (6.8), Paraguay (7.1/100 000) and Chile (11.6). Among countries with higher rates (12.0/100 000 and above) were Brazil (12.2), Mexico (17.8), Guatemala (22.3), Nicaragua (21.3) and El Salvador (27.4) (Pinheiro Gawryszewski & Monteiro, 2014, p.572).

Con respecto al consumo per cápita calculado a partir de los 15 años refieren que existen países de América que encabezan la lista de consumidores pero que sin embargo presentan patrones de consumo medidos como de bajo riesgo. Sin embargo, el alcohol es un contribuyente a la mortalidad prematura ya que el pico de mortalidad, en las edades más afectadas se produjo antes de la esperanza media de vida en todos los países (Pinheiro Gawryszewski & Monteiro, 2014).

Podemos observar diferencias si comparamos la región Europea con la región de las Américas pero, a pesar de ellas, observamos algunas similitudes en cuanto a las primeras causas de morbi-mortalidad atribuibles al alcohol. Así tenemos que, tanto las lesiones, como los trastornos neuropsiquiátricos, el cáncer y la cirrosis hepática, ocupan los primeros lugares en ambas regiones. Por otra parte, los hombres presentan una carga de morbi-mortalidad más elevada que las mujeres.

2.5. Precios de las bebidas alcohólicas.

Las políticas que apuntan al control del consumo de bebidas alcohólicas por una parte, evitan que el consumo per cápita aumente, además, promueven prácticas de ingestión moderadas y por último, minimizan las consecuencias negativas asociadas con el consumo de alcohol. Según López Claros (1987) en la mayoría de los países en donde la venta de alcohol es legal los gobiernos imponen algún tipo de gravamen que representa, tanto un ingreso importante para el Estado más que una herramienta para prevenir los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, más allá que la medida sea aplicada desde una perspectiva económica, incidirá de una u otra manera sobre la salud de la población, ya que los precios de un producto están vinculados con su demanda, por lo tanto su variación incidirá positiva o negativamente en la misma.

Se considera que el precio de las bebidas alcohólicas es influyente en la población que consume. La sensibilidad del consumo de un producto a la variación de

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

sus precios se conoce con el nombre de *price elasticity of demand* (Chaloupka *et al.*, 2002, p. 23) que representa la variación porcentual del consumo provocado por un aumento del 1 por ciento en el precio. En el caso del alcohol, un aumento del 10% en los precios, reduciría un 5% el consumo. Según los autores:

An extensive review of the economic literature on alcohol demand concluded that based on studies using aggregate data (i.e., data that report the amount of alcohol consumed by large groups of people), the price elasticities of demand for beer, wine, and distilled spirits are -0.3, -1.0, and -1.5, respectively (Leung & Phelps, 1993 apud Chaloupka et al., 2002, p.23).

Lo que es igual a decir que si se aumentara el precio de las bebidas alcohólicas en un 1%, se reduciría el consumo de cerveza en un 0,3 %; de vino en un 1,0% y de bebidas destiladas en un 1,5%. En ese sentido, Anderson & Baumberg (2006) y Alvarez *et al.* (2007) plantean que si la política impositiva en la Unión Europea fuese orientada a aumentar los precios del alcohol en un 10% se prevendrían nueve mil muertes en el año subsiguiente y se generaría una ganancia de 13 billones de euros aproximadamente, en concepto de impuestos.

Otra de las medidas de control aplicadas para reducir el consumo (sobre todo en los más jóvenes) es la restricción en la edad de comienzo del consumo que, sumada al aumento de los precios del alcohol, generan una dificultad a la hora de acceder a las bebidas (Chaloupka *et al.*, 2002; Anderson & Baumberg, 2006; Antoñanzas Villar *et al.*, 2008). La efectividad de esta última medida podría cuestionarse ya que es sabido que en ciertos contextos sociales el consumo adolescente es bien tolerado y se facilita su acceso por parte de los adultos. Otra de las medidas planteada para disminuir el consumo es la limitación de la disponibilidad del alcohol teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes culturas y contextos (Stimson, 2006).

Tanto Villalbí *et al.* (2002) como Chaloupka *et al.* (2002) plantean que la relación entre el consumo de alcohol y su precio es compleja ya que la mayor parte de los consumidores no son los que sufren dependencia y el incremento en los precios disminuye el consumo global, pero no a expensas de los grandes bebedores. Independientemente de las particularidades de cada caso, la reducción del consumo representa una potencial reducción de las consecuencias negativas como los son: el alcohol al volante, los accidentes y violencias así como enfermedades como la cirrosis hepática. Para todo caso, el aumento de los precios de las bebidas y otras medidas de

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

control del consumo, funcionarían como un mecanismo para reducir el daño a la salud de la población.

En nuestro país, la regulación de precios de bebidas alcohólicas se realiza a través de la aplicación de la Ley N° 24674 (de Impuestos Internos) (**Anexo C**) del año 1996, modificada por la Ley N° 25239 (de Reforma tributaria) del año 1999, establece en su artículo 1°:

Establécense en todo el territorio de la Nación los impuestos internos a los tabacos; bebidas alcohólicas; cervezas; bebidas analcohólicas, jarabes, extractos y concentrados; automotores y motores gasoleros; servicios de telefonía celular y satelital; champañas; objetos suntuarios y vehículos automóviles y motores, embarcaciones de recreo o deportes y aeronaves, que se aplicarán conforme a las disposiciones de la presente ley (República Argentina, 1996).

Por otra parte, a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 24.788 (De lucha contra el alcoholismo) (**Anexo D**) y a través de la Normativa Nacional en Políticas Sanitarias de Prevención y Lucha frente al consumo excesivo de alcohol (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2011) se elaboró el Programa Nacional de Prevención y Lucha de uso nocivo de alcohol, haciendo fuerte énfasis en la prevención del consumo dañino, la detección precoz y el tratamiento eficaz de los trastornos y problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por la importancia que adquiere dicha Ley para el problema en cuestión, se decidió analizarla en el apartado siguiente, teniendo en cuenta que su implementación incide directamente sobre el mejoramiento cualitativo de la salud de la población.

En síntesis, las políticas orientadas a reducir el consumo están relacionadas con los precios y la accesibilidad del alcohol. De esta manera, la OMS (2010) propone medidas específicas por parte de los gobiernos como la fijación de precios mínimos y el incentivo a empresas productoras de bebidas no alcohólicas, así como la quita de todo subsidio a las productoras de bebidas alcohólicas. Lo importante es identificar y visibilizar el problema del alcoholismo como un problema de salud pública y de esta manera encontrar la mejor estrategia de abordaje integral para lograr una real reducción de la morbilidad y mortalidad por dicha causa.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

2.6. Consumo de alcohol y sus consecuencias en Argentina.

Mientras que la producción local e importación de licores se destinan casi exclusivamente al consumo local, el consumo de vino viene descendiendo de manera constante desde hace aproximadamente treinta años. Esto indica que el crecimiento del desarrollo vitivinícola se debe mayormente al aumento en las exportaciones (Panorama Sectorial, 2010; OMS, 2011). En cambio, la cerveza ganó mercado tanto a nivel interno como externo (con una exportación que no supera el 2% del comercio interno) (Míguez, 2004; Panorama Sectorial, 2010; OMS, 2011) y sustituyó el consumo de vino más barato en la población joven y de menor ingreso económico (Panorama Sectorial, 2010; Calvillo *et al.*, 2011). Incluso algunos autores afirman que la bebida preferida entre los jóvenes es la cerveza, seguida por licores y en último lugar, el vino (Calvillo *et al.*, 2011; Pomares *et al.*, 2012). De todos modos, datos de la OMS del año 2005 estiman que el 59% de los bebedores consume vino, un 32% cerveza y el 9% restante consume otras bebidas (**Anexo E**).

Un estudio realizado en el período 2001-2005 midió el porcentaje de uso de alcohol en jóvenes observándose que el 59% de los adolescentes entre 14 y 17 años usó alcohol en ese período y de ellos, el 65,7% fueron varones y el 62,3% mujeres (Monteiro, 2007, p. 10).

El consumo per cápita registrado en la Argentina para el año 2002 fue de 10,5 litros (Monteiro, 2007, p. 4) pero en el período 2003-2005 mostró un ligero descenso a 10 litros (OMS, 2011) siguiendo la tendencia de la Región de América y el mundo. Si el consumo se estima sólo en base a los bebedores el número se incrementa a 12,12 litros, con un consumo masculino de 15,56 litros y femenino de 7,6 litros (OMS, 2011). En 2005, el 17,5% de los varones y el 0,3% de las mujeres de 15 años y más, presentaron un consumo excesivo episódico (OMS, 2011).

Se estima que la edad de comienzo de consumo de alcohol en los jóvenes estudiantes de Argentina es de 13 años con un patrón de consumo excesivo episódico durante los fines de semana según los datos recabados en la Tercera Encuesta Nacional a Jóvenes de Enseñanza Media 2007 (SEDRONAR) (Ahumada, 2008) y en la Encuesta Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 (Míguez, 2004; INDEC, 2008; Calvillo *et al.*, 2011; Pomares *et al.*, 2012).

En otro estudio realizado en varios países de Latinoamérica sobre alcohol y lesiones (Monteiro, 2007), se informa que en la Argentina, el 80% de los ingresados en

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

salas de emergencia por lesiones relacionadas con el consumo de alcohol fueron hombres menores de 30 años, y de los casos que se relacionaron con la violencia, el 46% estaban asociados al consumo de alcohol (Monteiro, 2007). También se demostró que las lesiones por violencia se incrementan con la cantidad de bebida consumida (Monteiro, 2007) y que existe relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica (Obot & Room, 2005 apud Monteiro, 2007, p. 19). Según Borges *et al.* (2006, apud Monteiro, 2007, p.16) se constató un 21,3% de uso de alcohol “en las seis horas previas a lesiones no fatales en todos los casos que ingresaron a salas de emergencias en Argentina” (Borges *et al.*, 2006, apud Monteiro, 2007 p. 16). En el mismo sentido, otro estudio informa que el consumo excesivo en jóvenes tiene un impacto directo en las salas de emergencias ya sea por lesiones por violencia y accidentes o por intoxicación aguda (Pomares *et al.*, 2012).

Según datos de la OMS publicados en el año 2011, durante el año 2004 en la Argentina, la prevalencia de los trastornos debidos al consumo de alcohol en la población de 15 años y más fue del 6,64% en varones y del 1,78% de las mujeres (OMS, 2011).

Por otra parte, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática en la población masculina de 15 años y más durante el quinquenio 2000-2005 presentó cifras entre 14,7 y 13,3 por 100.000, mientras que para las mujeres de la misma franja etaria la variación de la tasa fue de entre 3,4 a 2,8 por 100.000 (**Anexo E**).

Las medidas legales para disminuir el inicio de consumo de alcohol en edades tempranas no se cumplen por igual en todas las poblaciones pero, en las regiones donde se aplican, se ha observado una disminución del inicio del consumo de bebidas alcohólicas, logrando por consiguiente un impacto positivo en la salud poblacional (Monteiro, 2007; Alderete, 2008; OMS, 2011).

Como se hizo mención en el apartado precedente, en materia legal en la Argentina, existe la Ley Nacional Nro. 24.788 (de Lucha Contra el Alcoholismo) (**Anexo D**), sancionada el 5 de marzo de 1997 y sus Decretos Reglamentarios N° 149 del 3 de marzo de 2009 y N° 688 del 10 de junio de 2009, la cual prohíbe “en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas” así como la venta de bebidas alcohólicas en la vía pública y en eventos deportivos, educativos y/o artísticos. (Juárez *et al.*, 2011). En el cuerpo de la ley, queda explicitado que toda violación a la misma, será multada con sanciones monetarias, clausura de locales y/o penas de uno a cuatro años si hubiera lesiones y

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

de dos a cinco en caso de muerte, elevándose esta última a 15 años de prisión en los casos en que resultare lesionada o fallecida una persona menor de 18 años (Juárez *et al.*, 2011). En su artículo 8^{vo} señala la creación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol que debe estar integrado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (Juárez *et al.*, 2011). Dicho programa fue creado por Resolución 1170/2010 (Juárez, *et al.*, 2011) y actualmente funciona bajo la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Dentro de sus lineamientos, el programa plantea que el “Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEAA)” es una de las “problemáticas de mayor importancia en la situación de salud de los y las adolescentes, junto con el suicidio y embarazo no planificado y que los mismos se han definido como ejes prioritarios para el abordaje socio sanitario” (Pomares *et al.*, 2012, p. 9).

Al analizar las medidas tomadas por parte del Estado para ejercer el control del consumo dañino, observamos que en nuestro país se implementan acciones orientadas tanto a la restricción del acceso del alcohol, sobre todo por parte de la población joven, así como la aplicación de impuestos sobre los precios de las bebidas alcohólicas. En ese sentido, podríamos decir que las acciones cubrirían toda arista del problema ya que se propone un abordaje amplio y multidisciplinario. A pesar de ello, el alcohol continúa presentándose como un problema en nuestro país y es evidente que las medidas de sanción son las que más fuerza tienen a la hora de erradicar ciertas prácticas (como conducir y beber alcohol) (Freeman *et al.*, 1998) pero así y todo, no logran erradicarlas ni persuadir a los consumidores para que modifiquen sus prácticas. Más allá de esta situación, creemos que dichas acciones son necesarias y que la solución al problema debe ser encaminada hacia ese lado pero sin perder el enfoque cualitativo que permita entender las conductas sociales y el complejo alcohólico (Menéndez, 1990) que engloba esta problemática.

A manera de síntesis, a través de una extensa y exhaustiva revisión bibliográfica, que por supuesto no abarca la totalidad de las publicaciones científicas sobre el tema, pero sí aquellas consideradas como las más relevantes y con mayor rigor académico y científico, se ha expuesto la situación internacional, regional y local del problema en estudio.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

En líneas generales, la diversa bibliografía consultada coincide en que los problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol se relacionan estrechamente con los patrones de consumo de alcohol, que el problema es importante y que despierta el interés de la comunidad científica de todo el mundo. En ese sentido se podría decir que la relevancia que adquiere un problema epidemiológico para ser considerado un problema de salud pública tiene que ver con varios factores y no exclusivamente con el daño real que dicho problema genere en las poblaciones:

...no es la simple existencia de un problema de salud en el ámbito de la colectividad lo que lo convierte en objeto privilegiado de las medidas de salud pública. Tales medidas dependen de una determinada lectura de la realidad sanitaria efectuada por el Estado por medio de sus aparatos y funcionarios, teniendo en cuenta las repercusiones económicas del problema, las presiones políticas en el sentido de enfrentarlo y las percepciones manifiestas en la sociedad, ya sea sobre la existencia del problema o sobre su superación (Silva Paim, 1992, p. 151).

¿Cuál es la manera de transformar el problema del consumo de alcohol en un problema de salud a nivel colectivo? Si esto ocurre ¿alcanzan las medidas de salud pública para resolverlo? ¿Cuál es la lectura que realiza el Estado a la hora de crear y aplicar medidas sanitarias? ¿En qué medida contribuyen las investigaciones científicas con esas políticas públicas?

Estas y otras preguntas surgen de la lectura de artículos y publicaciones sobre el problema del alcohol. Muchas son las interrogantes y muchas las propuestas para resolver el problema. Los datos de mortalidad nos llevan a pensar que existe un abismo entre las postulaciones teóricas y los resultados. Existen publicaciones que abordan la temática en la Argentina (Hauger-Kleve, 1987; Acosta *et al.*, 2011; OMS, 2011) pero hasta el momento no ha sido publicado en nuestro país una serie histórica de mortalidad por consumo de alcohol. Entendiendo que es necesario profundizar en el debate de esta problemática, a través de este trabajo se propone un aporte que busque motivar el interés por parte de otros investigadores y organismos públicos y para continuar con el estudio de esta problemática tan compleja.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

3. METODOLOGÍA

3.1. *Diseño*

El presente trabajo es un estudio de tendencia, longitudinal, descriptivo, cuantitativo de la mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas ocurridas en la República Argentina durante el periodo 1990-2009 y donde además se analiza la tendencia del consumo per cápita registrado en el período 1980-2009 en nuestro país.

En el estudio la población utilizada estuvo constituida por defunciones ocurridas en personas de ambos sexos de 15 años y más, cuya causa básica de muerte hubiera sido una enfermedad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009.

La descripción de la mortalidad se realizó para cada uno de los años mencionados y para su conjunto en base a la distribución por sexo, edad y causa básica de muerte, utilizando tasas de mortalidad general y específicas ajustadas por edad. En el caso de las regiones, se analizó la mortalidad por bienios.

3.2. *Fuentes de datos*

Para el cálculo de las tasas de mortalidad se utilizaron datos suministrados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS-MS) los cuales provienen del Informe Estadístico de Defunción (IED) referentes a casos de óbitos cuya causa básica de defunción hubiera sido: uso nocivo y excesivo de alcohol, abuso y dependencia de alcohol, efecto tóxico y otras enfermedades agudas y crónicas inducidas por alcohol codificadas según Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción 9ª revisión (CIE-9) y Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud 10ª revisión (CIE-10) (OMS, OPS, 1978; OPS, 1995).

La serie temporal utilizada para el presente trabajo incluye dos codificaciones de causa básica de defunción diferentes: CIE-9 y CIE-10⁵. Por tal motivo se realizó la correspondencia de las mismas expuestas en el **Cuadro 3**.

⁵ A partir de la información del año 1997 las causas de muerte se codifican según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10). El Sistema Estadístico de Salud adoptó la CIE-10 para la codificación de la causa de muerte a partir del 1º de enero de 1997 y para la codificación de los diagnósticos de egreso de los establecimientos con internación que informan al SES, desde el 1º de enero de 1998 (DEIS, 2011)

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Cuadro 3. Correspondencia entre CIE 9 y CIE 10 - Clasificación de Defunciones

Causa básica de defunción Clasificación	CIE 9		CIE 10	
	Código	Descripción	Código	Descripción
Enfermedades mentales ocasionados por consumo de alcohol	303.0	Síndrome de dependencia de Alcohol	F10.0	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda
			G31.2	Degeneración del sistema Nervioso debida al alcohol
	305.0	Abuso de Alcohol sin dependencia	F10.1	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol. Uso nocivo.
			F10.2	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol. Síndrome de dependencia
	291.1	Psicosis alcohólica de Korsakov	F10.3	Trastornos mentales y comportamiento por uso de alcohol, estado abstinencia
	291.2	Otras demencias alcohólicas	F10.4	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol. Estado de abstinencia con delirio
	291.4	Embriaguez patológica	F10.5	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol. Trastorno psicótico
	291.8	Otras psicosis alcohólicas	F10.6	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de Alcohol. Síndrome amnésico
			F10.7	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de Alcohol. Trastorno psicótico residual crónico tardío
			F10.8	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de Alcohol. Otros trastornos mentales y del comportamiento
F10.9			Trastorno mental y del comportamiento por uso de alcohol. Trastorno mental y del comportamiento no específico	

(Continúa página 42)

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

(Continuación del Cuadro 3 de la página 41)

Causa básica de defunción Clasificación	CIE 9		CIE 10	
	Código	Descripción	Código	Descripción
Enfermedades del hígado ocasionadas por el consumo de alcohol	571.0	Hígado adiposo alcohólico	K70.0	Hígado alcohólico adiposo
	571.1	Hepatitis alcohólica aguda	K70.1	Hepatitis alcohólica
	571.2	Cirrosis hepática alcohólica	K70.2	Fibrosis y esclerosis del hígado, alcohólica
			K70.3	Cirrosis hepática alcohólica
	571.3	Daño hepático alcohólico no Especificado	K70.4	Insuficiencia hepática alcohólica
K70.9			Enfermedad hepática alcohólica, no especificada	
Otras enfermedades ocasionadas por el consumo de alcohol	535.3	Gastritis alcohólica	K29.2	Gastritis alcohólica
	577.1	Pancreatitis crónica	K86.0	Pancreatitis crónica inducida por Alcohol
	357.5	Polineuropatía alcohólica	G62.1	Polineuropatía alcohólica
	425.5	Cardiomiopatía Alcohólica	I42.6	Cardiomiopatía Alcohólica
Enfermedades Agudas ocasionadas por el consumo de alcohol	577.0	Pancreatitis aguda	K85	Pancreatitis aguda

Fuente: elaboración propia en base a CIE 9 y CIE 10

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Se utilizaron las poblaciones de varones y mujeres de 15 años y más de las 24 provincias y la población total de la República Argentina según las estimaciones intercensales para el período 1990-2009 informada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

El consumo de alcohol per cápita se analiza en poblaciones de 15 años y más ya que en general, el mismo comienza a consumirse a fines de la adolescencia y durante la edad adulta (OMS, 2011).

Para el análisis del consumo per cápita se utilizaron datos de producción y ventas de bebidas alcohólicas obtenidos del Estudio Panorama Sectorial Guía de Oportunidades de Negocios (2010) el cual analiza sectores económicos a partir de datos oficiales⁶ y la población de 15 años y más de la República Argentina para los años 1980-2009 informadas por el INDEC.

La serie histórica de 30 años permitió analizar el posible impacto del consumo de bebidas alcohólicas sobre posibles ocurrencias de enfermedad y muerte por dicha causa, teniendo en cuenta que para que estos eventos ocurran debe existir un tiempo de exposición de más de diez años (Beers, 1999; Kasper, 2005).

Los sectores económicos de bebidas analizados fueron los correspondientes a vinos, cervezas y otras bebidas (Amargos, Bitter y Fernet; Aperitivos, Vermouths y Vinos Quinados; Bebidas Espirituosas Secas; Cañas; Coñac; Gin; Ginebra; Grapa; Licores Dulces; Licores Secos; Ron; Pisco y Tequila; Vodka y Whisky) entre los años 1980-2009.

3.3. Enfermedades atribuibles al consumo de alcohol

El Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos de Norteamérica en su programa de fortalecimiento científico para la prevención del consumo de alcohol ha publicado una lista con las enfermedades y sus Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP). El concepto de FAP es utilizado epidemiológicamente para indicar causalidad y representa la proporción en que el efecto en la población expuesta (la muerte) puede ser atribuido al factor de riesgo (consumo de alcohol). La Fracción

⁶ Cámara Argentina de Destiladores Licoristas, Cámara de la Industria Cervecera Argentina, Instituto Nacional de Vitivinicultura (INV) del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (Informe Panorama Sectorial, 2010).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Atribuible Poblacional es un indicador de riesgo poblacional definido como la proporción de casos de un determinado evento, en este caso, las muertes que se podrían evitar en la población si se eliminara la exposición a determinado factor de riesgo: el consumo de alcohol.

En el presente trabajo no se calculará la FAP, sino que se utilizará el listado publicado por el CDC (**Anexo F**) (con exclusión de algunos códigos) como referencia para clasificar a las causas de enfermedades, agudas y crónicas, el cual ha sido utilizado en numerosas investigaciones (Sutocky *et al.*, 1993; Mirón Canelo *et al.*, 2000; Ochoa *et al.*, 2006; Jané *et al.*, 2003; Bello *et al.*, 2003; Álvarez *et al.*, 2008; Thavorncharoensap *et al.*, 2010; ONS UK, 2012; Acosta *et al.*, 2012). Además como referencia para utilizar esta clasificación tomamos lo publicado por el Boletín Estadístico Anual para el Reino Unido, el cual define a las muertes relacionadas con el alcohol a las más directamente debidas al consumo de alcohol, incluyendo todas las muertes por enfermedad hepática crónica y cirrosis (excepto cirrosis biliar) (ONS UK, 2012).

3.4. Variables

Se utilizaron las siguientes variables para el cálculo de las tasas de mortalidad y sus ajustes correspondientes: Año, Sexo, Edad, Región de Residencia y Causa básica de muerte. Todas ellas se describen en el **Cuadro 4**.

Las variables macroeconómicas ventas, importación y exportación de vino y cerveza y producción e importación de otras bebidas fueron utilizadas para el cálculo de consumo per cápita se describen en el **Cuadro 5**.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Cuadro 4. Variables

Variable	Definición Conceptual	Escala	Tipo de Variable	Valor	Unidad de Medida
Sexo	Concepto biológico basado en las características biológicas que posibilitan la reproducción sexual. En las personas, sexo se asigna a los caracteres sexuales secundarios, las gónadas, o cromosomas sexuales (Krieger, 2009).	Nominal	Cualitativa		Varón; Mujer; Ignorado
Edad	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad (1).	De Razón	Cuantitativa Continua	Quinquenios	15-20; 20-25; 25-30; 30-35; 35-40; 40-45; 45-50; 50-55; 55-60; 60-65; 65-70; 70-75; 75-80; 80 y más; Ignorado
Lugar de residencia	Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. para defunciones: en las de menores de un año, lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto); y lugar de residencia del fallecido al morir para el resto de las edades (Informe estadístico de defunción).	Nominal	Cualitativa	Regiones Geográficas (Spinelli et al.,2010)	Cuyo: Mendoza, San Luis, San Juan Noroeste Argentino: Catamarca, La Rioja, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán Noreste Argentino: Misiones, Chaco, Corrientes, Formosa Pampeana: Buenos Aires, CABA, Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe. Patagónica: Chubut, Santa Cruz, Río Negro, Neuquén, Tierra del Fuego
Causa de básica de muerte	Categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. Se incluye toda la gama de condiciones en un número manuable de categorías, agrupados para facilitar el informe de mortalidad. Es producida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, OPS; 1978; 1995).	Nominal	Cualitativa	Código Numérico y Alfanumérico	Ver Cuadro 3.

Fuente: elaboración propia

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Cuadro 5. Variables macroeconómicas

Variable	Definición Conceptual	Escala	Tipo de Variable	Valor	Unidad de Medida
Venta	Transacción por la cual una persona o empresa, denominada vendedor, cede a otra -el comprador- bienes o servicios a cambio de dinero (1). En el presente estudio esta variable se refiere a aquellas ventas realizadas al mercado interno en el período comprendido entre 1980 y 2009. Esta variable es considerada un aproximado al consumo de bebidas alcohólicas teniendo en cuenta que el mismo es aparente ya que para ninguno de los tres sectores (vino, cerveza, bebidas/licores) se contemplaron los stocks de productos.	Numérica	Cuantitativa continua	0 -	Litros
Producción	Cualquier actividad que sirve para crear, fabricar o elaborar bienes y servicios. El concepto económico de producción es suficientemente amplio como para incluir casi todas las actividades humanas (1). Hace referencia a las bebidas de producción nacional. En el presente estudio esta variable se refiere a la producción destinada al mercado interno en el período comprendido entre 1980 y 2009. Al igual que la variable ventas, esta variable es considerada un aproximado al consumo de bebidas alcohólicas teniendo en cuenta que el mismo es aparente ya que para ninguno de los tres sectores (vino, cerveza, bebidas/licores) se contemplaron los stocks de productos.	Numérica	Cuantitativa Continua	0 -	Litros
Importación	Dícese de los bienes y servicios introducidos a un país mediante el comercio internacional (1).	Numérica	Cuantitativa Continua	0 -	Litros
Exportación	Venta de bienes y servicios de un país al extranjero (1).	Numérica	Cuantitativa Continua	0 -	Litros

Fuente: elaboración propia

(1) <http://www.eumed.net/coursecon/dic/E.htm#exportaciones>

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

3.5. Criterios de exclusión de códigos

Los casos considerados para el presente trabajo fueron aquellas defunciones ocurridas en la población de ambos sexos de 15 años y más de la República Argentina durante el período 1990-2009 cuya causa básica de muerte hubiera sido una enfermedad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas. Por lo anteriormente planteado, quedaron excluidas de este estudio las causas básicas de muerte que se describen a continuación:

255.0 (Síndrome de Cushing) y E24.4 (Síndrome de Pseudo Cushing inducido por alcohol). El código 255.0 es inespecífico para la identificación de aquel producido por alcohol. Además incluye las siguientes condiciones: Hiperplasia suprarrenal debida a un exceso de ACTH; Síndrome de (producción de) ACTH ectópico; Síndrome iatrogénico de exceso de cortisol; Sobreproducción de cortisol; Síndrome de Cushing: NEOM, dependiente de la hipófisis, iatrogénico, idiopático. El código E24.4 - si bien está incluido dentro de las enfermedades atribuibles al consumo de alcohol – presentó una frecuencia nula a lo largo de toda la serie en el presente trabajo.

359.4 (miopatía tóxica) y G72.1 (miopatía alcohólica). El código 359.4 es inespecífico para la identificación de las miopatías producidas por consumo de alcohol. El código G72.1 -si bien es específico para enfermedades ocasionadas por consumo de bebidas alcohólicas- presentó una frecuencia nula a lo largo de toda la serie en el presente trabajo.

790.3 y R78.8 (Excesivo nivel de alcohol en la sangre aguda); 980.0 t T51 (Efecto tóxico del alcohol aguda); E860.0-E860.9 y X45 (Envenenamiento accidental por alcohol aguda); E980.9 e Y15 (Envenenamiento por alcohol de intención no determinada aguda; E950.9 y X65 (Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por alcohol aguda-Suicidio por y exposición al alcohol). Si bien los mencionados códigos representan causas agudas atribuibles ciento por ciento al consumo de alcohol según la metodología del CDC (2011) ya mencionada en párrafos precedentes, no se consideran para el presente trabajo como causa básica de muerte.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

3.6. Consideraciones sobre algunos códigos incluidos

Pancreatitis Crónica (577.1) y Pancreatitis Crónica Inducida por Alcohol (K86.0). El código 577.1 es inespecífico para determinar e identificar causas atribuibles al consumo de alcohol. El código K86.0, como se describe, es específico. En la serie temporal de este código se observó un descenso en los números de casos a partir del año 1997 (año de cambio de clasificación). Se consideró que dicho descenso respondió a la utilización de una clasificación más específica de la causa básica de defunción a partir de ese año y no a la disminución real de defunciones.

Degeneración del sistema nervioso debida al consumo de alcohol (G31.2) y degeneración cerebral en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos (331.7). El código 331.7 es suplementario al 303 (Síndrome de dependencia del alcohol) utilizado para realizar especificaciones y no como causa básica de muerte. Por lo tanto, como correspondencia al código G31.2 se utilizó el código 303 y no el 331.7.

Pancreatitis Aguda (577.0 - K85). Si bien estas causas básicas de muerte son inespecíficas para el consumo de alcohol, se incluyeron en el presente trabajo debido a que la Pancreatitis Aguda es considerada una causa directamente atribuible al consumo de alcohol (CDC, 2011) y el 35% de las pancreatitis graves están ocasionadas por el consumo de alcohol. Además, en una persona alcohólica, el desarrollo de una Pancreatitis Aguda puede deberse a la agudización de una Pancreatitis Crónica no diagnosticada. Por otra parte, se plantea que el desarrollo de la enfermedad pancreática aguda está asociado al consumo de alcohol en exceso (Ochoa, 2006; Alarcón et al., 2008; Ledesma-Heyer & Arias Amaral 2009; OMS 2011).

Un estudio realizado en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires (Pellegrini *et al.*, 2009), plantea que, si bien no se pudo determinar el patrón alcohólico en los casos mortales de pancreatitis aguda posiblemente debido al perfil social y económico de los pacientes atendidos en dicha institución, esta asociación no se puede descartar ya que la relación de dicha patología con el alcohol está estudiada y registrada en muchos países del mundo como por ejemplo Estados Unidos de Norteamérica, en donde el 30% de los casos se deben a causa alcohólica y en algunos países de Europa en donde el consumo de alcohol “ocasiona más episodios de Pancreatitis Aguda que la litiasis biliar” (Pellegrini *et al.*, 2009). A pesar de la escasa información en nuestro medio sobre la epidemiología de esta patología, “en un estudio retrospectivo realizado

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

en la Argentina se atribuyó un origen etílico al 14% de los episodios registrados” (Pellegrini *et al.*, 2009). Creemos que las razones mencionadas son causa suficiente para justificar la incorporación de dichos códigos a la presente investigación pero también entendemos las limitaciones que esta causa básica de muerte presenta al asociarla con el consumo de alcohol.

3.7. Causas de defunción excluidas

Se excluyen las causas indirectas de muerte por alcohol como son las muertes violentas (OPS, 2011) (suicidios, accidentes y homicidios) (Menéndez, 1990). Se excluyen además causas crónicas como epilepsia, várices esofágicas, hemorragia gastro-esofágica, hipertensión portal, aborto espontáneo. Las várices esofágicas, la hipertensión portal y la hemorragia gastro-esofágica son estados que indican una complicación de la cirrosis hepática.

3.8. Causa básica de defunción – Clasificación

A continuación se describe el agrupamiento en que se clasificaron las muertes atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas (CDC, 2011; ONS UK, 2012) para facilitar la comprensión y el análisis:

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

1. Enfermedades mentales ocasionadas por consumo de alcohol

Trastornos Mentales y del comportamiento y Síndrome de dependencia

Otros trastornos mentales debidos al uso del alcohol

2. Enfermedades hepáticas ocasionadas por el consumo de alcohol

Hígado Adiposo Alcohólico

Hepatitis y Cirrosis Hepática Alcohólica/ Fibrosis Y Esclerosis Del Hígado, Alcohólica

*Daño Hepático Alcohólico No Especificado/ Insuficiencia Hepática Alcohólica/
Enfermedad Hepática Alcohólica, No Especificada*

3. Pancreatitis Aguda

4. Otras enfermedades ocasionadas por el consumo de alcohol

Gastritis Alcohólicas

Pancreatitis Crónica

Polineuropatías

Cardiomiopatías

3.9. Cálculo y Método de Ajustes de Tasas

Se calcularon tasas de mortalidad según grupo edad (de 15 años y más), sexo, según regiones y causa de muerte. Como denominador se utilizó la población mayor de 15 años de la República Argentina según las estimaciones intercensales para el período 1990-2009 informadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (**Anexo G**). Las tasas de mortalidad fueron ajustadas por el método directo siendo la población estándar aquella informada para el año 2001 para ambos sexos de la República Argentina.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

3.10. Cálculo de la variación anual absoluta de las tasas y de la variación porcentual total.

A partir de la fórmula que se expone a continuación (Pliego M., 2004), se calculó la variación anual absoluta de las tasas de mortalidad que se exponen junto con los resultados en las **tablas 8; 10; 12; 14; 16 y 19**:

$$Y_t = Y_t - Y_{t-1}$$

Y_t = Variación anual absoluta de las tasas

Y_t = dato registrado en el momento t

Y_{t-1} = dato registrado en el momento inmediato anterior

Además se calculó la variación porcentual total entre el inicio y el fin del período en estudio siguiendo la siguiente fórmula y los valores se exponen en el apartado "Resultados":

$$\text{Variación porcentual} = \frac{\text{tasa}(2009) - \text{tasa}(1990)}{\text{tasa}(1990)} * 100$$

3.11. Cálculo del consumo per cápita de alcohol

Se realizó el cálculo de los volúmenes de alcohol puro en base a la producción y venta de bebidas. Luego se calculó el consumo aparente de alcohol per cápita teniendo en cuenta las graduaciones alcohólicas de las distintas bebidas (cerveza: 4.5°; vino: 12° y licores: 40°) (Dufour M, 1999; Graham & Stockwell, 2005; OMS, 2011), utilizando la siguiente fórmula (Chang De La Rosa *et al.*, 2005; OMS, 2011):

$$\text{consumo per cápita de bebida } X (\bar{X}) = \frac{\text{venta ó producción} + \text{importación} - \text{exportación}}{\text{población de 15 años y más}}$$

Los litros de bebidas alcohólicas fueron convertidos en litros de alcohol absoluto al multiplicarlos por su graduación alcohólica y dividirlos entre 100:

Vino x 12/100

Cerveza x 4.5/100

Licores x 40/100

De esta manera, el consumo aparente de alcohol per cápita se expresa en litros absolutos por persona por año (lts absolutos de alcohol/persona/año).

⁷ Vino, cerveza o licores

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

3.12. Análisis de los datos

Se realizaron análisis uni y bivariados utilizando las variables edad (grupos de edad), sexo, región geográfica (Spinelli *et al.*, 2010) de residencia y causa básica de defunción.

Se realizó el estudio de la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por causa atribuibles al consumo de alcohol ocurridas durante el período 1990-2009. Se calculó la variación anual absoluta de las tasas y la variación porcentual total entre el inicio y fin del período.

Se realizó el cálculo del consumo per cápita en litros absolutos de alcohol a partir de los datos de producción y ventas de bebidas alcohólicas durante el período 1980-2009.

Se compararon las tendencias de tasas ajustadas de mortalidad por causas atribuibles al consumo de alcohol ocurridas durante el período 1990-2009 con el consumo per cápita de alcohol durante el período 1980-2009.

Los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos. Los gráficos se confeccionaron con escalas variables seleccionadas para cada uno de ellos con el fin de mejorar su visualización.

Para realizar la carga y procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2003.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

3.13. *Notas de campo*

En el mes de febrero de 2009 comencé a trabajar el proyecto de investigación en conjunto con una licenciada en Ciencias Económicas, también cursante de la MEGyPS. La idea original era trabajar la temática del alcohol desde dos perspectivas, la mortalidad y los precios de bebidas alcohólicas.

Para desarrollar la metodología del trabajo necesitábamos, la base de mortalidad, la cual obtuvimos de la DEIS y los índices de precios al consumidor. Estos últimos, según mi compañera, no estaban disponibles en ningún lugar de acceso público, por lo tanto, no se podían conseguir.

Mientras trabajábamos en darle forma al trabajo, construyendo la hipótesis, desarrollando los objetivos, escribiendo los primeros párrafos que dieron comienzo a lo que hoy es esta investigación, seguíamos pensando de qué manera obtener los datos de precios, es decir, dónde ir a buscarlos, a quién pedirselos. Mi compañera luego de unos meses de trabajo, abandonó el proyecto asegurando que los datos no iban a aparecer, que era imposible conseguirlos.

En su momento, mi co-director de tesis me dio dos alternativas. Una era abandonar la idea de trabajar la cuestión económica y el índice de precio y seguir con la mortalidad. La otra era, emprender la búsqueda de los datos y continuar con la temática.

Mi pensamiento fue totalmente negativo. Pensaba, si la economista asegura que los datos no están, una médica mucho no va a encontrar. De todos modos, por alguna razón, quizá por presión, tal vez por orgullo, decidí hacerme cargo de la búsqueda de los datos.

Hoy reconozco que en ese momento no tomé dimensión de lo que significaba la búsqueda. Nunca había tenido la necesidad de buscar datos de esta índole. Por supuesto, partí con el prejuicio y la seguridad de que los datos no estaban disponibles y que muy posiblemente no se conseguirían.

La búsqueda en internet no arrojó un resultado concreto por lo tanto busqué el teléfono de la Cámara de la Industria Cervecera Argentina. Llamé por teléfono y luego del protocolo de presentación el señor del otro lado del teléfono me dijo: *mire, la industria*

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

no publica información sobre precios pero en la página puede encontrar información sobre ventas y producción. Insistí en preguntar si tenían algún departamento o dirección de estadísticas que publicara datos de producción, ventas, precios...la respuesta fue: *como le decía, en nuestra página web podrá encontrar todos los datos actualizados, si lo que necesita no está allí es porque no lo tenemos.* En la página encontré algunos datos que no eran suficientes sobre venta y producción de cerveza en Latinoamérica y Argentina y el ranking mundial de consumo. Por lo tanto, continué mi búsqueda.

Busqué un contacto con el INV (Instituto Nacional de Vitivinicultura). Envié un mail de consulta y me respondieron que en el Boletín Bursátil de la Provincia de Mendoza se publicaban mensualmente datos sobre producción y precio de vinos y mostos. Efectivamente allí encontré los datos disponibles y de libre acceso. El inconveniente era que la serie temporal publicada era muy corta, por lo que a través de un correo electrónico, solicité el resto de los datos. Me respondieron que los datos eran los que estaban publicados.

El tiempo seguía transcurriendo sin éxito en la búsqueda y esta situación me generaba descreimiento en el trabajo que estaba haciendo. A esa altura del partido, mi esperanza por encontrar los precios de bebidas era nula y esta sensación me llevaba a realizar la búsqueda con poca intensidad.

En un intercambio de mails con mi co-director le expreso mi creencia sobre la “no existencia de esos datos” y la decepción que sentía por tal situación. La respuesta del profesor fue simple pero sumamente cierta: *Fernanda. Tenés que salir a caminar los lugares y meterte en las instituciones y las bibliotecas de cada lugar a buscar lo que necesitas, ese es el ejercicio de la búsqueda del dato en una investigación.* Esta respuesta iba en concordancia con otro de sus consejos: *la búsqueda no se hace desde tu casa por internet, hay que moverse, salir a buscar el dato, el dato no te va a encontrar a vos.*

En ese momento sentí que no entendía mi planteo. Hoy pienso que tenía (y tiene razón) y que mi baja tolerancia a la frustración con relación a la búsqueda era producto de mi inexperiencia como investigadora.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Después de un tiempo y través de un contacto de mi co-director, me acerqué a la Biblioteca del Ministerio de Economía de la Nación. Allí hablé con una de las encargadas del Centro de Documentación e Información, quién me orientó en la búsqueda. En la biblioteca no encontré toda la información que necesitaba, por supuesto, pero hallé muchos datos y artículos interesantes que me allanaron el camino hacia los precios de las bebidas.

En simultáneo continuaba buscando información para darle fundamento a esta tesis. Realizando búsquedas bibliográficas me interesé en encontrar algún artículo que ilustrara la situación de la mortalidad por enfermedades relacionadas con el alcohol (sobre todo la cirrosis hepática) en la Argentina. En una de esas tantas búsquedas encontré un artículo en idioma inglés, titulado “Mortalidad por cirrosis hepática en Argentina: su relación con el consumo de alcohol”. El mismo estaba publicado en una revista virtual de Estados Unidos de Norteamérica sobre temas relacionados con las adicciones pero con acceso restringido es decir que para leerlo había que pagar. En la página de la revista se leía el resumen y se podían ver los nombres de las escritoras y una dirección postal en Buenos Aires.

Por orientación de mis directores, busqué el artículo en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Consulté a un conocido que trabaja allí quien luego de averiguar me escribió un mail diciéndome: *lamento decirte que la revista que buscas, no está disponible porque la UBA no la pagó.*

Seguí la búsqueda en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina donde me informaron que tampoco tenían disponible la revista pero que el artículo se podía comprar por encargo. Pero antes de pagarlo, quería agotar todas las posibilidades. Fue entonces que decidí ir a la dirección postal que figuraba en el resumen. Era en la calle Aráoz en el barrio de Palermo. Me acompañó mi amiga del alma, socióloga, con experiencia en búsquedas y al tanto de todo el camino transitado por mí hasta ese momento.

Llegamos a la dirección esa tarde de octubre, toqué timbre y mientras esto sucedía la emoción por el encuentro iba aumentando cada vez más. Tras tocar cinco veces aquel portero asumí que la persona que buscaba no se encontraba en ese momento, entonces toqué el timbre de la portería pero tampoco atendieron.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Indagué a cada una de las personas que entró y salió del edificio durante el tiempo que estuve ahí. No fueron muchas, pero casualmente, ninguna era del edificio, todas estaban de paso, obviamente pensé que ninguna persona me daría información así porque sí, de la nada.

Después de un rato y un poco desilusionada, escribí una nota para la autora del artículo contándole de mi búsqueda y de mi necesidad de contactarla. Pensaba dejarla en el buzón cuando de repente, llegó al edificio una chica a quien le pregunté si vivía allí, milagrosamente me dijo que sí, entonces le relaté brevemente a quien estaba buscando y por qué motivo. Ella me dijo: *yo vivo en ese departamento hace dos años, es de un familiar, pero el nombre de esta señora (la autora) no me suena, no la conozco*. Había avanzado cinco casilleros de golpe! No tenía el artículo, no había logrado encontrar a la autora pero al menos sabía que no debía buscarla en esa dirección.

Ese mismo día, contándole esta experiencia a una amiga, me dice que intente la búsqueda telefónica, tal vez esta persona tuviera una línea a su nombre y, como en las películas, a través de la guía la podría encontrar.

De esta manera fue que encontré a la autora del artículo que hace muchos años reside en la provincia de Córdoba y que fue muy amable al atender mi llamado telefónico el día 5 de octubre del año 2010. Muy emocionada, pude contarle sobre mi búsqueda, charlamos unos 45 minutos durante los cuales me relató su experiencia en la escritura del artículo en cuestión durante el año 1986. También me relató cuánto le había costado encontrar esos datos. También me confirmó que sólo había escrito ese artículo sobre el alcohol y la cirrosis ya que se había dedicado a otra rama de la investigación clínica. Le conté lo mucho que me había costado llegar a dar con su persona y me dijo que había sido muy perseverante. Le pregunté si ella conservaba una copia del artículo y me dijo que no.

Creo que ese hallazgo fue clave porque me hizo pensar sobre cuanto había avanzado con respecto a la búsqueda desde que había iniciado esta tesis.

Finalmente, fui a la Biblioteca de la Academia de Medicina y encargué el artículo dejando una seña de diez pesos. Dos días después recibí un correo electrónico que decía: *Se remite en el archivo adjunto el artículo solicitado y queda un saldo de \$ 6,00*

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

para futuros artículos. Atte. Biblioteca ANM. Con el artículo en mano me sentí con entusiasmo para continuar con la búsqueda de los datos sobre precios.

Dentro de los artículos que había encontrado en la Biblioteca del Ministerio de Economía había uno que pertenecía a una consultora que analiza diferentes sectores económicos, entre ellos el de bebidas.

En la página web figuraba la dirección y teniendo en cuenta las experiencias previas, fui personalmente hasta la oficina de la consultora previa llamada telefónica mediante la cual dejé mensaje en el contestador presentándome como alumna investigadora de la Maestría de la UNLa.

Llegué al edificio de la calle Esmeralda y toqué timbre pero no obtuve respuesta. En la puerta estaba el encargado de edificio y le pregunté si conocía los horarios de la empresa que estaba en una de las oficinas del 4to piso, me dijo: *no sé, pero el señor X no debe tardar en llegar.*

Esperé unos quince minutos, y luego de anotar mi nombre y mi teléfono en un papel le dije al encargado: *¿sería usted tan amable de decirle al señor de la empresa X que vino una investigadora de la Universidad de Lanús a hablar con él? Necesito hacerle una consulta, este es mi nombre y mi teléfono* (en el papel - teniendo en cuenta que el título universitario muchas veces abre puertas - coloqué mi sello de médica y anoté con lapicera mi celular). El encargado leyó el papel y me dijo: *Sí doctora, no se preocupe, yo le aviso.*

A los veinte minutos el director de la consultora me llamó por teléfono y de esa manera comenzó la etapa final de la búsqueda de datos de precios de bebidas alcohólicas.

El 2 de diciembre, tras algunas negociaciones con el director de la consultora en cuanto a precio del informe y modos de pago, adquirí en nombre de la Universidad los precios y otros datos para trabajar el plan metodológico. La alegría que sentí en ese momento se puede comparar con la que se siente cuando se aprueba un examen. En definitiva era una prueba superada.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Después de la calificación del proyecto de tesis, recibí la orientación del jurado, extender la serie histórica de precios. Entonces, volví a contactar con la consultora y en unos días obtuve los datos faltantes. En otra oportunidad, mientras trabajaba la metodología me surgieron algunas dudas con respecto a datos del informe y variables económicas. Por orientación de mi director, consulté por correo al director de la consultora quien respondió sin demora a mi consulta.

La intención de este relato es plasmar el proceso de realización de la tesis que es muy difícil de contar en el desarrollo de los capítulos o en la exposición de la defensa, además de transmitir todas las angustias, emociones y alegrías vividas que son parte del proceso de investigación y de aprendizaje.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

4. RESULTADOS

El comportamiento de las muertes atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina en el período 1990-2009 se describe para la población de 15 años y más, según sexo, causa básica de defunción y región de residencia. Los resultados se presentan mediante proporciones y tasas de mortalidad ajustadas por edad y tasas de mortalidad específicas. Se exponen en tablas y gráficos. Las tasas específicas por edad junto con el número de defunciones por grupo etario y año calendario se anexan al final de este trabajo (**Anexo H**).

4.1. Resultados Generales sobre el conjunto de las defunciones atribuibles al consumo de alcohol⁸

En la República Argentina durante el período 1990-2009 se produjeron 44.076 muertes atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la población de ambos sexos de 15 años y más, mientras que el total de muertes para el mismo período fue de 5.626.990. Por lo tanto podemos decir que las muertes atribuibles al alcohol representan el 0,8% del total de las muertes para dicho período. De ellas, el mayor porcentaje, 38,3% (n=16.869) corresponde a Enfermedades Mentales; en segundo lugar con un 35,2% se encuentran las Enfermedades del Hígado (n=15.501), en tercer lugar se encuentran las Pancreatitis Agudas con el 25,1% (n=11.071) y con 1,4% Otras Causas (n=635) en donde se agrupan las siguientes enfermedades: Cardiomiopatía Alcohólica, Pancreatitis Crónica, Polineuropatía Alcohólica y Gastritis Alcohólica (**Tabla 1**).

⁸ De los *totales generales* se excluyeron aquellas muertes en las cuales no se pudo determinar la provincia de residencia [Ambos Sexos=616 casos (1,4%); Hombres=565 casos (1,6%); Mujeres=51 casos (0,6%)]

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Tabla 1. Distribución porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol según causas. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Causa de Muerte	Nro. de casos	%
Enfermedades Mentales	16.869	38,3
Enfermedades Hepáticas	15.501	35,2
Pancreatitis Aguda	11.071	25,1
Otras Causas	635	1,4
Total general	44.076	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN

En cuanto a la distribución por regiones, la mayor cantidad de muertes se produjo en la Región Pampeana (56,2%; n=24.780); en segundo lugar se encuentra la Región del NOA (16,3%; n=7.170), en tercer lugar la Región del NEA (11,2%; n=4.942), en cuarto lugar se ubica la Región Patagónica (9,4%; n=4.148) y por último, la región de Cuyo (6,9%; n=3.036)(**Tabla 2**).

Tabla 2. Distribución porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol según Región. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Región	Nro. de casos	%
Cuyo	3.036	6,9
NEA	4.942	11,2
NOA	7.170	16,3
Patagónica	4.148	9,4
Pampeana	24.780	56,2
Total general	44.076	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

La distribución porcentual de muertes según sexo para el conjunto de los años en estudio fue superior en hombres- 35.258 muertes de un total de 44.076 lo cual representa el 80,0%. En el caso de las mujeres se registró un total de 8.556 fallecimientos, lo cual representa el 19,4%. La distribución de casos de sexo indeterminado representó el 0,6% (n=262) (**Tabla 3**). En la **Tabla 6** se puede observar que esta distribución porcentual se mantiene a lo largo de toda la serie histórica.

La razón de masculinidad fue 4,2. La diferencia en la distribución porcentual y frecuencia de casos entre ambos sexos observó un comportamiento similar para todas las causas estudiadas a excepción de la Pancreatitis Aguda. Para la mencionada causa la distribución porcentual fue la siguiente: 58,0% (n=6.420) en hombres y un 41,4% (n=4.583) en mujeres (**Tabla 4**), observándose una menor diferencia entre ambos sexos en cuanto a frecuencia de casos. Esta diferencia puede deberse a la inespecificidad de la Pancreatitis Aguda (577.0) como causa básica de muerte para el consumo de alcohol. Es decir, dentro del código se incluyen *todas* las causas y no únicamente las alcohólicas. Esta imposibilidad para determinar causas específicas representa un límite metodológico en nuestro trabajo de investigación. Por otro parte, la Pancreatitis Aguda es más frecuente en mujeres cuando está relacionada con patologías de la vía biliar y en hombres cuando la causa es alcohólica (Ledezma-Heyer & Arias Amaral, 2009).

Tabla 3. Distribución porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol en ambos sexos. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Sexo	Nro. de casos	%
Hombres	35.258	80,0
Mujeres	8.556	19,4
Casos Ignorados	262	0,6
Total	44.076	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Tabla 4. Distribución porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol según causas. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

	Hombres		Mujeres		Indeterminado		Total general	
	casos	%	casos	%	Casos	%	Casos	%
Enfermedades Mentales	15.005	89,0	1.721	10,2	143	0,8	16.869	100,0
Enfermedades Hepáticas	13.287	85,7	2.164	14,0	50	0,3	15.501	100,0
Pancreatitis Aguda	6.420	58,0	4.583	41,4	68	0,6	11.071	100,0
Otras Causas	546	86,0	88	13,9	1	0,2	635	100,0
Total general	35.258	80,0	8.556	19,4	262	0,6	44.076	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN

La mayor cantidad de muertes se produjo en las personas de 55 a 59 años (n=5.967) pero es de destacar que el 49,9% de los óbitos ocurrió en las personas de entre 45 y 64 años, porcentaje que representa un total de 22.004 fallecimientos. El 50% restante se distribuye entre un 33,8% (n=14.899) para las personas de 65 años y más y un 15,1% (n=6.670) para las personas de entre 15 y 44 años. Cabe aclarar que en este último grupo, el porcentaje mayor de muertes se registró en el grupo etario de 40 a 44 años (7,5%; n=3.320) (**Tabla 5**).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Tabla 5. Distribución porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol según grupos de edad y sexo. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

	Hombres		Mujeres		Indeterminados		Total	
	casos	%	casos	%	casos	%	Casos	%
15 a 19	34	0,1	36	0,4	0	0,0	70	0,2
20 a 24	77	0,2	73	0,9	4	1,5	154	0,3
25 a 29	265	0,8	103	1,2	1	0,4	369	0,8
30 a 34	780	2,2	164	1,9	8	3,1	952	2,2
35 a 39	1.482	4,2	305	3,6	18	6,9	1.805	4,1
40 a 44	2.780	7,9	523	6,1	17	6,5	3.320	7,5
45 a 49	4.105	11,6	667	7,8	20	7,6	4.792	10,9
50 a 54	4.810	13,6	805	9,4	25	9,5	5.640	12,8
55 a 59	5.021	14,2	920	10,8	26	9,9	5.967	13,5
60 a 64	4.698	13,3	884	10,3	23	8,8	5.605	12,7
65 a 69	3.986	11,3	913	10,7	25	9,5	4.924	11,2
70 a 74	3.136	8,9	909	10,6	21	8,0	4.066	9,2
75 a 79	2.082	5,9	884	10,3	16	6,1	2.982	6,8
80 y más	1.593	4,5	1.320	15,4	14	5,3	2.927	6,6
Indeterminados	409	1,2	50	0,6	44	16,8	503	1,1
Total	35.258	100,0	8.556	100,0	262	100,0	44.076	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Tabla 6. Distribución porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol en la población de 15 años y más de la República Argentina según sexo y año. Período 1990-2009.

Año \ Sexo	Hombres		Mujeres		Indeterminado		Total Año	
	Casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
1990	1.591	79,9	371	18,6	30	1,5	1.992	100,0
1991	1.870	80,0	447	19,1	20	0,9	2.337	100,0
1992	1.918	79,2	478	19,7	27	1,1	2.423	100,0
1993	1.750	78,2	462	20,6	27	1,2	2.239	100,0
1994	1.868	80,3	426	18,3	31	1,3	2.325	100,0
1995	1.922	79,8	444	18,4	42	1,7	2.408	100,0
1996	2.021	80,3	472	18,7	25	1,0	2.518	100,0
1997	2.065	79,9	481	18,6	37	1,4	2.583	100,0
1998	1.917	80,5	464	19,5	1	0,0	2.382	100,0
1999	1.827	81,0	429	19,0	0	0,0	2.256	100,0
2000	1.651	79,6	424	20,4	0	0,0	2.075	100,0
2001	1.646	79,2	431	20,7	1	0,0	2.078	100,0
2002	1.453	79,6	369	20,2	3	0,2	1.825	100,0
2003	1.609	79,2	419	20,6	3	0,1	2.031	100,0
2004	1.380	79,0	364	20,8	2	0,1	1.746	100,0
2005	1.628	81,3	372	18,6	2	0,1	2.002	100,0
2006	1.602	79,2	420	20,8	2	0,1	2.024	100,0
2007	1.912	80,6	456	19,2	4	0,2	2.372	100,0
2008	1.901	81,8	420	18,1	2	0,1	2.323	100,0
2009	1.727	80,8	407	19,0	3	0,1	2.137	100,0
Total Sexo	35.258	80,0	8.556	19,4	262	0,6	44.076	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

4.2. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol⁹.

Como resultado general se puede decir que las tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol ajustadas por edad (x 100.000 habitantes) según sexo, de la República Argentina durante el período 1990-2009 muestran una tendencia descendente a lo largo de toda la serie histórica con algunas tasas en ascenso que no modifican la tendencia global. El registro de dicha tasa fue en promedio de 8,4 por 100.000 habitantes para ambos sexos. En el caso de los hombres, la tasa promedio fue de 14,7 por 100.000 habitantes y de 3,0 por 100.000 habitantes para las mujeres. Tanto las tasas como las tendencias se exponen a continuación en la **Tabla 7** y en la **Figura 1**. Cabe destacar que en la tendencia de la tasa de mortalidad general y la tasa de mortalidad masculina, se aprecia un incremento de las mismas a partir del año 2004 que se mantiene por un período de 3 años y hacia el año 2008 se observa el descenso de las mismas el cual no se puede afirmar que sea constante ya que la serie en estudio concluye en ese año 2009.

La variación absoluta anual (**Tabla 8**) hasta el año 1997 muestra un predominio de valores positivos de magnitudes inferiores a 0.5 (con excepción del año 1993, donde desciende 1 punto). Sigue un período de valores negativos de mayor magnitud, lo que ubica a la tasa del año 2002 dos puntos por debajo del valor del año 1990. En los años siguientes se alternan valores positivos y negativos. La variación porcentual total del período fue de -19.5%.

⁹ Las tasas de mortalidad fueron calculadas tomando como total de casos la suma de las muertes ocurridas en ambos sexos. Se excluyeron las muertes en las cuales no pudo determinarse la edad y el sexo (total=262 casos).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad de Lanús. 2013.

Tabla 7. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol ajustadas por edad (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.

Año	Sexo		Ambos Sexos
	Hombres	Mujeres	
1990	15,0	3,1	8,6
1991	14,9	3,6	9,9
1992	17,3	3,8	10,1
1993	15,1	3,5	8,9
1994	16,5	3,2	9,4
1995	16,7	3,3	9,5
1996	17,3	3,5	9,9
1997	17,4	3,5	9,9
1998	16,2	3,3	9,2
1999	15,2	3,0	8,6
2000	13,6	2,9	7,8
2001	13,3	2,8	7,7
2002	11,7	2,4	6,6
2003	12,8	2,6	7,3
2004	10,8	2,3	6,1
2005	12,5	2,3	7,0
2006	12,1	2,6	6,9
2007	14,3	2,7	8,0
2008	13,9	2,5	7,7
2009	12,5	2,3	7,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

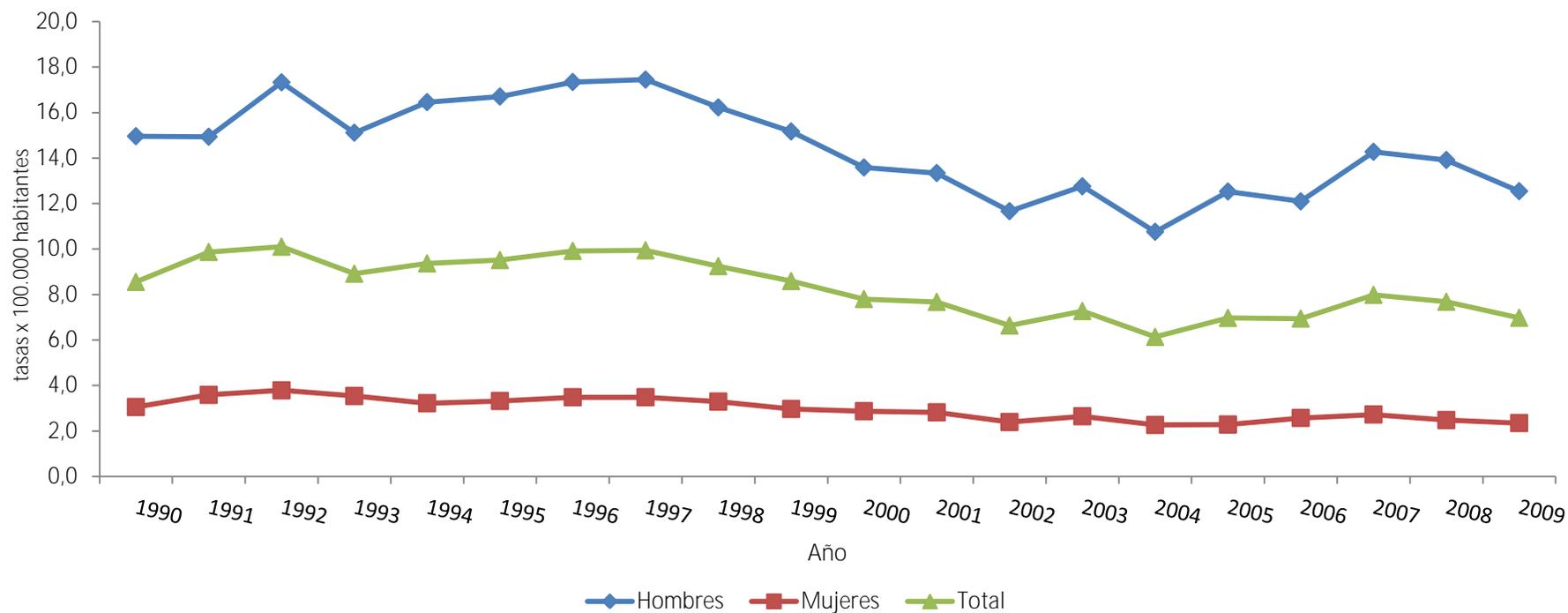
Tabla 8. Variación absoluta anual de las tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Año	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta Anual
1990	15,2		3,1		8,7	
1991	15,3	0,04	3,6	0,54	10,1	1,37
1992	17,6	2,36	3,8	0,19	10,3	0,19
1993	15,4	-2,20	3,6	-0,26	9,1	-1,18
1994	16,7	1,26	3,3	-0,29	9,5	0,43
1995	17,0	0,30	3,3	0,07	9,7	0,16
1996	17,6	0,60	3,5	0,19	10,1	0,39
1997	17,7	0,07	3,5	-0,01	10,1	0,01
1998	16,5	-1,13	3,3	-0,19	9,4	-0,65
1999	16,3	-0,28	3,0	-0,28	9,1	-0,27
2000	13,7	-2,52	2,9	-0,17	7,9	-1,26
2001	13,5	-0,22	2,8	-0,04	7,8	-0,12
2002	11,8	-1,71	2,4	-0,45	6,7	-1,06
2003	12,8	1,02	2,7	0,26	7,3	0,61
2004	10,8	-1,97	2,3	-0,39	6,2	-1,13
2005	12,7	1,82	2,3	0,02	7,0	0,86
2006	12,2	-0,46	2,6	0,29	7,0	-0,04
2007	14,4	2,20	2,7	0,15	8,0	1,05
2008	14,0	-0,40	2,5	-0,24	7,7	-0,32
2009	12,6	-1,39	2,4	-0,13	7,0	-0,71

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 1. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol ajustadas por edad (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

4.2.1. Mortalidad según causas

La tendencia de las tasas específicas de mortalidad por Enfermedades Mentales atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas durante el período 1990-2009 en la población de ambos sexos de 15 años y más durante el período 1990-2009 muestra una tendencia descendente hasta el año 2002. Hacia el año 2003 la tendencia se estabiliza pero en valores más bajos que al inicio de la serie. La tasa de mortalidad promedio es de 3,2 por 100.000 habitantes. En el caso de los hombres, el descenso más marcado en las tasas de mortalidad se produjo entre los años 1997 y 2002, año a partir del cual se observa un incremento de las mismas pero, al igual que la tasa general, menor que al inicio de la serie. En el caso de las mujeres también se observa un descenso de las tasas de mortalidad hasta el año 2002 y luego una estabilización de las mismas pero con los valores menores que al inicio de la serie. Las tasas ajustadas promedio son de 6,2 por 100.000 habitantes para los hombres y de 0,6 por 100.000 habitantes para las mujeres (**Tabla 9 y Figura 2**).

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas para las Enfermedades Mentales (**Tabla 10**) muestra un predominio de valores negativos. Los resultados positivos observados no superan el punto. La tasa del año 2009 se encuentra casi un punto por debajo de la del inicio de la serie en estudio. La variación porcentual total del período fue de -33.2%

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Tabla 9. Tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Mentales atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) según sexo y años. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.

Sexo Año	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
1990	6,4	0,7	3,5
1991	7,6	0,9	4,2
1992	8,2	1,0	4,4
1993	7,5	0,9	4,0
1994	8,8	0,8	4,5
1995	8,4	1,0	4,4
1996	8,2	1,0	4,4
1997	8,3	0,8	4,2
1998	6,7	0,6	3,5
1999	6,6	0,7	3,4
2000	5,5	0,5	2,8
2001	4,9	0,5	2,5
2002	4,1	0,4	2,1
2003	5,2	0,4	2,6
2004	4,1	0,4	2,1
2005	4,5	0,4	2,3
2006	4,3	0,4	2,2
2007	5,4	0,5	2,7
2008	4,8	0,4	2,4
2009	4,8	0,3	2,3

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

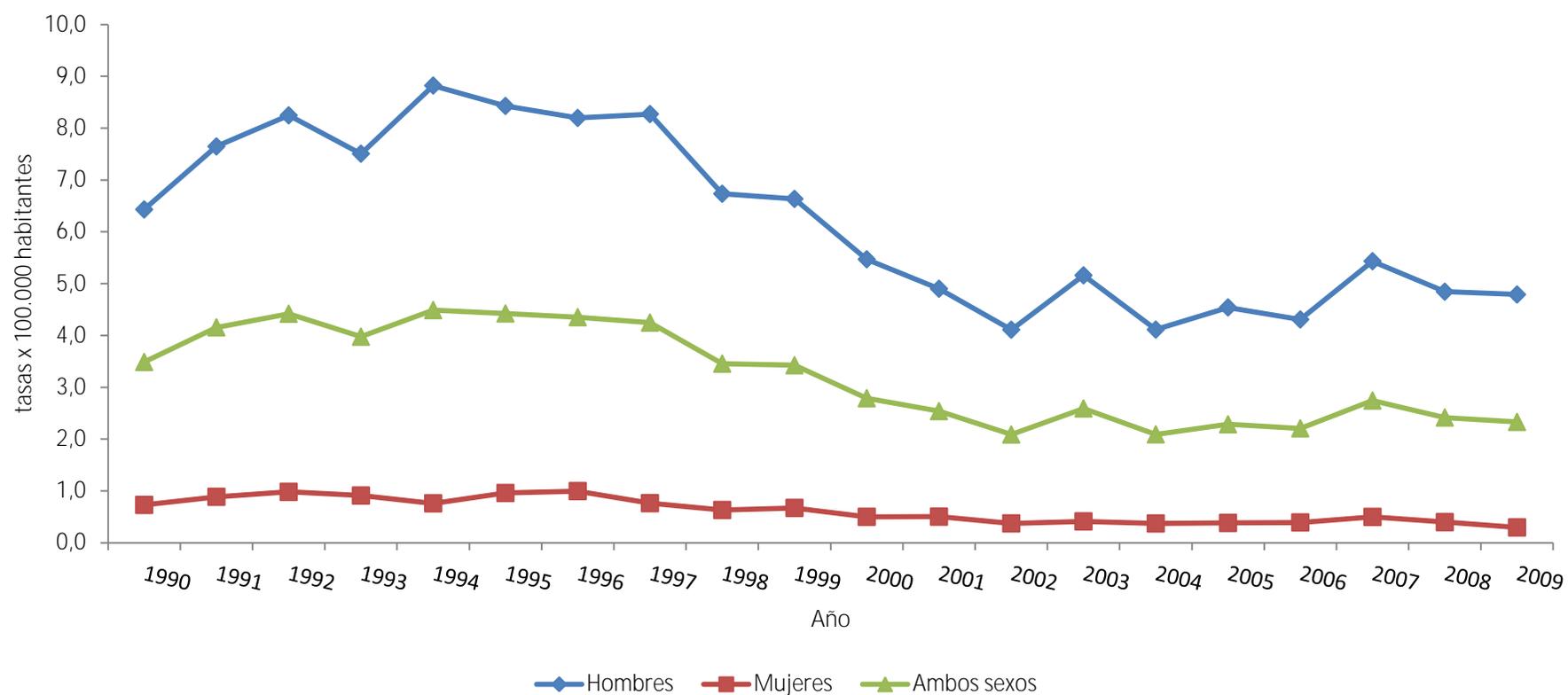
Tabla 10. Variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Mentales atribuibles al consumo de alcohol. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Año	Enfermedades Mentales					
	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual
1990	6,4		0,7		3,5	
1991	7,6	1,22	0,9	0,16	4,2	0,67
1992	8,2	0,60	1,0	0,10	4,4	0,26
1993	7,5	-0,74	0,9	-0,07	4,0	-0,44
1994	8,8	1,32	0,8	-0,15	4,5	0,51
1995	8,4	-0,39	1,0	0,20	4,4	-0,06
1996	8,2	-0,23	1,0	0,04	4,4	-0,07
1997	8,3	0,07	0,8	-0,23	4,2	-0,10
1998	6,7	-1,54	0,6	-0,13	3,5	-0,79
1999	6,6	-0,10	0,7	0,04	3,4	-0,03
2000	5,5	-1,17	0,5	-0,17	2,8	-0,64
2001	4,9	-0,57	0,5	0,00	2,5	-0,25
2002	4,1	-0,79	0,4	-0,13	2,1	-0,45
2003	5,2	1,05	0,4	0,04	2,6	0,50
2004	4,1	-1,05	0,4	-0,04	2,1	-0,50
2005	4,5	0,43	0,4	0,01	2,3	0,19
2006	4,3	-0,23	0,4	0,01	2,2	-0,08
2007	5,4	1,12	0,5	0,11	2,7	0,54
2008	4,8	-0,59	0,4	-0,10	2,4	-0,33
2009	4,8	-0,05	0,3	-0,10	2,3	-0,08

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 2. Tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Mentales atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La tendencia de las tasas específicas de mortalidad por Enfermedades Hepáticas atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas durante el período 1990-2009 en la población de ambos sexos de 15 años y más, muestra un comportamiento descendente a lo largo de la serie en estudio, con una tasa ajustada promedio de 3,0 por 100.000 habitantes. En el caso de los hombres la tasa de mortalidad específica promedio fue de 5,4 por 100.000 habitantes y en las mujeres fue de 0,8 por 100.000 habitantes. Para ambos sexos, la tendencia se observa descendente (**Tabla 11 y Figura 3**).

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Hepáticas (**Tabla 12**) muestra un comportamiento variado alternando valores positivos que alcanzan los 0.4 puntos en algunos años de la serie (1996; 2005 y 2007) y valores negativos que llegan a los -0.6 puntos (1993; 1999 y 2009), y que sitúan a la tasa del año 2009 medio punto por debajo del valor de la del año 1990, aunque los años 2007 y 2008 presentan valores similares al inicio del período. Los años restantes alternan valores positivos y negativos. La variación porcentual total del período fue de -17.4%.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Tabla 11. Tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Hepáticas atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.

Año \ Sexo	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
1990	5,6	0,9	3,2
1991	6,3	1,1	3,6
1992	6,1	1,1	3,5
1993	5,0	0,9	2,8
1994	5,0	0,8	2,8
1995	5,5	0,9	3,0
1996	6,4	0,8	3,4
1997	5,9	0,9	3,2
1998	6,2	0,8	3,5
1999	5,4	0,7	2,9
2000	4,9	0,6	2,6
2001	5,1	0,7	2,7
2002	5,1	0,6	2,7
2003	4,9	0,6	2,6
2004	4,3	0,6	2,3
2005	5,3	0,5	2,7
2006	5,1	0,8	2,8
2007	6,0	0,8	3,2
2008	5,8	0,8	3,2
2009	4,9	0,7	2,6

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

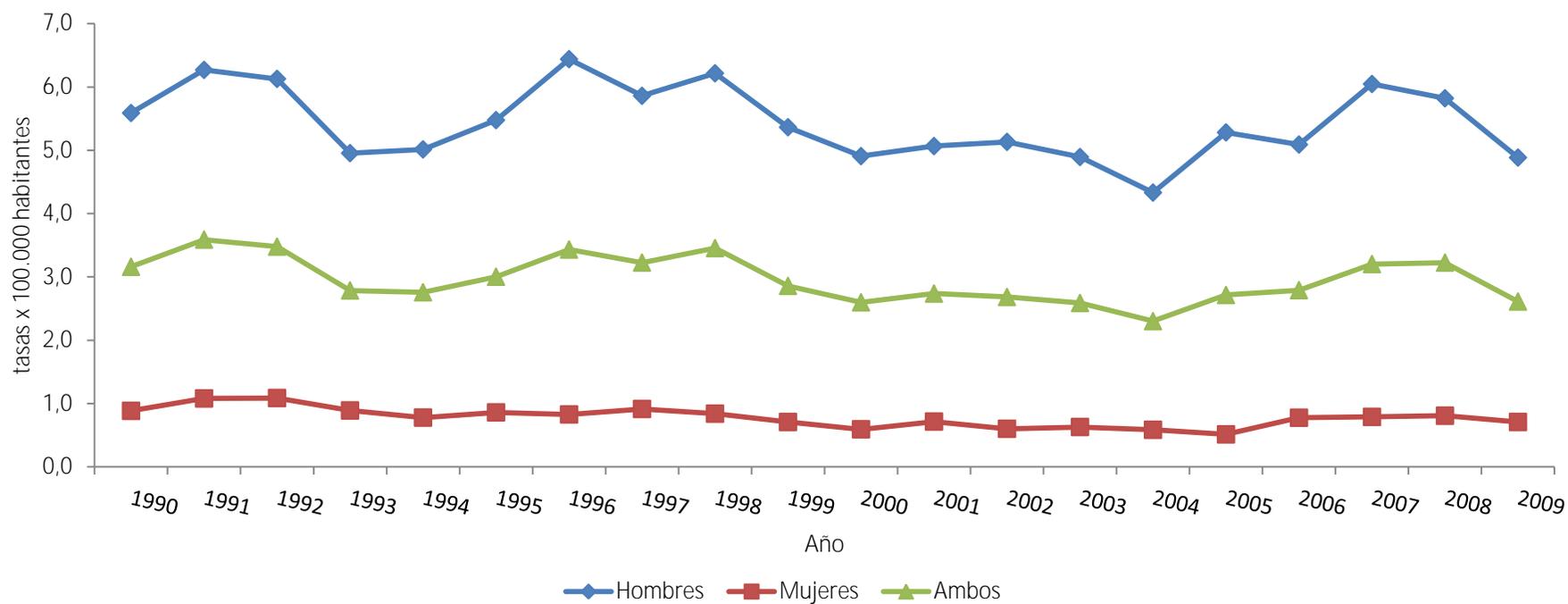
Tabla 12. Variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Hepáticas atribuibles al consumo de alcohol. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Año	Enfermedades Hepáticas					
	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual
1990	5,6		0,9		3,2	
1991	6,3	0,68	1,1	0,20	3,6	0,43
1992	6,1	-0,14	1,1	0,01	3,5	-0,11
1993	5,0	-1,17	0,9	-0,20	2,8	-0,69
1994	5,0	0,06	0,8	-0,11	2,8	-0,03
1995	5,5	0,46	0,9	0,08	3,0	0,25
1996	6,4	0,96	0,8	-0,03	3,4	0,43
1997	5,9	-0,58	0,9	0,09	3,2	-0,21
1998	6,2	0,36	0,8	-0,07	3,5	0,23
1999	5,4	-0,85	0,7	-0,13	2,9	-0,60
2000	4,9	-0,46	0,6	-0,12	2,6	-0,26
2001	5,1	0,16	0,7	0,12	2,7	0,14
2002	5,1	0,07	0,6	-0,11	2,7	-0,05
2003	4,9	-0,24	0,6	0,03	2,6	-0,09
2004	4,3	-0,56	0,6	-0,04	2,3	-0,29
2005	5,3	0,95	0,5	-0,07	2,7	0,41
2006	5,1	-0,19	0,8	0,26	2,8	0,08
2007	6,0	0,96	0,8	0,01	3,2	0,41
2008	5,8	-0,23	0,8	0,02	3,2	0,02
2009	4,9	-0,94	0,7	-0,10	2,6	-0,61

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 3. Tasas de mortalidad específicas por Enfermedades Hepáticas atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Se analizaron por separado las tasas correspondientes a Pancreatitis Aguda y Otras Causas. Así se observa que las tasas específicas de mortalidad por Pancreatitis Agudas presentaron una tendencia más estable que el resto de las causas con tasas específicas de mortalidad promedio para la población de ambos sexos de 2,1 por 100.000 habitantes. En el caso de los varones la tasa muestra una tendencia creciente hasta el año 2001, luego se observa un descenso en el año 2002 para retomar la tendencia ascendente a pesar de no alcanzar los valores del inicio de la serie. La tasa promedio fue de 2,8 por 100.000 para los hombres y 1,5 por 100.000 para las mujeres (**Tabla 13 y Figura 4**).

La variación absoluta anual (**Tabla 14**) hasta el año 2001 muestra un predominio de valores cercanos al cero, entre -0.1 y 0.1 (años 1993 y 2000, respectivamente). A continuación sigue un período en donde se observan valores positivos y negativos que oscilan entre el -0.6 al 0.2. A partir del año 2006 los valores vuelven a encontrarse cercanos a cero pero con predominio de valores positivos. La variación porcentual total del período fue de 5.9%.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Tabla 13. Tasas de mortalidad específicas por Pancreatitis Aguda (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.

Sexo Año	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
1990	2,5	1,5	1,9
1991	2,9	1,7	2,2
1992	2,8	1,6	2,2
1993	2,6	1,7	2,1
1994	2,6	1,7	2,1
1995	2,9	1,5	2,1
1996	2,7	1,6	2,1
1997	3,2	1,8	2,2
1998	3,1	1,6	2,3
1999	3,1	1,6	2,3
2000	3,2	1,8	2,4
2001	3,3	1,6	2,4
2002	2,3	1,4	1,8
2003	2,6	1,6	2,0
2004	2,3	1,3	1,7
2005	2,6	1,4	1,9
2006	2,7	1,4	1,9
2007	2,7	1,4	2,0
2008	3,0	1,3	2,0
2009	2,9	1,3	2,0

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

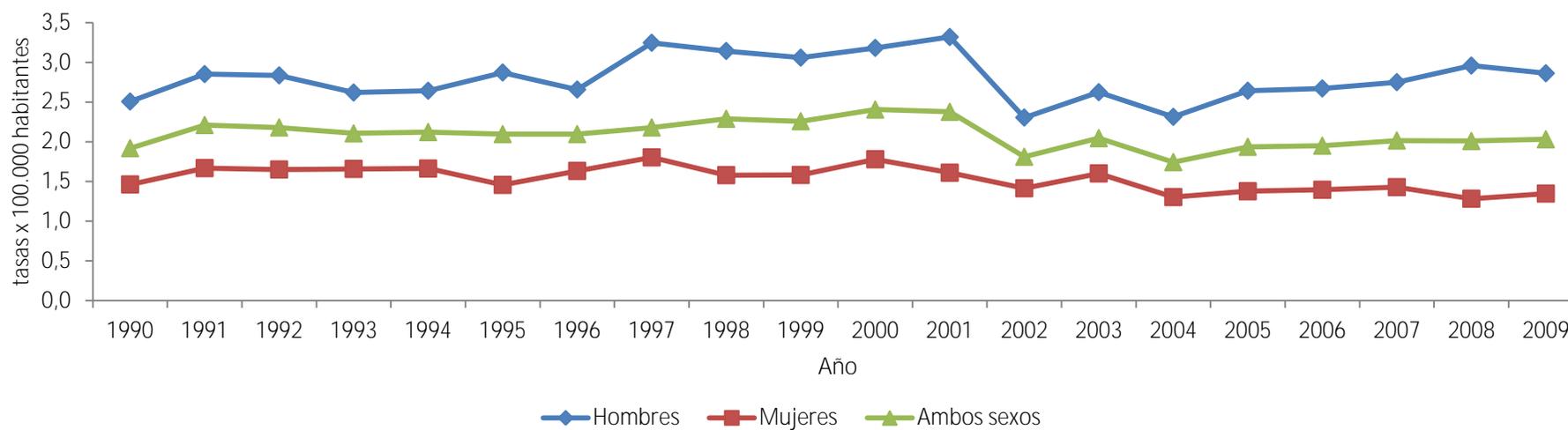
Tabla 14. Variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Pancreatitis Aguda atribuibles al consumo de alcohol. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Pancreatitis Aguda						
Hombres		Mujeres		Ambos sexos		
Año	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual
1990	2,5		1,5		1,9	
1991	2,9	0,35	1,7	0,21	2,2	0,29
1992	2,8	-0,02	1,6	-0,02	2,2	-0,03
1993	2,6	-0,22	1,7	0,01	2,1	-0,07
1994	2,6	0,02	1,7	0,00	2,1	0,02
1995	2,9	0,23	1,5	-0,21	2,1	-0,03
1996	2,7	-0,21	1,6	0,18	2,1	0,00
1997	3,2	0,59	1,8	0,17	2,2	0,08
1998	3,1	-0,10	1,6	-0,22	2,3	0,11
1999	3,1	-0,08	1,6	0,00	2,3	-0,03
2000	3,2	0,12	1,8	0,20	2,4	0,15
2001	3,3	0,14	1,6	-0,17	2,4	-0,03
2002	2,3	-1,01	1,4	-0,20	1,8	-0,57
2003	2,6	0,32	1,6	0,17	2,0	0,23
2004	2,3	-0,31	1,3	-0,28	1,7	-0,30
2005	2,6	0,33	1,4	0,07	1,9	0,19
2006	2,7	0,03	1,4	0,02	1,9	0,01
2007	2,7	0,08	1,4	0,03	2,0	0,07
2008	3,0	0,21	1,3	-0,15	2,0	-0,01
2009	2,9	-0,10	1,3	0,06	2,0	0,02

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 4. Tasas de mortalidad específicas por Pancreatitis Aguda (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La tendencia de las tasas específicas de mortalidad por Otras Causas atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas durante el período 1990-2009 en la población de ambos sexos de 15 años y más también muestra un comportamiento decreciente, con una tasa de mortalidad ajustada promedio de 0,12 por 100.000 habitantes. Las tasas ajustadas promedio fueron de 0,22 por 100.000 para los hombres y de 0,04 por 100.000 para las mujeres. (**Tabla 15 y Figura 5**).

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Otras causas atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas (**Tabla 16**) muestra predominio de valores cercanos al cero con excepción de los años 1992 en donde se observa un valor igual a 0.1; el año 1993 desciende a -0.1; en el año 1999 crece a 0.1 y en el año 2000 vuelve a caer a -0.1. De esta manera la tasa de mortalidad del año 2009 se coloca dos décimas por debajo de la tasa del año 1990. La variación porcentual del período fue de -78.1%. Es importante tener en cuenta que la frecuencia de estas causas es muy baja durante todo el período estudiado.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Tabla 15. Tasas de mortalidad específicas por Otras Causas atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.

Sexo Año	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
1990	0,35	0,05	0,19
1991	0,35	0,04	0,19
1992	0,38	0,10	0,24
1993	0,28	0,09	0,18
1994	0,19	0,07	0,13
1995	0,22	0,06	0,14
1996	0,28	0,07	0,17
1997	0,26	0,04	0,15
1998	0,14	0,02	0,07
1999	0,36	0,02	0,19
2000	0,16	0,01	0,08
2001	0,21	0,01	0,11
2002	0,24	0,01	0,12
2003	0,13	0,04	0,08
2004	0,10	0,03	0,06
2005	0,19	0,01	0,10
2006	0,14	0,02	0,08
2007	0,17	0,01	0,09
2008	0,16	0,00	0,08
2009	0,08	0,01	0,04

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

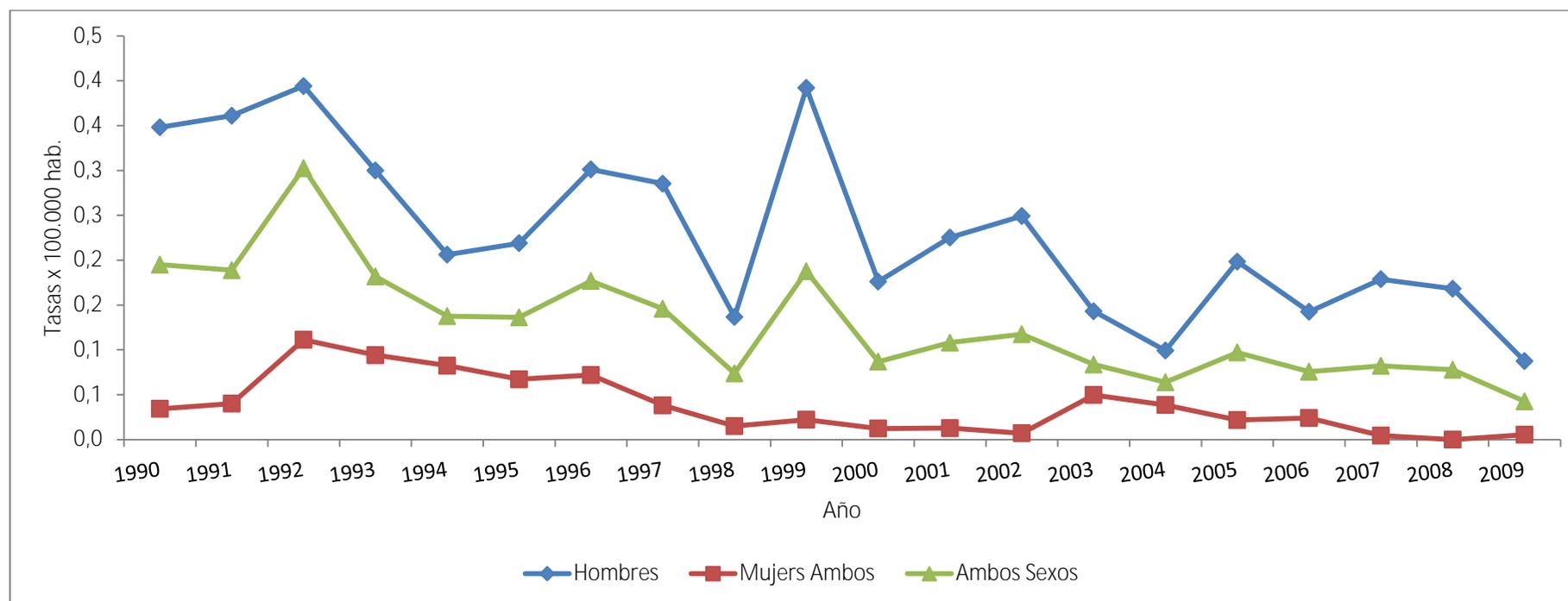
Tabla 16. Variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Otras Causas atribuibles al consumo de alcohol. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Año	Otras Causas					
	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual	Tasas x 100000 hab.	Variación absoluta anual
1990	0,35		0,05		0,19	
1991	0,35	0,01	0,04	0,01	0,19	-0,01
1992	0,38	0,03	0,10	0,07	0,24	0,11
1993	0,28	-0,09	0,09	-0,02	0,18	-0,12
1994	0,19	-0,09	0,07	-0,01	0,13	-0,04
1995	0,22	0,01	0,06	-0,02	0,14	0,00
1996	0,28	0,08	0,07	0,00	0,17	0,04
1997	0,26	-0,02	0,04	-0,03	0,15	-0,03
1998	0,14	-0,15	0,02	-0,02	0,07	-0,07
1999	0,36	0,26	0,02	0,01	0,19	0,11
2000	0,16	-0,22	0,01	-0,01	0,08	-0,10
2001	0,21	0,05	0,01	0,00	0,11	0,02
2002	0,24	0,02	0,01	-0,01	0,12	0,01
2003	0,13	-0,11	0,04	0,04	0,08	-0,03
2004	0,10	-0,04	0,03	-0,01	0,06	-0,02
2005	0,19	0,10	0,01	-0,02	0,10	0,03
2006	0,14	-0,06	0,02	0,00	0,08	-0,02
2007	0,17	0,04	0,01	-0,02	0,09	0,01
2008	0,16	-0,01	0,00	0,00	0,08	0,00
2009	0,08	-0,08	0,01	0,01	0,04	-0,04

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 5. Tasas de mortalidad por Otras Causas atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) según sexo y año. Población de 15 años y más. República Argentina. 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

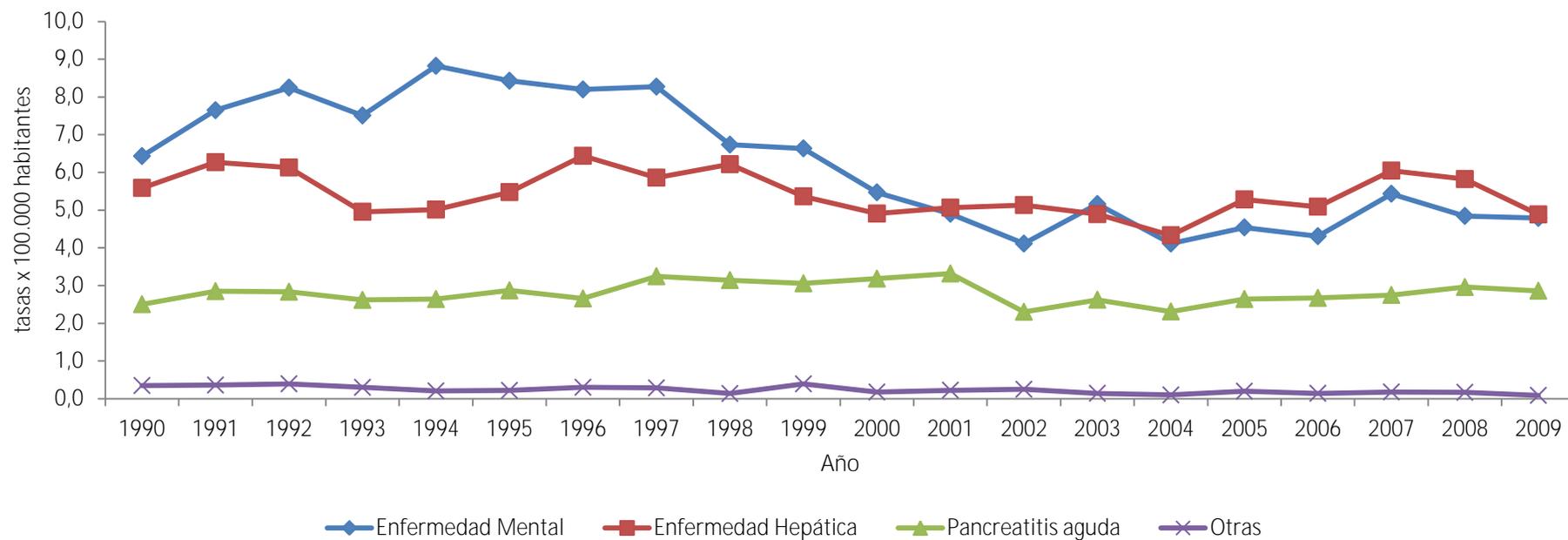
Los **Figuras 6** y **7** muestran, respectivamente, las tasas de mortalidad específicas masculinas y femeninas según causas. Comparativamente, las mayores tasas de mortalidad se registran para las causas mentales y hepáticas, seguidas por la enfermedad pancreática aguda y luego por otras causas. Como ya se describió para cada causa en particular, las tendencias son descendentes excepto para la pancreatitis donde se observa una tendencia más estable que en las otras causas, pero cabe destacar que, en el caso de los hombres a partir del año 2002 se observó un incremento de la mortalidad por enfermedades hepáticas así como una disminución con posterior estabilización de la mortalidad por enfermedades mentales. Las pancreatitis agudas a partir del año 2005 mostraron un ligero incremento. Esta situación resulta en un moderado incremento de la tasa masculina total hacia el final de la serie.

En el caso de las mujeres, las pancreatitis agudas presentaron las mayores tasas de mortalidad y una tendencia descendente. Si comparamos a las enfermedades hepáticas con las enfermedades mentales, podemos decir que las primeras, presentaron tasas ligeramente más elevadas que las segundas, con un cruce durante el año 1995 y 1996 de las enfermedades mentales por sobre las hepáticas que luego vuelven a descender por debajo de estas últimas hasta el final de las series.

Las enfermedades englobadas bajo el nombres de “otras causas” mostraron las tasas más bajas tanto para hombres, mujeres como para el total general.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

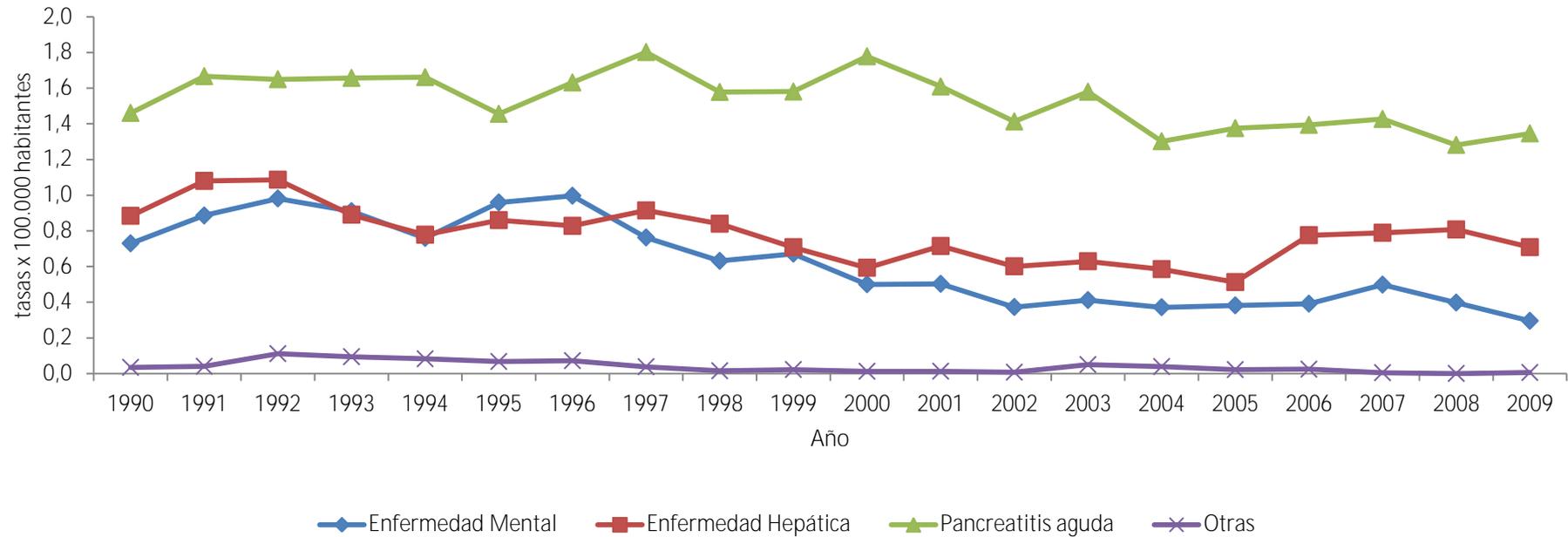
Figura 6. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol (x100.000 habitantes) ajustadas por edad según causas. Población masculina de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 7. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol (x100.000 habitantes) ajustadas por edad según causas. Población femenina de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

4.2.2. Mortalidad según grupo etario

En líneas generales se puede decir que todos los grupos etarios mostraron una disminución de sus tasas de mortalidad específicas por edad para ambos sexos, y la tasa de mortalidad promedio fue de 19,3 por 100.000 habitantes (**Tabla 17 y Figura 8**). Además se observó que a partir del año 2003, el grupo etario de 50 a 54 años mostró un incremento a pesar de que hasta ese año venía descendiendo. Por otra parte, se observó un comportamiento casi paralelo entre el grupo etario de 45 a 49 años y el de 50 a 54 años. Otro aspecto a destacar es que los grupos etarios mayores presentaron las mayores tasas de mortalidad, es decir, a mayor grupo etario se observaron tasas específicas mayores.

Si bien los resultados se analizan en relación a la tasa de mortalidad total de las enfermedades producidas por consumo de alcohol, el comportamiento de las tasas específicas por edad se observó similar para todas las causas básicas de muerte. Teniendo en cuenta que el comportamiento de las tasas específicas por edad resultó más elevado a partir de los 35 años, en la **Figura 8** se exponen las tasas específicas a partir de dicha edad para que los datos puedan ser visibles en la figura y sea más fácil la lectura del cuadro. En el **Anexo H** se exponen todas las tasas y defunciones totales para todos los grupos etarios.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

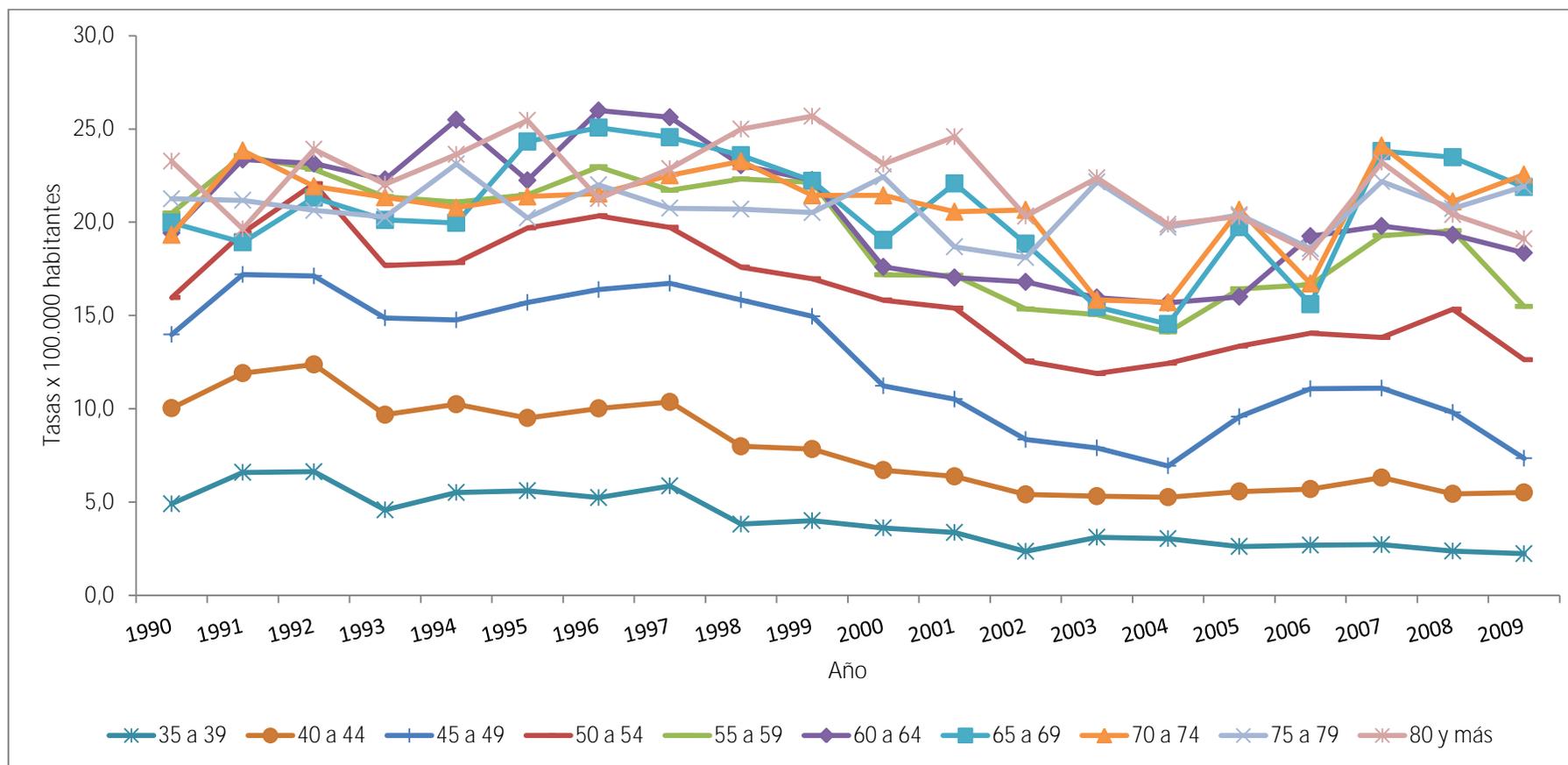
Tabla 17. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) específicas por edad. Ambos sexos. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Edad \ Año	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más
1990	0,1	0,3	0,6	2,1	4,9	10,0	14,0	16,0	20,5	19,4	20,0	19,3	21,3	23,3
1991	0,2	0,4	1,2	3,0	6,6	11,9	17,2	19,4	23,6	23,4	18,9	23,8	21,2	19,6
1992	0,1	0,4	1,1	2,2	6,6	12,4	17,1	22,1	22,8	23,1	21,3	21,9	20,6	23,9
1993	0,1	0,2	1,1	1,9	4,6	9,7	14,9	17,7	21,4	22,3	20,1	21,3	20,3	22,0
1994	0,2	0,5	0,9	2,3	5,5	10,2	14,8	17,8	21,1	25,5	20,0	20,8	23,1	23,6
1995	0,1	0,4	0,7	2,5	5,6	9,5	15,7	19,7	21,5	22,2	24,3	21,4	20,2	25,5
1996	0,0	0,4	1,0	2,5	5,2	10,0	16,4	20,3	23,0	26,0	25,1	21,5	22,0	21,3
1997	0,1	0,4	0,8	2,8	5,9	10,4	16,7	19,7	21,7	25,6	24,6	22,5	20,8	22,9
1998	0,2	0,2	1,1	2,4	3,8	8,0	15,8	17,6	22,3	23,1	23,6	23,3	20,7	25,0
1999	0,2	0,1	1,2	2,5	4,0	7,8	15,0	17,0	22,1	22,3	22,2	21,4	20,5	25,7
2000	0,2	0,2	0,5	2,1	3,6	6,7	11,2	15,8	17,2	17,6	19,0	21,4	22,4	23,1
2001	0,1	0,2	0,7	2,2	3,4	6,4	10,5	15,4	17,2	17,0	22,1	20,6	18,7	24,6
2002	0,0	0,1	0,4	1,1	2,4	5,4	8,4	12,6	15,3	16,8	18,8	20,7	18,1	20,3
2003	0,2	0,2	0,3	1,4	3,1	5,3	7,9	11,9	15,1	16,0	15,5	15,8	22,2	22,4
2004	0,1	0,2	0,2	1,4	3,0	5,3	6,9	12,4	14,1	15,7	14,5	15,7	19,7	19,9
2005	0,2	0,2	0,4	1,1	2,6	5,6	9,6	13,4	16,4	16,0	19,7	20,7	20,4	20,3
2006	0,1	0,1	0,5	1,7	2,7	5,7	11,1	14,1	16,6	19,3	15,6	16,7	18,6	18,4
2007	0,1	0,2	0,5	1,2	2,7	6,3	11,1	13,8	19,3	19,8	23,8	24,1	22,2	23,2
2008	0,0	0,2	0,7	1,2	2,4	5,4	9,8	15,3	19,5	19,3	23,5	21,1	20,7	20,4
2009	0,1	0,2	0,2	1,3	2,2	5,5	7,4	12,6	15,5	18,4	21,9	22,6	21,9	19,1

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 8. Tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) específicas por edad. Ambos sexos. Población de 35 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

4.2.3. Mortalidad según regiones

A continuación se describen las tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol por 100.000 habitantes por regiones, ajustadas por edad. Como ya se mencionó en el apartado metodológico, dicho análisis fue realizado por bienios (**Tabla 18** y **Figuras 9** y **10**). Las tasas de mortalidad resultaron más elevadas en hombres que en mujeres en todas las regiones y la tendencia de dichas tasas durante el período en estudio resultó decreciente en general con algunas particularidades para cada región que se describen a continuación en este apartado.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Tabla 18. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad según región y bienio. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

		REGIÓN									
		Cuyo		NEA		NOA		Pampeana		Patagónica	
Sexo	Bienio	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	1990-1991	22,2	3,5	21,3	5,4	24,0	5,4	12,7	2,7	42,9	7,4
	1992-1993	18,9	3,0	22,8	5,0	25,6	5,0	12,9	3,3	43,1	8,9
	1994-1995	16,0	3,1	25,9	5,8	26,9	4,2	13,2	2,7	38,4	9,6
	1996-1997	18,4	3,3	25,9	7,3	27,6	3,3	13,5	3,0	38,3	5,8
	1998-1999	14,8	3,2	25,2	5,6	31,3	4,3	12,0	2,7	29,4	5,9
	2000-2001	12,0	3,2	23,6	4,6	23,9	4,1	10,6	2,4	24,9	4,8
	2002-2003	14,5	2,3	19,4	4,7	19,6	3,2	9,4	2,2	26,0	4,7
	2004-2005	12,2	2,2	20,1	4,2	20,3	3,2	8,4	1,9	29,4	4,4
	2006-2007	14,9	3,2	22,0	5,0	20,5	3,3	9,6	2,1	35,9	6,7
	2008-2009	14,4	2,9	22,7	4,9	25,7	3,9	8,6	1,8	38,2	5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

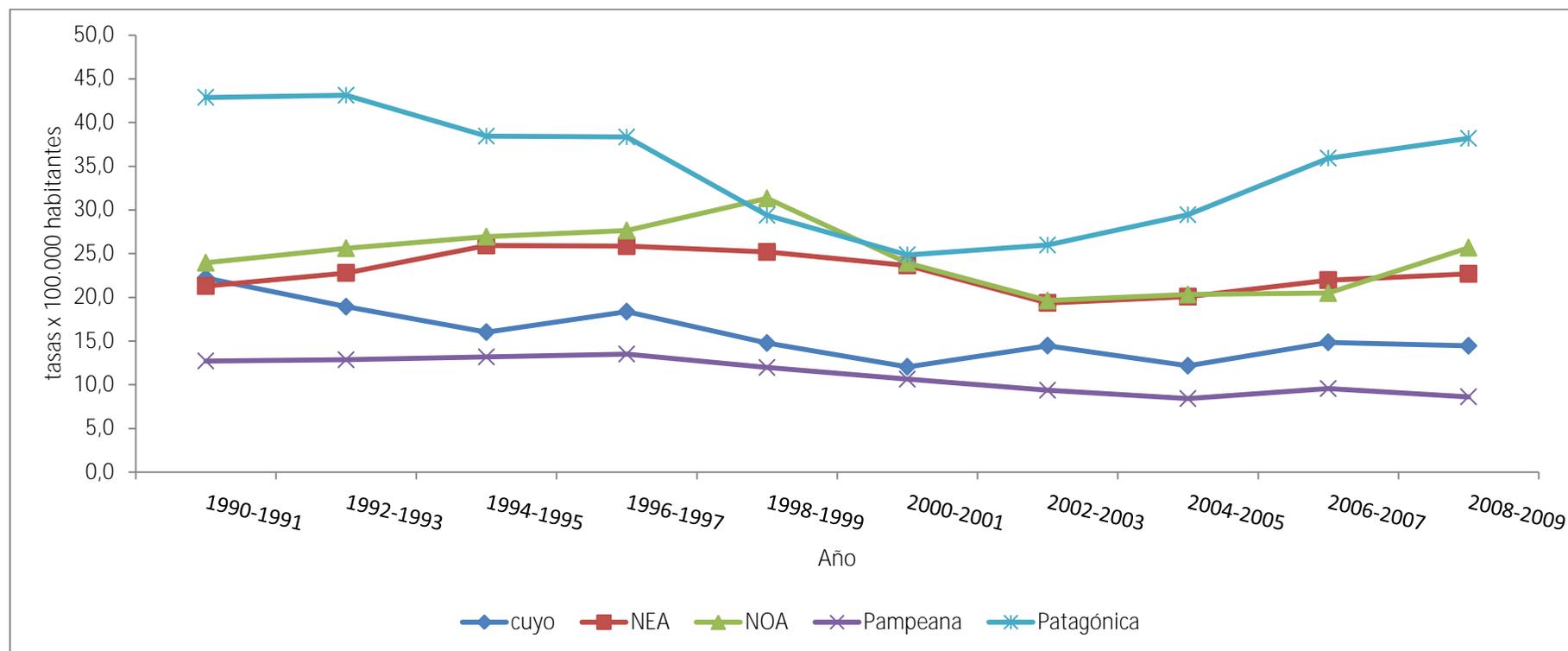
Tabla 19. Variación absoluta anual de las tasas de mortalidad específicas por Regiones atribuibles al consumo de alcohol. Población de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.

Bienio	Cuyo				NEA				NOA				Pampeana				Patagónica			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual	Tasa x 100 mil	Var. abs. anual
1990-1991	22,2		3,5		21,3		5,4		24,0		5,4		12,7		2,7		42,9		7,4	
1992-1993	18,9	-3,30	3,0	-0,50	22,8	1,49	5,0	-0,41	25,6	1,65	5,0	-0,44	12,9	0,13	3,3	0,52	43,1	0,23	8,9	1,54
1994-1995	16,0	-2,91	3,1	0,07	25,9	3,14	5,8	0,85	26,9	1,33	4,2	-0,76	13,2	0,33	2,7	-0,58	38,4	-4,67	9,6	0,70
1996-1997	18,4	2,34	3,3	0,26	25,9	-0,08	7,3	1,49	27,6	0,70	3,3	-0,92	13,5	0,33	3,0	0,30	38,3	-0,10	5,8	-3,79
1998-1999	14,8	-3,59	3,2	-0,10	25,2	-0,67	5,6	-1,74	31,3	3,67	4,3	0,93	12,0	-1,54	2,7	-0,30	29,4	-8,96	5,9	0,04
2000-2001	12,0	-2,72	3,2	-0,05	23,6	-1,54	4,6	-0,99	23,9	-7,39	4,1	-0,20	10,6	-1,33	2,4	-0,31	24,9	-4,52	4,8	-1,03
2002-2003	14,5	2,42	2,3	-0,86	19,4	-4,28	4,7	0,15	19,6	-4,30	3,2	-0,82	9,4	-1,27	2,2	-0,20	26,0	1,12	4,7	-0,15
2004-2005	12,2	-2,31	2,2	-0,09	20,1	0,71	4,2	-0,53	20,3	0,69	3,2	-0,07	8,4	-0,96	1,9	-0,27	29,4	3,46	4,4	-0,34
2006-2007	14,9	2,69	3,2	0,96	22,0	1,89	5,0	0,79	20,5	0,16	3,3	0,17	9,6	1,15	2,1	0,19	35,9	6,48	6,7	2,35
2008-2009	14,4	-0,41	2,9	-0,27	22,7	0,72	4,9	-0,10	25,7	5,19	3,9	0,61	8,6	-0,94	1,8	-0,31	38,2	2,26	5,5	-1,24

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

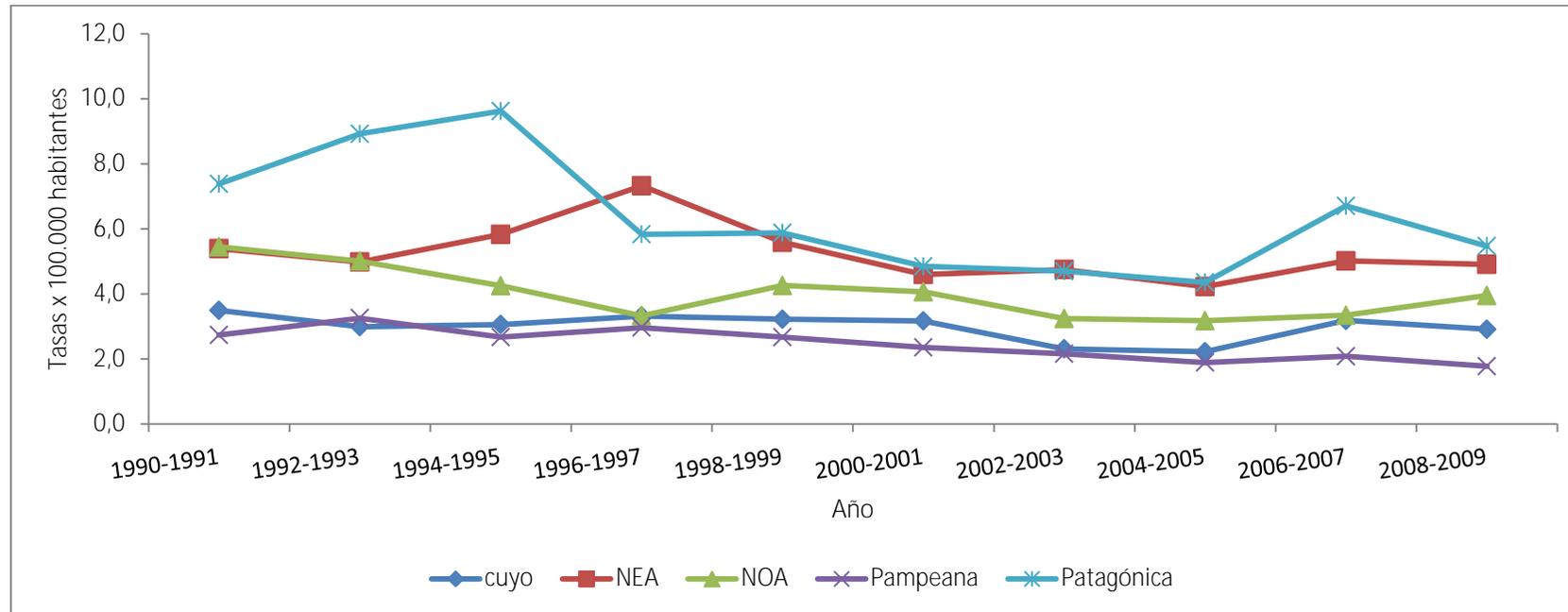
Figura 9. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad, según región y bienio. Población masculina de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 10. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad según región y bienio. Población femenina de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

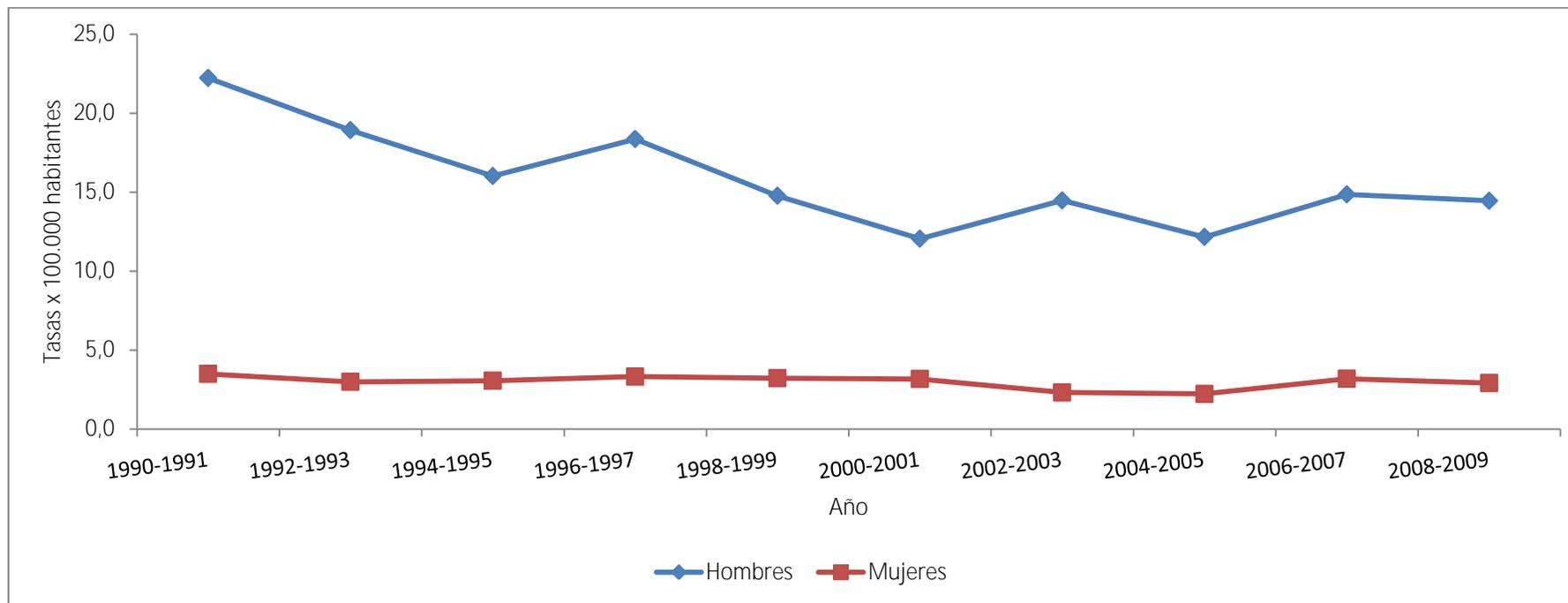
Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La región de Cuyo, integrada por las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, registró una tendencia descendente de su tasa de mortalidad ajustada a lo largo de todo el período estudiado para ambos sexos. En el caso de los hombres la tendencia presentó algunos puntos de incremento (bienios 1996-1997; 2002-2003; 2006-2007) pero siempre por debajo de las cifras más elevadas registradas al inicio de la serie. De esta manera, la tasa ajustada promedio para el sexo masculino fue de 15,8 por 100.000 habitantes y para el sexo femenino fue de 3,0 por 100.000 habitantes (**Tabla 18** y **Figura 11**).

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad para la región de Cuyo (**Tabla 19**) para el caso de los hombres muestra valores negativos en su mayoría que oscilan entre -0.4 y 0.3. Valores que posicionan a la tasa del bienio 2008-2009 ocho puntos por debajo de la del bienio 1990-1991. La variación porcentual del período fue de -35.0%. Para el caso de las mujeres, los valores se encuentran entre -1 y 1, con predominio de valores negativos. Al final del período la tasa se ubica casi un punto por debajo de la del comienzo de la serie. La variación porcentual fue de -46.0%

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 11. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad. Región de Cuyo. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

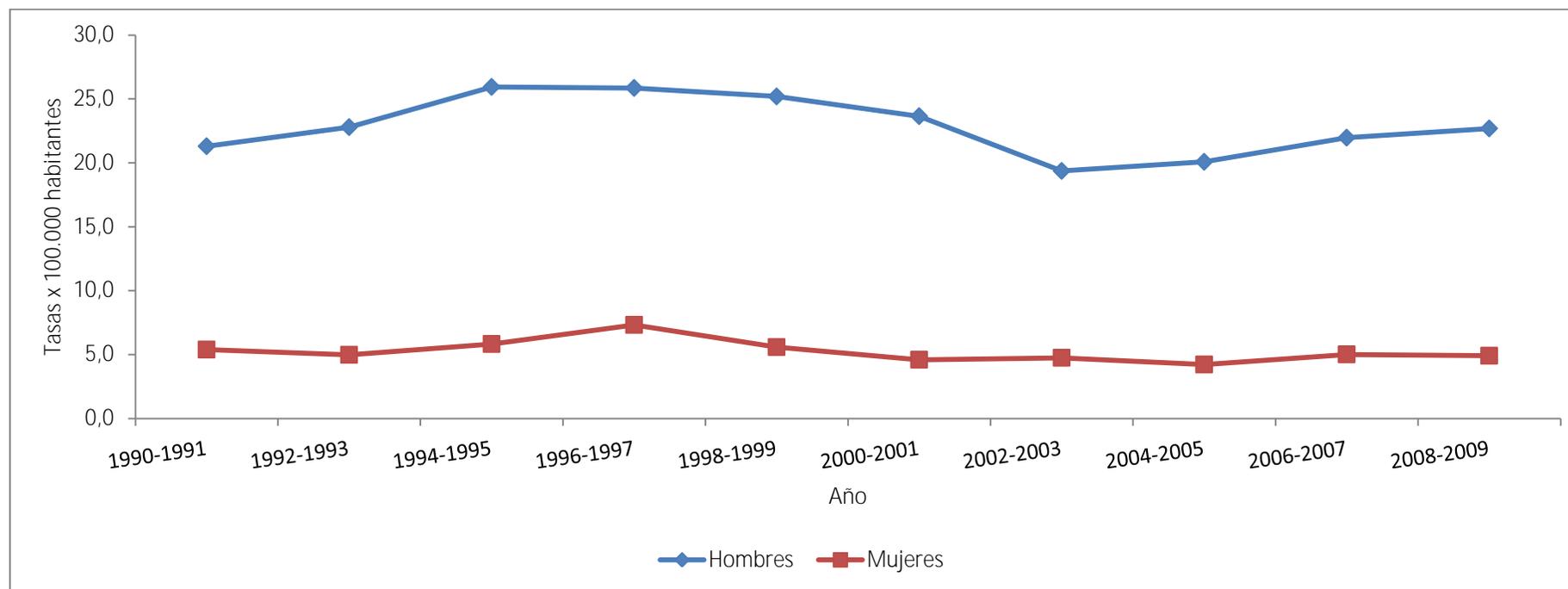
Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La región del NEA (Noreste Argentino), integrada por las provincias de Corrientes, Formosa, Chaco y Misiones, registró una tendencia general descendente en ambos sexos, pero para el caso de los hombres, se registró un incremento regular de las tasas durante los primeros bienios estudiados que luego mostraron un descenso y un leve ascenso hacia el final del período en estudio. De esta manera, la tasa de mortalidad ajustada promedio registrada para varones en dicha región fue de 22,9 por 100.000 habitantes y para las mujeres fue de 5,3 por 100.000 habitantes (**Tablas 18 y Figura 12**).

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad de la región del NEA (**Tabla 19**) para el sexo masculino muestra valores tanto positivos como negativos que van desde -4 a 3. Entre los años 1996 y 2003 los valores observados fueron negativos. Hacia el final de la serie estudiada los valores son positivos. La tasa de mortalidad hacia el final del período se encuentra un punto y medio por encima del inicio del período. La variación porcentual fue de 6.5%. En el caso de las mujeres, los valores observados se encuentran entre -2 y 1, con predominio de valores pequeños cercanos al cero. La tasa hacia el final del período se observa similar que al inicio de la serie. La variación porcentual fue de -8.9%.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 12. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad. Región del NEA. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

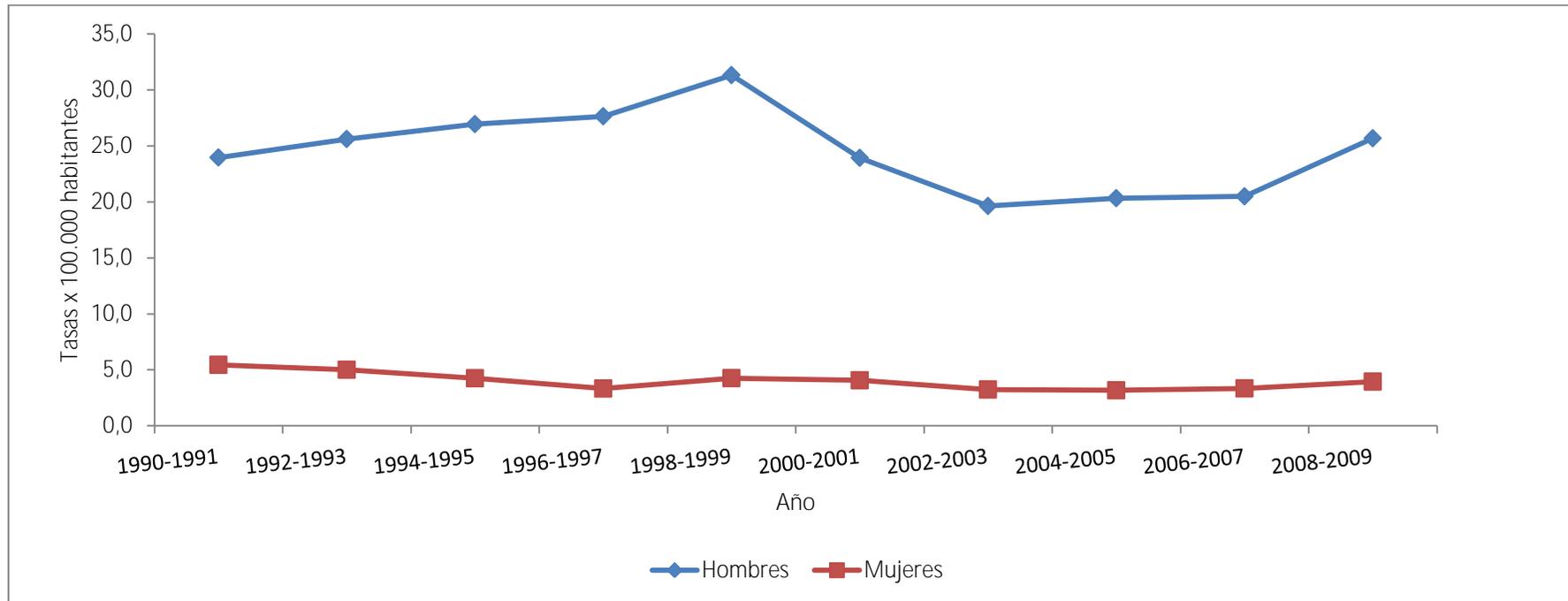
Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La región del NOA (Noroeste Argentino), integrada por las provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Tucumán, Salta y Santiago del Estero, presentó una tendencia de su tasa de mortalidad ajustada, descendente para ambos sexos durante toda la serie histórica. En el caso de los hombres, se observa un incremento hacia el bienio 1998-1999 a partir del cual vuelve a descender, incrementándose en el último período en estudio pero siempre por debajo de las cifras más elevadas registradas al inicio de la serie. La tasa de mortalidad ajustada promedio para los hombres fue de 24,6 por 100.000 y para las mujeres fue de 4,0 por 100.000 (**Tabla 18** y **Figura 13**).

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad en la región del NOA (**Tabla 19**) muestra, en el caso de los hombres, predominio de valores positivos con excepción de los bienios 2000-2001 y 2002-2003 en donde se observan valores negativos de -7 y -4 puntos respectivamente. La tasa de mortalidad al final de la serie se ubica un punto y medio por encima que al inicio. La variación porcentual fue de 7,2%. En el caso de las mujeres, la variación muestra valores mayormente negativos con excepción de los bienios 98-99 y 08-09 que se posicionan casi un punto por encima del resto de los valores. La tasa de mortalidad desciende un punto en el último bienio con relación al primero. La variación porcentual fue de -27,5%.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 13. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad. Región del NOA. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

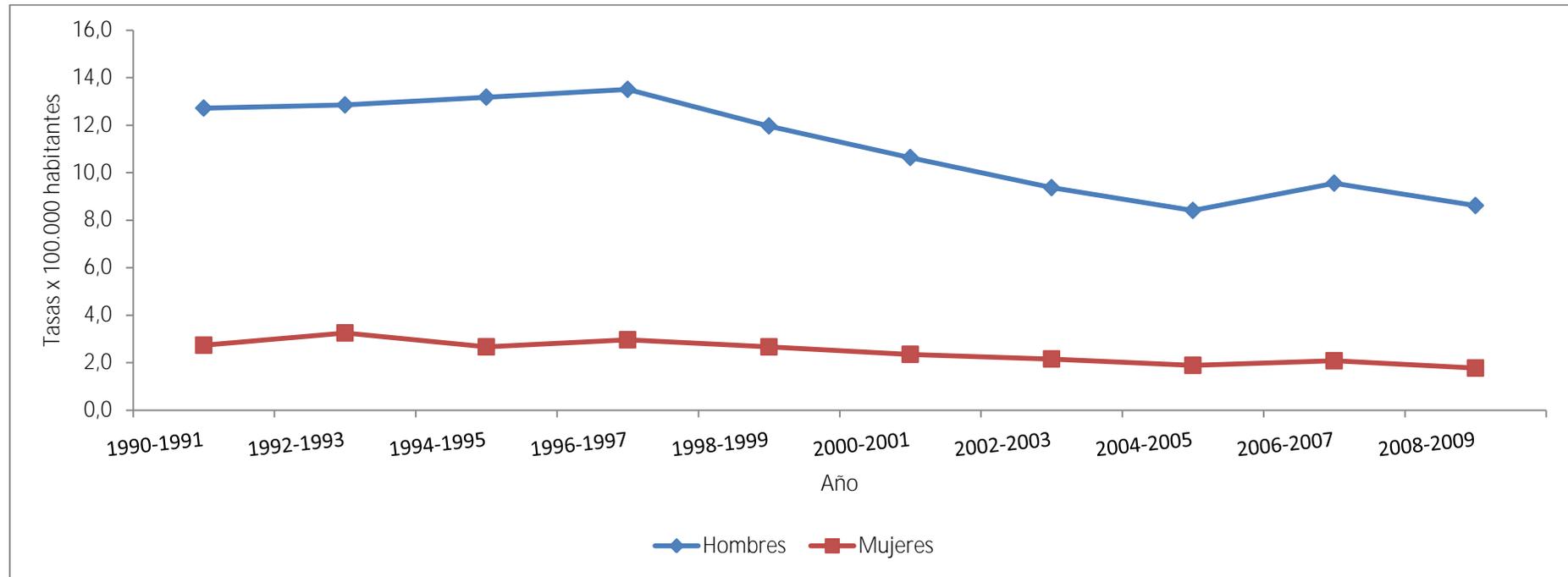
Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La región Pampeana integrada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa y Córdoba, mostró una tendencia descendente en ambos sexos, a partir del bienio 1996-1997, con una tasa ajustada promedio para el sexo masculino de 11,1 por 100.000 habitantes y para el sexo femenino promedio de 2,5 por 100.000 habitantes (**Tabla 18** y **Figura 14**).

La variación absoluta anual de la tasa de mortalidad en la región Pampeana (**Tabla 19**) para la población masculina muestra valores positivos y negativos durante el período en estudio que se encuentran entre -2 y 1. Entre el año 1998 y el año 2005 los valores observados son negativos y hacia el final de la serie recupera un punto para volver a decrecer en el último bienio. La tasa de mortalidad del último bienio se observa cuatro puntos por debajo que la del primero. La variación porcentual del período fue de -32.3%. En el caso de la población femenina, los valores se observan, para los dos primeros bienios, entre 1 y -1, a partir de los cuales se presentan valores tanto negativos como positivos, cercanos al valor cero. La tasa de mortalidad en el último bienio se posiciona por debajo del primero un punto. La variación porcentual fue de -35.2%.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 14. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad. Región Pampeana. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

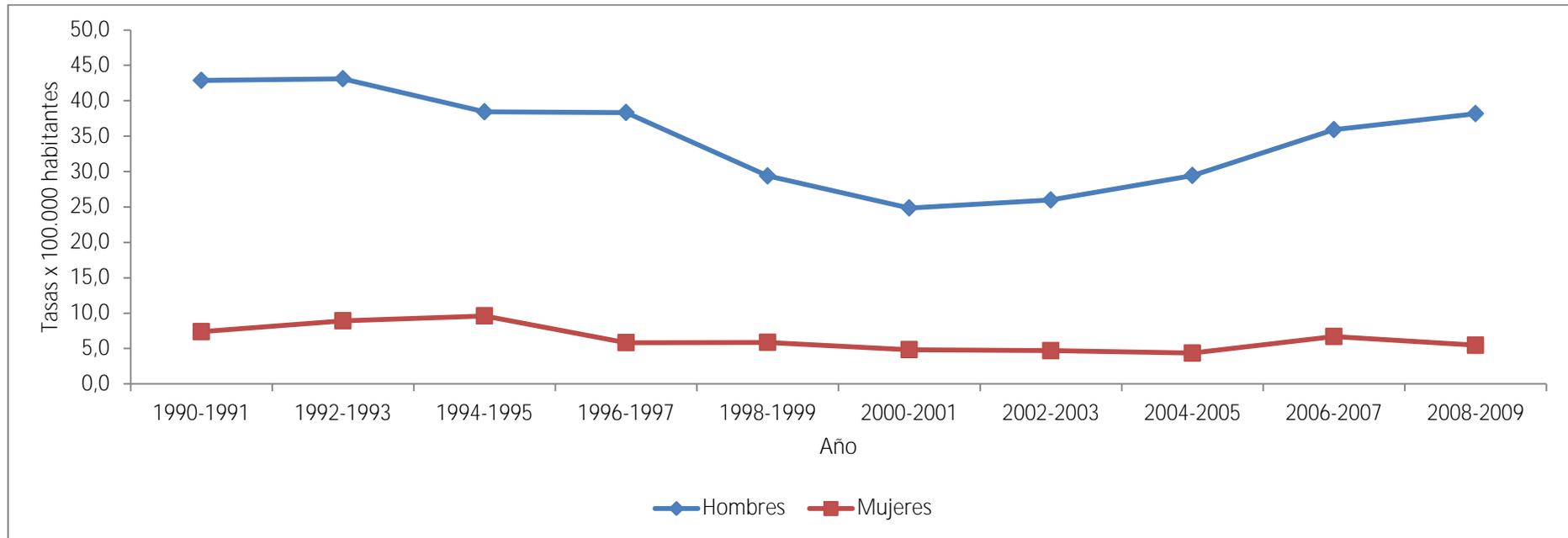
Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

La región Patagónica, integrada por las provincias de Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, observó una tasa ajustada promedio para los hombres de 34,7 por 100.000 habitantes y para las mujeres de 6,4 por 100.000 habitantes. En el caso de los hombres, se observa una tendencia decreciente hasta el bienio 2000-2001, a partir del cual se observa un incremento acelerado de las tasas (**Tabla 18 y Figura 15**). Para el caso de las mujeres el comportamiento se observa con un incremento de la tasa en los primeros tres bienios y luego un descenso de las mismas hasta el bienio 2004-2005 luego del cual se observa un incremento de las tasas para el bienio 2006-2007 y un ligero descenso para el último bienio.

La variación absoluta anual de las tasas de mortalidad en la región Patagónica (**Tabla 19**) en la población masculina muestra predominio de valores positivos, excepto durante el período 1994-2001 durante el cual los valores adquieren signo negativo entre -9 y -0.1. Luego vuelve a crecer observándose el valor más alto en el bienio 2006-2007. La tasa de mortalidad fue cinco puntos por debajo en el último bienio con respecto al primero. La variación porcentual fue de -11,0%. En el caso de las mujeres la variación muestra valores positivos y negativos de poca magnitud. El bienio 1996-1997 representó el menor valor con casi cuatro puntos negativos. La tasa de mortalidad del último bienio quedó dos puntos por debajo de la del primero. La variación porcentual fue de -25.9%.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 15. Tasas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol (x 100.000 habitantes) ajustadas por edad. Región Patagónica. Población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1990-2009.



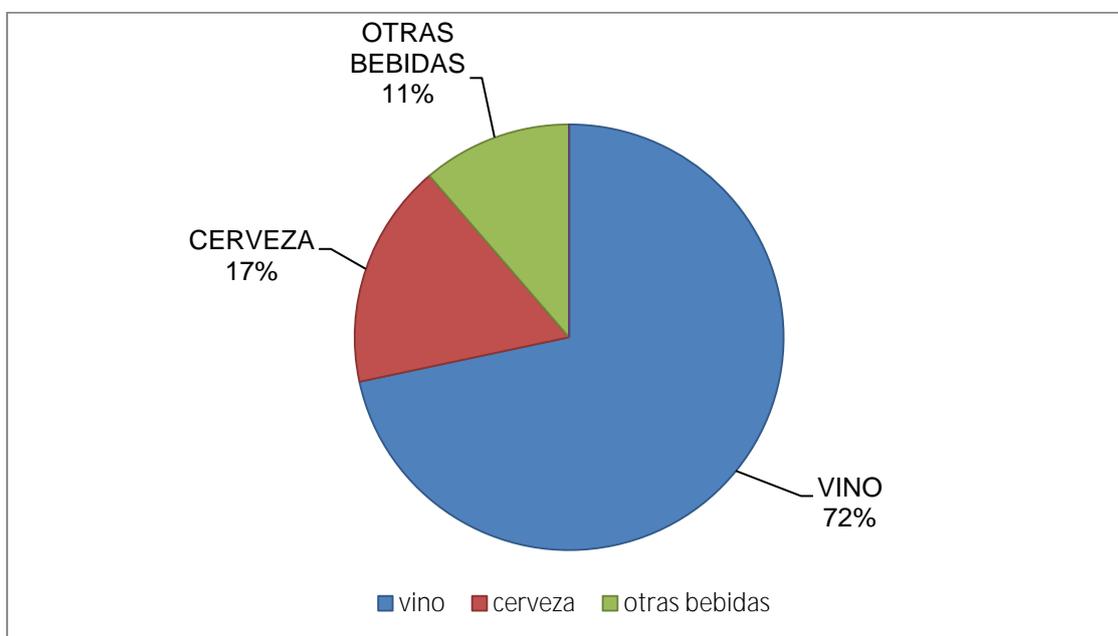
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

4.3. Consumo per cápita de alcohol

En la República Argentina entre el año 1980 y el 2009 se produjo un descenso del consumo per cápita de bebidas alcohólicas. Mientras que el sector vitivinícola presentó un mayor descenso, con un incremento hacia el año 2007 y posterior estabilización, la cerveza mostró un incremento moderado pero constante y los licores un comportamiento inestable (**Tabla 15 - Figuras 16, 17 y 18**). Del total de las bebidas consumidas (en litros), el 72% correspondió al vino, el 17% a la cerveza y el 11% restante a otras bebidas alcohólicas. El consumo de alcohol per cápita para las décadas estudiadas fue en promedio de 10,6 litros para la población de ambos sexos de 15 años y más. Como ya se mencionó en este trabajo, la República Argentina se ubica como uno de los países con mayor consumo de alcohol per cápita de la región de América.

Figura 16. Distribución porcentual según tipo de bebida alcohólica consumida en la población de 15 años y más de la República Argentina. Período 1980-2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Informe Panorama Sectorial (2010).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Tabla 20. Consumo de alcohol puro per cápita en litros en la población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1980-2009.

Bebida Año	Vino	Cerveza	Otras bebidas	Total
1980	13,0	0,6	1,3	14,8
1981	12,8	0,5	1,5	14,8
1982	12,6	0,6	1,4	14,5
1983	12,1	0,8	1,6	14,5
1984	11,5	1,0	2,1	14,6
1985	10,6	0,9	1,6	13,0
1986	10,4	1,3	1,9	13,6
1987	10,2	1,3	1,6	13,1
1988	9,7	1,2	1,3	12,2
1989	9,2	1,4	0,9	11,5
1990	9,4	1,4	0,8	11,6
1991	8,9	1,7	1,0	11,7
1992	8,3	2,0	1,2	11,5
1993	7,5	2,2	1,2	10,8
1994	7,1	2,3	1,1	10,6
1995	6,6	2,1	1,0	9,7
1996	6,5	2,1	1,0	9,6
1997	5,7	2,2	1,2	9,2
1998	5,5	2,1	1,1	8,8
1999	5,5	2,2	1,0	8,7

(Continúa en página 100)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

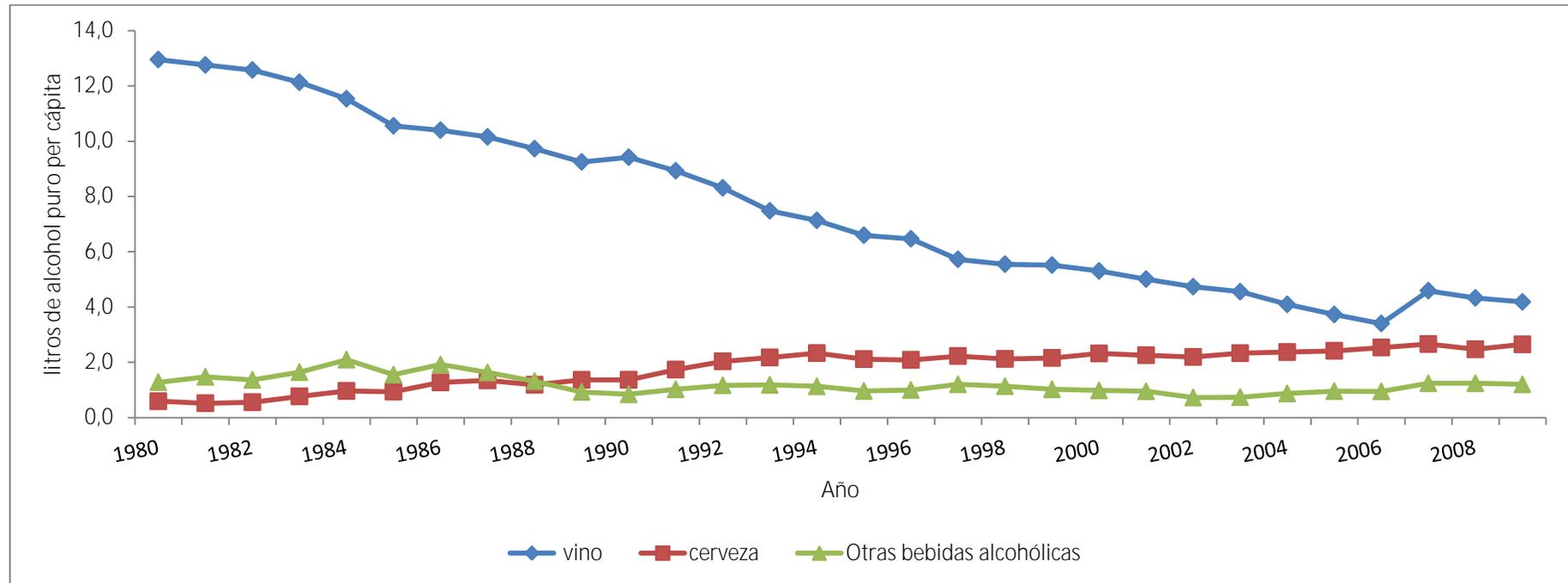
(Continuación de la Tabla 14 de la página 99)

Bebida Año	Vino	Cerveza	Otras bebidas	Total
2000	5,3	2,3	1,0	8,6
2001	5,0	2,3	1,0	8,2
2002	4,7	2,2	0,7	7,7
2003	4,6	2,3	0,7	7,6
2004	4,1	2,4	0,9	7,3
2005	3,7	2,4	1,0	7,1
2006	3,4	2,5	1,0	6,9
2007	4,6	2,7	1,2	8,5
2008	4,3	2,5	1,2	8,0
2009	4,2	2,6	1,2	8,0

Fuente: elaboración propia en base a datos del Informe Panorama Sectorial (2010).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

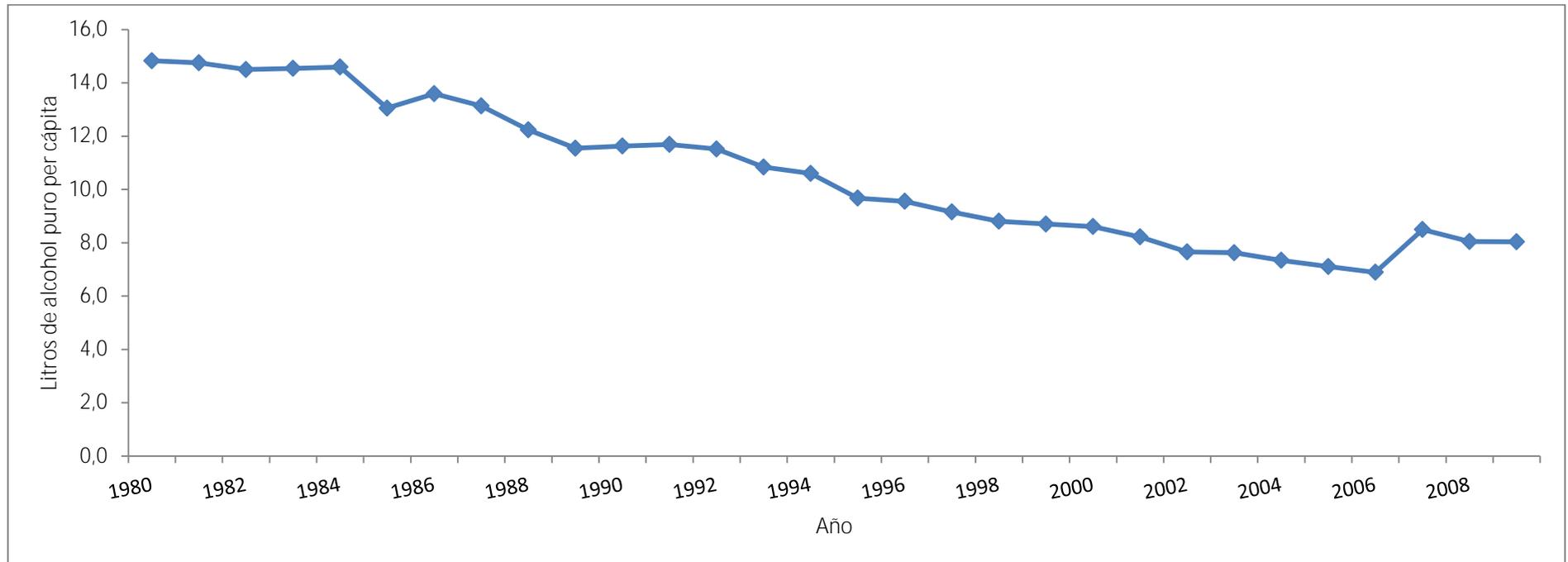
Figura 17. Consumo de alcohol puro per cápita en litros en la población de ambos sexos de 15 años y más según tipo de bebida (vino, cerveza, otras bebidas alcohólicas). República Argentina. Período 1980-2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Informe Panorama Sectorial (2010).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 18. Consumo total de alcohol puro per cápita en litros de alcohol puro en la población de ambos sexos de 15 años y más. República Argentina. Período 1980-2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Informe Panorama Sectorial (2010).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

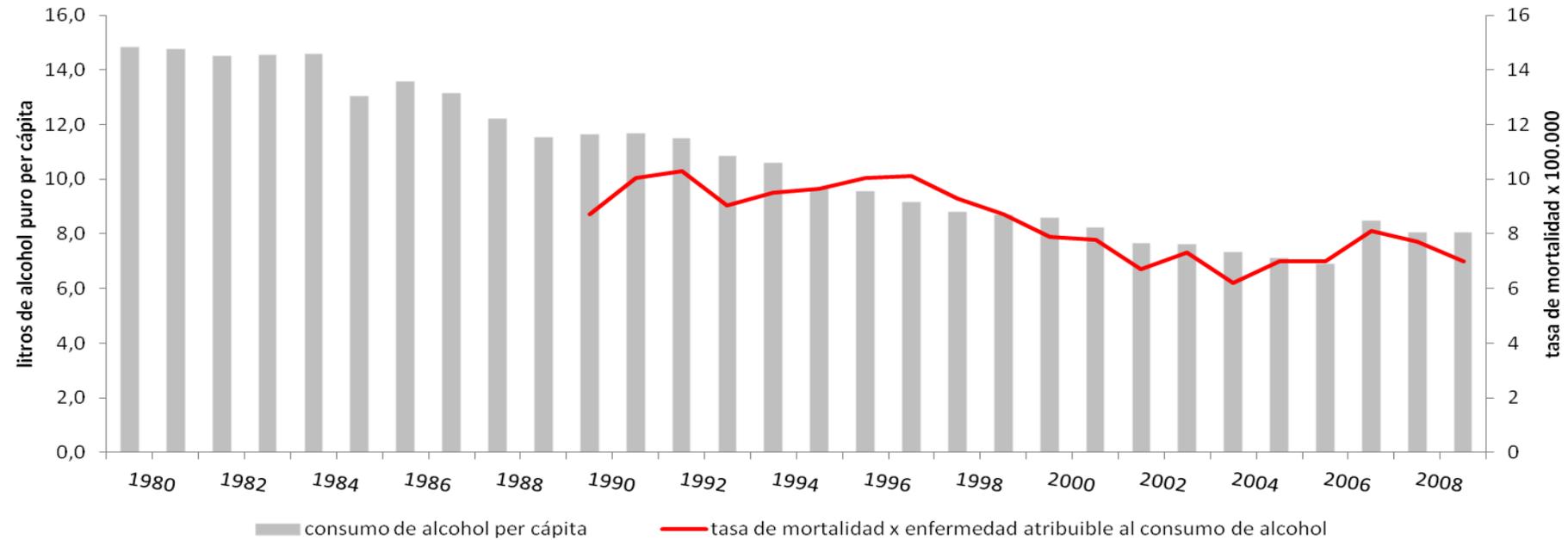
4.4. Tasas de Mortalidad por Enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas y consumo per cápita de alcohol.

La **Figura 19** muestra la comparación del consumo per cápita de alcohol durante el período 1980-2009 con la tasa ajustada de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas durante el período 1990-2009. Se expone el consumo desde el año 1980 ya que las posibles consecuencias del mismo tendrán un impacto sobre la población luego de diez años o más de exposición. En ese sentido se puede decir que el incremento de la mortalidad en los últimos años de la serie en estudio, no parece explicarse por el consumo, ya que mientras la mortalidad parece aumentar hacia el final de la serie, el consumo per cápita que se pensaría fuera a afectar a la población de dichos años, presentó un comportamiento descendente. Si se compara la tasa ajustada de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol con la evolución del consumo de alcohol per cápita, se puede observar que ambos presentaron tendencias descendentes, sin embargo es de destacar que, tanto las tasas de mortalidad como el consumo registrado son elevados en nuestra población.

Por otra parte, el cálculo del consumo per cápita, como ya se ha mencionado en este trabajo, no permite medir patrones de consumo. Esto representa, a la hora de medir impacto real del consumo de alcohol sobre la población, una limitación, ya que solo se pueden realizar análisis limitados a resultados globales de consumo de alcohol y no se puede evaluar calidad y formas de beber.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Figura 19. Consumo total de alcohol puro per cápita en litros (1980-2009) en relación con la tasa de mortalidad por enfermedad alcohólica (x 100.000 habitantes) (1990-2009) en la población de ambos sexos de 15 años. República Argentina. Período 1980-2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos de mortalidad proporcionados por la DEIS-MSN y del Informe Panorama Sectorial (2010).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

5. DISCUSIÓN

Según un estudio publicado recientemente “durante el trienio 2007-2009 se produjeron en promedio 306.042 muertes, de las cuales se estimó que 11.013 se atribuyen al consumo de alcohol (3,6% del total de muertes en la población)” (Acosta *et al.*, 2012, pág. 7). En dicho estudio se incluyen las muertes por causa externa, lo cual puede explicar la diferencia de casos entre este estudio y los resultados del presente trabajo. Acosta *et al.* (2012) plantea en su investigación que el 73% de las muertes ocurrieron en varones durante el período mencionado. Comparativamente podemos decir que los resultados de la presente investigación superan en al menos 7 puntos el porcentaje descrito por los autores mencionados ya que, en el presente trabajo, el 80% de las muertes ocurre en el sexo masculino. También las tasas de mortalidad son más elevadas en los hombres. Se puede decir que los resultados de esta investigación coinciden de manera parcial con los de publicados por los autores mencionados previamente.

Con respecto a las muertes en ambos sexos, nuestro estudio coincide con aquellas investigaciones en donde se afirma que la mortalidad atribuible al consumo de alcohol es más alta en los hombres que en las mujeres (Sjören *et al.*, 2003; Ochoa *et al.*, 2006; Bello *et al.*, 2003; Hemström, 2002; Revuelta Muñoz *et al.*, 2002; Rehm, 2004) y que esto tiene que ver con que los hombres beben más alcohol que las mujeres y que la prevalencia de consumo intenso es “de tres a cuatro veces más común en hombres que en mujeres y que los géneros y las culturas ejercían fuertes influencias sobre el uso y abuso del alcohol” (OPS, 2007, p.17). Consideramos que la aparición de una enfermedad o problema de salud que se deriva del consumo de alcohol, debe entenderse como proceso de alcoholización (Menéndez, 1990) en donde la sociedad y la cultura operan en una situación histórica para establecer de qué modo esa población consume (o no) alcohol, y no como un hábito y/o costumbre de la conducta individual.

Con respecto a los grupos etarios, el presente trabajo arrojó que la proporción más afectada (50%), así como las tasas de mortalidad específicas por edad más elevadas se observaron en adultos y adultos mayores a partir de los 50 años y sólo un poco más del 15% estuvo representada por la población de 15 a 44 años. Es así que estos resultados coinciden con publicaciones de la OMS (2011) y otros autores (Pinheiro Gawryszewski & Monteiro, 2014) en donde se afirma que las tasas de mortalidad específicas por edad son más elevadas en grupos de edad mayores.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Sin embargo, resultados obtenidos de investigaciones que dan cuenta del impacto del consumo de alcohol en países de América (en donde se incluye Argentina), la población joven (menor de 45 años) es la más afectada por esta causa (Rhem & Monteiro, 2005; Monteiro, 2007). Entendemos que esta diferencia puede deberse a que en los mencionados estudios se incluyen como causa de muerte a aquellas que se relacionan de manera indirecta con el consumo de alcohol, como son las muertes violentas, las cuales afectan en mayor medida a la población joven (Monteiro, 2007; OPS, 2007; Pomares *et al.* 2012). Por el contrario, las enfermedades crónicas que causan la muerte de miles de personas, requieren, como ya se ha mencionado, un mayor tiempo de exposición al alcohol para que ocurran, dando como consecuencia edades más avanzadas de afectación y consecuente fallecimiento.

Con respecto a la distribución de las tasas de mortalidad por causas de muertes atribuibles al consumo de alcohol estudiadas y analizadas en este trabajo, podemos afirmar que para el período estudiado las enfermedades mentales y hepáticas representan las causas que mayor aporte realizan a la carga de mortalidad junto a la enfermedad pancreática aguda. Esta última ocupa el tercer puesto para los hombres y el primero para las mujeres. Más abajo se encuentra la categoría "otras causas". Como se puede observar en la **figura 6**, las tasas de mortalidad por enfermedades mentales en los varones muestran una tendencia descendente y hacia el año 2001 se posicionan ligeramente por debajo de las causas hepáticas. En el caso de las mujeres este cruce ocurre un tiempo antes, en el año 1996 y si bien las enfermedades hepáticas superan a las causas mentales, la diferencia entre una y otra es menor que en los hombres (**figura 7**). Como ya se hizo mención en los resultados, las tasas presentan tendencias descendentes. Según la bibliografía consultada y citada, algunos autores como Bello *et al.* (2003) y Revuelta Muñoz *et al.* (2002), quienes estudiaron tendencias de mortalidad por causas atribuibles al alcohol en Islas Canarias y en Cataluña, respectivamente, plantean que las primeras causas de muerte atribuibles al alcohol son algunas enfermedades crónicas dentro de las cuales están las cirrosis y otras enfermedades del hígado, las enfermedades cerebro-vasculares, las neoplasias y las lesiones por accidentes. A su vez, ambos autores plantean que por una parte existe un descenso progresivo de la mortalidad relacionada con el alcohol (Revuelta Muñoz *et al.*, 2002; Bello *et al.*, 2003). Si nos referimos exclusivamente a las enfermedades en las cuales el alcohol es una condición necesaria, se plantea que en algunos países la primera causa de muerte son las enfermedades hepáticas, sin embargo en otros las enfermedades

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

neuropsiquiátricas son la causa principal. Esto podría relacionarse con la precisión diagnóstica y las prácticas de codificación (Pinheiro Gawryszewski & Monteiro, 2014).

Con respecto a lo que ocurre con la pancreatitis aguda, la bibliografía plantea que si bien el desarrollo de la enfermedad pancreática aguda no tiene una causa bien establecida (Sánchez Lozada *et al.*, 2003) existe una proteína asociada a la pancreatitis (proteína 1) que se eleva en los casos de alcoholismo crónico sin evidenciar signos clínicos de pancreatitis aguda. Por otra parte, la litiasis biliar y el alcohol constituyen entre el 75 y el 80% de las causas de pancreatitis aguda (Sánchez Lozada *et al.*, 2003) y si se establece la relación de las causas con el sexo, hay autores que plantean que la causa más común es la litiasis vesicular en las mujeres y el alcoholismo en los varones (Ledesma-Heyer & Arias Amaral, 2009). Esta situación relacionada con la etiología y el sexo podría explicar por qué las pancreatitis agudas representan la primera causa de muerte en las mujeres considerando que a esta patología le corresponde un código de clasificación inespecífico para el alcohol ya descrito y explicitado en el apartado metodológico.

Si bien no existe en este trabajo un análisis desagregado de la cirrosis hepática es interesante ver lo que plantea con respecto a dicha patología ya que la misma presenta un comportamiento muy diferente en el mundo entero. Así podemos mencionar lo descrito por Bello *et al.* (2003) sobre la cirrosis hepática de causa alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado las cuales disminuyeron en los hombres en el período estudiado por dicho autor (1980-1998) y se mantuvieron constantes en las mujeres. Otro estudio realizado en España durante el período 1999-2004 (Álvarez *et al.*, 2007) menciona que la carga mayor de mortalidad la aportan las enfermedades digestivas entre las cuales se encuentra la cirrosis hepática. Dicha enfermedad representó en el año 2005 en México la tercera causa de mortalidad general por detrás de la enfermedad coronaria y la diabetes mellitus tipo 2, según (Méndez Sánchez *et al.*, 2007). En Chile, Solimano (2006) plantea que la cirrosis y los accidentes son las dos primeras causas de muerte relacionadas con el alcohol. A pesar de ello, Alonso *et al.* (2010) plantean que si bien existen en dicho país, tasas elevadas de esta enfermedad, se observa una tendencia descendiente que se explica no a partir de una modificación en los patrones de consumo sino a partir de la mejora en los tratamientos médicos.

Es de destacar que las muertes causadas por el consumo de alcohol superan a otras muertes producidas por otras causas como el VIH-SIDA o la tuberculosis (OMS, 2011), las cuales presentaron un registro de 1423 y 626 muertes respectivamente en el año 2009 en nuestro país (DEIS-MSN, 2011) mientras que las muertes atribuibles a causa alcohólica

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

para dicho año fueron en total 2149, registrándose el menor número de casos a lo largo de la serie en el año 2004 con 1759 casos para ambos sexos (**Tabla 6**). Esto nos indica que hasta en el año en que menor cantidad de muerte se registró, las cifras totales de muerte superaron a las muertes por enfermedades de declaración obligatoria como las mencionadas anteriormente.

Con respecto a las muertes ocurridas en las distintas regiones, si bien existen estudios que han analizado las muertes y el consumo de alcohol y otras sustancias por región a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Calvillo *et al.*, 2011; Acosta *et al.*, 2012; Abeldano *et al.*, 2013), no existen estudios que evidencien la misma serie histórica. De todas maneras se puede decir que con relación a las publicaciones existentes, los datos coinciden en cuanto a la predominancia del sexo masculino sobre el femenino y que las tasas más elevadas se registran en la región Patagónica y las más bajas en la región Pampeana. Por lo tanto se puede inferir que el perfil epidemiológico de las muertes atribuibles al alcohol en las regiones guarda relación con los datos publicados en estudios ya citados en este trabajo (Acosta, *et al.*, 2012).

En una investigación en México en donde se estudió el patrón de consumo regional a partir de una encuesta nacional sobre adicciones (Narro & Gutiérrez, 1997) se determinó la mortalidad por cirrosis hepática en cada una de las regiones a fin de poder buscar asociación entre el consumo y las muertes. En el caso de nuestra investigación, no fue posible realizar esta correlación de tipo ecológica para el caso de las regiones ya que el consumo per cápita es un dato que representa el consumo global aparente y sería una falacia afirmar que las tasas de mortalidad específicas por regiones están directamente asociadas con el consumo per cápita. Es por ello también que, en cuanto a comparación entre consumo y mortalidad, este análisis se realizó sólo para la población mayor o igual a 15 años de ambos sexos de todo el país.

Con respecto al consumo de alcohol per cápita, la República Argentina, como país productor de bebidas alcohólicas, se encuentra entre los primeros consumidores de la región de América y según indicadores de la OMS, el patrón de consumo predominante es el número 2 (**Anexo D**) en una escala de 0 a 5 (OMS, 2011; Rehm *et al.*, 2012) el cual representa un riesgo moderado para dicha escala. Los resultados de la presente investigación, la cual obtuvo un registro promedio de 10,6 litros per cápita para las décadas estudiadas (1980-2009), coinciden con lo publicado por la OMS y otros investigadores (Monteiro, 2007; Rehm *et al.*, 2012), observándose resultados con tendencia decreciente

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

con una disminución importante del consumo de vino mantenida a lo largo de toda la serie estudiada.

Con relación a la preferencia de bebidas alcohólicas la OMS (2011) plantea que en el año 2005 el 59% de la población que consumió alguna bebidas alcohólicas en nuestro país, eligió el vino. El 32% prefirió a la cerveza. El 9% restante consumió otras bebidas alcohólicas (dentro de las cuales se encuentran las bebidas “espirituosas”) (**Anexo D**). Si bien, a partir de los datos de consumo de nuestro estudio, no es posible medir preferencias poblacionales por un tipo de bebida, los resultados de porcentajes de ventas y producción (que reflejan el consumo aparente), indican que, del total de las bebidas consumidas, el 72% es de consumo de vino; el 17% de cerveza y el 11% de otras bebidas alcohólicas.

La estimación del consumo de alcohol per cápita presenta algunas limitaciones a la hora de evaluar el impacto que tiene el consumo sobre la salud de la población. Por un lado, no permite la desagregación por sexo ni edad ya que se estima en base a la población adulta (15 años y más) de ambos sexos. Por otra parte, los datos de producción y venta de bebidas no contemplan la elaboración casera y/o artesanal o de importación ilegal que también es parte del consumo de una población. Además se agrega el acceso a los datos de producción, que muchas veces se vuelve complejo y limita la posibilidad de realizar una estimación que refleje la realidad de la mejor manera posible. Tampoco es posible el cálculo del porcentaje de abstemios. Por lo anteriormente expuesto, es necesario explicitar que el análisis realizado a partir del cálculo del consumo per cápita, si bien arroja resultados interesantes, los mismos son parciales. Creemos que es necesario construir series históricas de mortalidad que permitan estudiar en profundidad el perfil epidemiológico de ciertas enfermedades y problemas de salud y también se deberían continuar implementando herramientas metodológicas como las encuestas citadas, que permiten medir los patrones de consumo que ilustran en gran medida, cuánto y cómo afecta el consumo de alcohol a la población de nuestro país.

Al abordar diferentes aspectos que tienen que ver con los mecanismos de control y disminución del consumo nocivo se mencionaron las políticas de control de precios y de restricción de la venta para edades establecidas por ley. Con relación a los precios, creemos que es importante realizar estudios que midan la evolución de precios a lo largo del tiempo y su impacto real en el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población. Sobre todo teniendo en cuenta que este tipo de políticas está documentada en diferentes países del mundo y, como veíamos en diferente bibliografía, ha demostrado reducir el consumo de alcohol de manera notable (López Claros, 1987; Chaloupka *et al.*, 2002; Anderson &

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Baumberg; 2006; Alvarez *et al.*, 2007). En nuestro país no existen publicaciones, investigaciones o artículos que documenten dicho aspecto, es decir, que midan el impacto que pudiera llegar a tener sobre la salud, las políticas impositivas sobre la regulación de precios de las bebidas alcohólicas. Este tema sería motivación interesante de una futura investigación que complemente y profundice este trabajo.

La solución al problema del alcohol es compleja como el problema que la motiva, pero queremos detenernos a pensar cuál es el tratamiento ante una situación en donde el alcohol aparece como problema real. En cuanto a esto, es necesario tener presente que las definiciones y las normas diagnósticas propuestas, como ya se mencionó anteriormente en este trabajo, presentan una “convergencia de opiniones” (Freeman *et al.*, 1998). Las definiciones del alcoholismo se realizan en términos de dependencia o enfermedad y en menor grado en término de problema. El alcohol comienza a representar un problema visible para el conjunto de profesionales, cuando quien lo padece “presenta un avanzado deterioro” o “frecuentes episodios de ebriedad” (Menéndez, 1990, p. 205). Según Menéndez (1990), para los profesionales médicos “la causalidad, las funciones y soluciones estructuran una representación según la cual es la situación económica y cultural la determinante del ‘alcoholismo’” (Menéndez, 1990, p. 211). Esta situación hace pensar, que, por parte del sector salud se aplicaría el “conocimiento científico derivado de la producción y perspectivas de las ciencias antropológicas y sociales” (Menéndez, 1990, p. 211), pero esta situación no solamente no ocurre sino que se desconoce o se conoce poco, cual es la producción antropológica sobre alcoholismo y alcoholización (Menéndez, 1990). Existe, en el fracaso terapéutico, una carencia del manejo de la perspectiva de las ciencias sociales por parte de los profesionales médicos y especialistas, incluso de los expertos en salud pública (Menéndez, 1990).

Es necesario, como se planteó anteriormente en este trabajo, incorporar la perspectiva de las ciencias sociales para el abordaje del problema del alcohol que permita una interpretación diferente a la que propone el modelo médico, el cual ha demostrado que carece hasta el momento, de soluciones eficaces (Menéndez, 1990).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6. CONCLUSIONES

1. Las tasas de mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol mostraron una tendencia descendente pero con un aparente incremento y posterior disminución en los últimos años del período estudiado.
2. Las tasas de mortalidad por enfermedades mentales mostraron un descenso por debajo de las causas hepáticas a partir del año 1996 en las mujeres y 2001 en los hombres. Las enfermedades hepáticas y la pancreatitis aguda mostraron una tendencia más estable que el resto de las causas. La pancreatitis aguda se posicionó como tercera causa de mortalidad en los hombres y como primera causa en las mujeres. La categoría "otras causas" muestra una tendencia descendente.
3. Los hombres murieron más que las mujeres por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol durante el período 1990-2009 en Argentina.
4. Las muertes atribuibles al consumo de alcohol ocurrieron porcentualmente más entre las personas de 45 a 64 años durante el período 1990-2009 en Argentina.
5. La región Pampeana registró un mayor porcentaje de fallecidos por causas alcohólicas durante el período en estudio en comparación con el resto de las regiones y la región Patagónica registró las tasas más elevadas de mortalidad.
6. El consumo de alcohol per cápita en la República Argentina disminuyó y fue en promedio de 10,6 litros durante el período 1980-2009.
7. Tanto las tasas de mortalidad como el consumo de alcohol per cápita han descendido en el período en estudio lo cual hace pensar que existiría una relación entre ambas variables.
8. Es importante la construcción de series históricas de mortalidad y estudiar en profundidad los patrones de consumo predominantes en nuestra población.
9. Es necesario realizar estudios que permitan evaluar la evolución de los precios y su impacto sobre la mortalidad por enfermedades causadas por el alcohol.
10. Es necesario un enfoque cualitativo desde la perspectiva de las ciencias sociales que amplíe las dimensiones y la posibilidad de dar respuesta a la problemática de manera integral.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

6.1. Ventajas y limitaciones de la investigación

Ventajas

Como ventajas del presente trabajo encontramos que esta investigación permite analizar un tema complejo desde varios aspectos así como obtener información significativa a un costo reducido. Por otra parte, y más allá de las limitaciones, esta investigación permite la comparación de resultados con estudios ya existentes y hacia el interior del mismo trabajo. Además, tanto las tasas de mortalidad como los porcentajes obtenidos permiten realizar un análisis general del problema de investigación. También pensamos que, tener la posibilidad de analizar la tendencia de las tasas de mortalidad por patologías atribuibles al consumo de alcohol en una serie histórica larga representa una ventaja para el estudio de problemas como el alcoholismo y sus consecuencias y por último, creemos que la posibilidad de comparar el consumo per cápita de bebidas alcohólicas con tasas de mortalidad específicas también representan una ventaja de esta investigación.

Limitaciones

Una de las limitaciones que encontramos en esta investigación se refiere a que los datos utilizados para calcular el consumo per cápita no refieren a datos de consumo real sino al consumo aparente calculado a partir de datos de producción y ventas. Esto hace que no se puedan realizar análisis específicos sobre los modos de consumo de las poblaciones, no se puede analizar patrones de consumo. Tampoco dicho análisis del consumo per cápita es específico para cada una de las regiones estudiadas. Esta situación no permite analizar patrones de consumo por región ni comparar las tasas de cada región con el consumo específico. Pensamos además que existe un sub-registro del consumo ya que las cifras de consumo per cápita basadas en la población total tienden a subestimar de manera relativa el consumo en países en donde la mayor proporción de la población es menor de 15 años. Además no se tiene en cuenta la población que es considerada abstemia ni se puede analizar el consumo por edad específica ni por sexo. Otra de las limitaciones es que no pueden analizar los datos de consumo per cápita en comparación con nivel educativo, lugar de procedencia, nivel de ingreso, tipo de vivienda, etc. Tampoco se puede realizar comparaciones con datos socio-sanitarios o socio-ambientales. Como último punto y a partir de lo dicho anteriormente, podemos decir que otra de las limitaciones de esta investigación se relaciona con que es un trabajo que arroja resultados parciales ya que se excluyeron de

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

la misma aquellas causas indirectas de muerte como los accidentes, suicidios, homicidios y algunas otras enfermedades crónicas.

6.2. Consideraciones finales

En el transcurso de la elaboración del presente trabajo y sobre todo en la lectura de la bibliografía estudiada, surgieron algunas preguntas se excluyeron del análisis de esta investigación, no porque no tuvieran relación con el problema sino porque quedaban por fuera del recorte metodológico. En ese sentido, nos interesó lo planteado por algunos autores sobre la predominancia del patrón de consumo problemático o nocivo durante la adolescencia y en relación a esta situación surgen preguntas como las siguientes: ¿En qué momento histórico los adolescentes comienzan a consumir alcohol de manera nociva? ¿El consumo nocivo en la adolescencia tiene que ver con factores exclusivamente del desarrollo psicofísico o existe alguna relación con el entorno social que predispone a los/as adolescentes a consumir bebidas alcohólicas de forma excesiva? ¿Este tipo de patrón de consumo se registra distinto en relación a los niveles de ingreso o educativos? ¿Qué factor acciona para que este consumo excesivo durante la adolescencia disminuya, en algunos casos, a formas moderadas en la edad adulta?

Resulta interesante poder dejar planteadas preguntas e inquietudes que creemos, podrán ser el puntapié inicial para investigaciones futuras.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeldano RA, Fernandez AR, Ventura Arena CA, Estario JC. Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [Citado Feb 2013];29(5): 899-908. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/07.pdf>

Acosta LD, Bertone CL, Peláez E. Mortalidad y Años de esperanza de vida perdidos a causa de Consumo de alcohol en Argentina 2008. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2012 [Citado Feb 2013];9(2):1-21. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/9/9-2/9-2-4/9-2-4.pdf>

Aguirre C. El legado de Pasteur. *Iatreia* [Internet]. 1996 [Citado Mar 2013];9(1):16-21. Disponible en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/3598/3360>

Ahumada G. Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2007. Informe Final de Resultados. Área de Investigaciones. Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas. Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico [Internet]. 2008. [Citado Feb 2013]. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tercera_encuesta_Nac_de_estud_de_Ensenanza_Media2007_InfoFinal.pdf

Alarcón CO, Ávila MLB, Tajmuchi VV. Pancreatitis aguda. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2008 [Citado en Mar 2013];79(5):516-521. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n5/art10.pdf>

Alderete E, Kaplan C, Nah G, Perez-Stable EJ. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud pública México* [Internet]. 2008 [Citado Ene 2013];50(4):300-307. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002201>

Álvarez J, Cabezas Peña MC, Farran JC, Galán Labaca I, Gual i Solé A, Lizarbe Alonso V, Rodríguez-Martos A, Rosón Hernández B, Segura García L. Prevención de los problemas derivados del alcohol [Internet]. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España; 14 y 15 de junio 2007: Madrid [Citado en Febrero 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas [Internet]. Washington, DC: OPS. 2008. [Citado Mar 2010]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa, una perspectiva de Salud Pública. Un informe para la Comisión Europea. Institute of Alcohol Studies, Reino Unido [Internet]. 2006 [Citado en Jun 2013]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_es_en.pdf

Antoñanzas Villar F, Martínez-Zárate MP, Pradas Velasco R. Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2008 [Citado en Jun 2013];22(3):175-178. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13123960&pidet_usuar

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

[io=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=52&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v22n03a13123960pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/lan/es/fichero=138v22n03a13123960pdf001.pdf)

Argandoña A, Fontrodona J, García Lombardía P. Libro blanco de consumo responsable de alcohol en España [Internet]. 2009. [Citado en marzo 2013]. Disponible en http://www.iese.edu/es/files/diageo_libroblanco.pdf

Beers MH, Berkow R. Manual Merk. 17ed. Madrid. Elsevier:1999.

Bello LM, Saavedra P, Serra L. Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas Canarias (1980-1998). Gaceta Sanitaria [Internet]. 2003 [citado 2009 Jul]; 17(6):466-473. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/gsv17n6/original4.pdf>

Benítez Hernández MDM. Detección de Trastornos por Consumo de Alcohol y Sintomatología Asociada en Personas Mayores de 60 años [Tesis de Doctorado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/596/deteccion-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol-y-sintomatologia-asociada-en-personas-mayores-de-60-anos/>

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, D.C: OPS, 2005. http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Revista Cubana Investigación Biomédica [Internet]. 2003 [Citado May 2012]:22(1):25-31. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi04103.pdf

Calvillo L, Negro L, Venesio S, Paz A. Algunos Datos Sobre el Consumo de Alcohol en Argentina. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. 2011. [Citado Oct 2012]: 4. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>

Carrasco JB. Mitología universal, historia y explicación de las ideas religiosas y teológicas de todos los siglos, de los dioses de la India, El Thibet, La China, El Asia, El Egipto, La Grecia y el mundo romano, de las divinidades de los pueblos eslavos, escandinavos y germanos, de la idolatría y el fetichismo americanos y africanos, etc. [Internet]. Madrid: Gaspar y Roig; 1864 [Citado Ene 2011]. Disponible parcialmente en: http://books.google.com.ar/books?id=MW0OykZ2Y_cC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and Public Health: Alcohol-Related Disease Impact (ARDI) [Internet]. 2011 [Citado Ago 2012]. Disponible en: http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/default/default.aspx

Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The Effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. Alcohol Research & Health [Internet]. 2002 [Citado Jun 2013];26(1):22-34. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/22-34.htm>

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Chang de la Rosa M. El consumo de alcohol como un problema de salud pública. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2012 [Citado en Mar 2013];50(3):425-426. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223225493010>

Conti N. Mitología. 2ª ed. [Internet] Murcia: Servicio de Publicaciones; 2006 [Citado Mar 2011] Disponible parcialmente en: http://books.google.com.ar/books?id=X5wSAWFjwvqC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Córdoba García R. Alcohol y reducción de daño: la intervención desde la atención primaria de salud. Trastornos Adictivos. [Internet] 2002 [Citado Ago 2012];4(2):83-87. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13030756&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=43&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v04n02a13030756pdf001.pdf

Cortés Amador E. Aportes teóricos y metodológicos para evaluar el impacto en la salud asociada al uso nocivo de alcohol. Revista costarricense de Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado Mar 2013];21(1):23-30. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292012000100006&lng=es&nrm=iso

Díaz Suárez P, Vargas Rojas D, Pérez Miranda R. Análisis histórico – epistemológico de nomenclatura Química Inorgánica. Tecné, Epistemé y Didaxis [Internet] 2009 [Citado Mar 2011];nro. extraordinario:1008-1015. Disponible en: <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/TED/article/view/187/175>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Normativa Nacional en Políticas Sanitarias de Prevención y Lucha Frente al Consumo Excesivo de Alcohol. Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. 2011 [Citado Abril 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2-normativa-nacional-en-politicas-sanitarias.pdf>

Dufour MC. What Is Moderate Drinking? Defining “Drinks” and Drinking Levels. Alcohol Research & Health [Internet]. 1999 [Citado en Ene 2013];23(1):5-14. Disponible en: <http://www.hawaii.edu/hivandaids/What%20Is%20Moderate%20Drinking%20%20%20%20%20%20%20Defining%20Drinks%20and%20Drinking%20Levels.pdf>

Esteban Santos S. Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. Anales de la Real Sociedad Española de Química [Internet]. 2003 [Citado Mar 2011]; 4:53-61 Disponible en: http://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&q=biografia+de+paracelso&lr=&as_ylo=&as_vis=0

Freeman HE, Reeder LG, Levine S. Manual de Sociología Médica. Fondo de Cultura Económico. Secretaría de Salud. Biblioteca de la Salud. México: 1998.

Fresan M. Luis Pasteur: El vencedor del mundo. Pangea Ed. Santiago de Chile. 1989. Disponible parcialmente en: http://books.google.com.ar/books?id=FZoHasA37SkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

García Gutiérrez E, Lima Mompó G, Aldana Vilas L, Casanova Carrillo P, Feliciano Álvarez V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Revista Cubana Medicina Militar [Internet]. 2004 [Citado Dic 2009];33(3). Disponible en:

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

González Guzmán R, Alcalá Ramírez J. Temas de Reflexión: Consumo de Alcohol y Salud Pública. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM [Internet] 2006 [Citado Mar 2009]; nro 006. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000605.pdf>

Graham L, Stockwell T. Alcohol indicators report: a framework of alcohol indicators describing the consumption of use, patterns of use and alcohol-related harms in Nova Scotia. Nova Scotia Health Promotion Addiction Services [Internet]. 2005. [Citado en Ago 2012]. Disponible en: <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/AlcoholFullFINAL.pdf>

Grimal P. Diccionario de Mitología griega y romana. [Internet]. Barcelona: Paidós Ibérica; 1981 [Citado Feb 2011]. Disponible en: http://books.google.com.ar/books?id=0ugaKWx_2icC&printsec=frontcover&hl=es&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Guerra de Andrade A, Antony JC, editores. Magalhaes Silveira C, co-editora. El Alcohol y sus Consecuencias: Un Enfoque Multiconceptual [Internet]. 2011 [Citado Ene 2013]. Disponible en: <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsecuencias-es-sumario.pdf>

Hauger Kleven J, Balossi E. Liver Cirrhosis Mortality in Argentina: its relationship to alcohol intake. Drug and Alcohol Dependence, 1987 [Citado Dic 2011];19(1):29-33.

Hemström O. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. European Journal of Public Health [Internet]. 2002 [Citado Ene 2013]12: 254-262. Disponible en: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/12/4/254.full.pdf+html>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Resultados preliminares de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 - ENPreCoSP-2008 [Internet]. 2008. [Citado Feb 2013]. Disponible en: http://estadistica.tucuman.gov.ar/archivos/2MercadoLaboral/Enprecosp/enprecosp_29_07_08.pdf

Jané M, Borrell C, Nebot M, Pasarin MI. Impacto del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de la ciudad de Barcelona: 1983-1998. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2003 [Citado Jul 2009]17(2):108-115. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v17n2/original2.pdf>

Juárez D, Bagnasco ME, Snadger A, Monserrat JP, Dománico A. Uso nocivo de alcohol. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires [Internet]. 2011. [Citado Mar 2012] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/uso_n_alcohol_web.pdf

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Isselbacher KJ. Harrison: Principios de Medicina Interna Edición en Español. 16ed. Madrid: Mcgraw-Hill Medical Publishing Division. 2005.

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Lacoste P. La vid y el vino en América del Sur: el desplazamiento de los polos vitivinícolas (siglos XVI al XX). *Universum*. 2004, vol.19, n.2, pp. 62-93 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-23762004000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2376. doi: 10.4067/S0718-23762004000200005. Fecha de Acceso: Marzo de 2011

Ledesma-Heyer JP, Arias Amaral J. Pancreatitis aguda. *Med Int Mex* [Internet]. 2009 [Citado en Mar 2013];25(4):285-94. Disponible en: http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/medicina_interna_mexico/MI-4.7%2520PAMCREATITIS%5B1%5D.pdf

Lema S, Longo EN, Lopresti A. Guías alimentarias: manual de multiplicadores. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. Buenos Aires [Internet]. 2003 [Citado en Ene 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/guias-alimentarias.pdf>

Lessa I. Cirrose hepática no Brasil: mortalidade e años produtivos de vida perdidos precocemente. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* [Internet]. 1996 [Citado Jul 2009]; 121(2):111-122. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v121n2p111.pdf>

Llopis Llácer JJ, Gual Solé A, Rodríguez-Martos Dauer A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones* [Internet]. 2000 [Citado Ene 2013];12(1):11-19. Disponible en: <http://xa.yimg.com/kg/groups/15569356/1572584308/name/Consumo%2Bde%2Bbebidas%2BAlcohol%25C3%25B3licas%2Bmediante%2Bla%2Bunidad%2Bde%2Bbebida%2Best%25C3%25A1ndar.pdf>

López Claros A. Mortalidad por Cirrosis Hepática, producción y precio del vino en Chile, 1950-1982. *Boletín de la Oficina sanitaria panamericana* [en Internet] 1987 [Citado Mar 2009];102(4):346-358. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v102n4p346.pdf>

March J. Diccionario de Mitología Clásica [Internet]. Barcelona: Crítica; 2002. [Citado Ene 2011]. Disponible en: http://books.google.com.ar/books?id=5MCB71WW5SoC&printsec=frontcover&hl=es&source=qbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Martínez Ruiz M, Rubio Valladolid G, Coordinadores. *Manual De Drogodependencias Para Enfermería*. Madrid: Diaz De Santos. 2002; 327-338.

Méndez Sánchez N, Villa AR, Zamora Valdés D, Morales Espinosa D, Uribe M. Worldwide mortality from cirrhosis. *Annals of Hepatology* [Internet] 2007 [Citado Oct 2013]; 6(3):194-195. Disponible en: <http://www.annalsofhepatology.com/old/PDF/vol6n3/Hp073-15.pdf>

Menéndez EL & Di Pardo RB. Alcoholismo: Políticas e Incongruencias del Sector Salud en México. *Desacatos Revista de Antropología Social* [Internet]. México. 2006 [Citado dic 2009]; Ene-Abr(20):29-52 Disponible en: http://www.ciesas.edu.mx/desacatos/20%20Indexado/saberes_1.pdf

Menéndez EL, Di Pardo RB. De algunos alcoholismos y algunos saberes. *Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS; 1996.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Menéndez EL. Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica. México: Alianza; 1990
Míguez H. Epidemiología de la alcoholización juvenil en la Argentina. Acta de Psiquiatría y Psicológica de América Latina. [Internet]. 2004. [Citado Feb 2009]; 50(1):43-47. Disponible: <http://www.rehueong.com.ar/archivos/epidemiologia%20de%20la%20alcoholizacion%20juvenil%20en%20la%20argentina.doc>

Ministerio de Salud de la Nación. Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica - Año 2011. [Internet]. [Citado Sep 2013]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>

Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Beaulieu Orío M, Sáenz González MC. Mortalidad prematura atribuible al alcohol en las comunidades autónomas. SEMERGEN [Internet]. 2000 [Citado Feb 2013]; 26:180-185. Disponible en: <http://www.elsevier.es>

Monteiro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción [Internet]. Washington D.C: OPS; 2007 [Citado Feb 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>

Naranjo Ossa C. Louis Pasteur, a cien años de su muerte. Asociación Colombiana de Ingenieros Agrónomos. Agricultura Tropical [Internet]. Bogotá: 1995. [Citado Marzo 2013]:32(2). Disponible en: <http://201.234.78.28:8080/jspui/bitstream/123456789/3903/1/126.pdf>

Narro J, Gutiérrez JH. Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México. Salud Pública. México [Internet] 1997 [Citado Jul 2012]:mayo-junio: 217-220. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639307>

Naveillan P. Sobre el Concepto de Alcoholismo. Boletín Oficial de la Oficina Panamericana [Internet]. 1981 [Citado Ene 2013] 91(4):340-348. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/spanish/bol/v91n4p340.pdf>

Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid [Internet]. 2006. [Citado Ago 2012] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/mortalidadAlcohol.pdf>

Office for National Statistics. Alcohol-related deaths in the United Kingdom. Statistical Bulletin [Internet] 2012 [Citado Ago 2012]. Disponible en: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_254061.pdf

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10). Washington DC: OMS, OPS; 1995.

Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Washington DC: OMS; 2010. [Citado Ene 2012]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health. [Internet]. Washington DC: OMS; 2011 [citado Marzo 2012]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
Organización Mundial de la Salud. Guía Internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias [Internet]. Washington DC: OMS; 2000 [citado feb 2011] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. Madrid: OMS; 1994. [Citado Ene 2012]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. "El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas". Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2010 Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/alcohol.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas Reporte Final del Estudio Multicéntrico [Internet]. Washington DC: OPS; 2007 [Citado Dic 2010]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_multicentric_americas_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena Revisión. Washington DC: OPS; 1978

Panorama Sectorial. Guía de Oportunidades de Negocios [CD]. 2010 [Citado dic 2010];23(269-270-272).

Pinheiro Gawryszewski V, Monteiro MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007–09. *Addiction*, 2014 [Citado May 2014]; 109: 570–577

Pliego Martín. Introducción a la Estadística Económica y Empresarial. Teoría y Práctica. Thomson. Madrid. [Internet]. 2004 [Citado May 2014]; 513-551 Disponible en: <http://www.ugr.es/~rcano/ADDE/tasas.pdf>

Pomares L, Braschi M, Casella MA, Canay R, Girardelli AM, Kamenieki M, Nápoli M, Pisano S, Quevedo S. Lineamientos para la atención del Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. 2012 [Citado Mar 2013]; Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2012-08-31_atencion-consumo-episodico.pdf

Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U. The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking. *European Addiction Research* [Internet]. 2003 [Citado Ene 2013];(9):147-156 Disponible en: http://scholar.google.com.ar/scholar_url?hl=es&q=http://www.researchgate.net/publication/5261287_The_global_distribution_of_average_volume_of_alcohol_consumption_and_patterns

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

[_of_drinking/file/d912f50b5c941d7138.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm2d2GUKkNiTXVR3okKqnB_L7OI09A&oi=scholar&ei=lwZrUdfCF4yy8ASywYDoDw&ved=0CCsQgAMoATAA](#)

Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. 2012 Disponible en: http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CA_MH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf

Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. Revista Panamericana Salud Pública [Internet]. 2005 [Citado Feb 2010]; 18(4/5): [241-248]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28085.pdf>

Rehm J, Room R, Monteriro M, Gmel G., Graham K, Rehn T. Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization [Internet]. 2004. [Citado Mar 2010];1(12): 959-1108. Disponible en: <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0959-1108.pdf>

República Argentina. Ley 18.284 Código Alimentario Argentino. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Codigoa/Ley_18284_1969.pdf

República Argentina. Ley Nacional De Lucha Contra El Alcoholismo N° 24788 [Internet]. 1997 [Citado Dic 2009]; Disponible en: http://www.hcdn.gov.ar/leyes/buscarNormasXNumLey.jsp?id_norma=38514

Revuelta Muñoz E, Godoy García P, Farreny Blasi M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. Atención Primaria [Internet] 2002. [Citado Mayo 2013];30 (2):112-118. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13033736&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://z.l.elsevier.es&lan=es&fichero=27v30n02a13033736pdf001.pdf

Sánchez CE. Louis Pasteur: una vida, una ciencia, un siglo. Biomédica [Internet] 1995 [Citado Mar 2013];15:155-162. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/874/989>.

Sechi Mestica G. Diccionario de mitología universal. [Internet] Madrid: Akal; 2007 [Citado Mar 2011]. Disponible parcialmente en: http://books.google.com.ar/books?id=i2CEKUF10UkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Sanchez Lozada R, Acosta Rosero AV, Chapa Azuela O, Hurtado Lopez LM. Etiología como determinante de severidad en la pancreatitis aguda. Gaceta Médica [Internet] 2003. [Citado en Oct 2013]; 139(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm031e.pdf>

Silva Paim J. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La Crisis de la salud pública: reflexiones para el debate [Internet]. Washington DC: OPS; 1992. [Citado Marzo 2011];151-167. Disponible en:

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6169/1/Paim%20JS.%20La%20Salud%20Colectiva.%20%201992.pdf>

Sjören H, Eriksson A, Brostön G, Ahlm K .Quantification of alcohol-related mortality in Sweden [Internet]. Alcohol and Alcoholism: 2000. [Citado Mayo 2013];35(6):601-611. Disponible en: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/35/6/601.full.pdf+html>

Solimano Giorgio. Consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud. Rev Salud Pública. Chile[Internet] 2006. [Citado en Oct 2013];10(3): 177-181. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2546/2468>

Spinelli H, Zunino G, Alazraqui M, Guevel C, Darraidou V.Mortalidad por armas de fuego en la República Argentina 1990-2008. Buenos Aires: OPS; 2011.

Stimson GV. El Consumo De Alcohol En Contexto: Responsabilidad De Todos. International Center for Alcohol Policies [Internet]. 2006 [Citado Jul 2010]:1-13. Disponible en: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=LKiN80N6YGo%3D&tabid=76>

Sutocky JW, Shultz JM, Kizer KW. Alcohol-Related Mortality in California, 1980 to 1989. American Journal of Public Health [Internet]. 1993 [Citado Oct 2012];83(6):817-823. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694745/pdf/amjph00530-0035.pdf>

Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, Chaikledkaew U. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health [Internet] 2010 [Citado en Mar 2013];10:323. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896941/pdf/1471-2458-10-323.pdf>

Valdés Stauber J. Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. Adicciones [Internet]. Alemania: 2003. [Citado Feb 2013];15(4):351-368. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/08.%20Revi.351-368.pdf>

Villalbí JR, Montes A,López-Nicolás A. Evolución del índice de precios al consumo del tabaco y las bebidas alcohólicas: España, 1992-2001. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2002 [Citado en Jun 2013];4(76):359-361. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n4/carta.pdf>

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

GLOSARIO

Abstemio: se denominan con este término a las personas que practican la abstinencia. Esta última se define como la privación del consumo de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. El término absteminente actual, usado en las encuestas de población en algunos países, se define como aquella persona que no ha consumido alcohol en los 12 meses anteriores (OMS, 1994; p. 11).

Alcohol: sustancia química que se genera por fermentación o destilación de muy diversas sustancias (frutos, cereales, agaves, leche, etc.), cuya graduación oscila generalmente entre 4° y 60°, aunque en el caso del alcohol “puro o fino”, que también se usa como bebida, puede llegar a 96°. Esta sustancia tiene determinadas propiedades con efectos fisiológicos y puede generar algunos padecimientos entre los cuales los más significativos son la cirrosis hepática y la psicosis alcohólica. No obstante, dicha sustancia no genera necesariamente la mayoría de las consecuencias sociales negativas que se le adjudican. Éstas son determinaciones socioeconómicas y culturales del empleo del alcohol y no productos del alcohol en sí (Menéndez, 1990, p. 15-16). En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (OMS, 1994, p. 14). En la República Argentina, según el Código Alimentario Argentino en su Capítulo XIV, Artículo 1109, el Alcohol Etílico Potable de Origen Agrícola es el producto con una graduación alcohólica mínima de 95% Vol. a 20 °C, obtenido por la destilación-rectificación de mostos provenientes únicamente de materias primas de origen agrícola, de naturaleza azucarada o amilácea, resultante de la fermentación alcohólica, como también el producto de la rectificación de aguardientes o de destilados alcohólicos simples. En la denominación del alcohol etílico potable de origen agrícola, cuando se haga referencia a la materia prima utilizada, el alcohol deberá ser obtenido exclusivamente de esa materia prima (República Argentina), 2008).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Alcohol absoluto (etanol anhidro): etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. En las estadísticas sobre la producción o el consumo de alcohol, el alcohol absoluto indica el contenido de alcohol (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas (OMS, 1994, p. 14).

Alcoholismo: consecuencias negativas orgánicas, físicas y biopsíquicas generadas en forma directa por el consumo de bebidas alcohólicas (Menéndez & Di Pardo, 1996, p. 61). En los años 50 el término alcoholismo es aceptado para definirlo como una enfermedad de causa biológica primaria y evolución natural previsible (perspectiva que utiliza Alcohólicos Anónimos desde fines de los años 30). Pero en 1977, un grupo de investigadores de la OMS, en respuesta al uso impreciso y variable del término alcoholismo, propuso utilizar en su lugar el término síndrome de dependencia del alcohol (OMS, 1994, p. 16).

Alcoholización: procesos y estructuras económico-políticas y socioculturales que se operan en una situación históricamente determinada para establecer las características básicas del uso y consumo (implicando el no consumo) de alcohol por los conjuntos sociales (Menéndez, 1990, p. 16). La OMS lo define como el consumo frecuente de cantidades sustanciales de bebidas alcohólicas para mantener una concentración elevada de alcohol en la sangre. También se define como el proceso de aumentar la frecuencia del consumo de alcohol. El término puede aplicarse tanto al bebedor aislado como a toda la sociedad. El término "alcoholisation" (del francés) se utilizaba originalmente en el contexto de los hábitos franceses de consumo de alcohol e implica que beber es una conducta aceptada en el entorno sociocultural en lugar de reflejar una psicopatología individual (OMS, 1994; p 17).

Bebida Alcohólica: Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo. Casi todas las bebidas alcohólicas se preparan mediante fermentación, seguida de destilación en el caso de las de alta graduación. La cerveza se elabora a partir de cereales fermentados (cebada malteada, arroz, mijo, etc.), a los que a menudo se añade lúpulo. El vino se produce por fermentación de frutas o bayas, sobre todo, uvas. Otros productos tradicionales obtenidos por fermentación son el aguamiel (de la miel), la sidra (de las manzanas u otras frutas), el sake (del arroz), el pulque (del cactus mague) y la chicha (del maíz) (OMS, 1994, p. 20). Los licores se obtienen a partir de materias primas diferentes, ya sean cereales o frutas: por ejemplo, el vodka se elabora con cereales o con patatas; el whisky, con centeno o trigo; el ron, con caña de azúcar; y el coñac, con uvas u otra fruta. El jerez, el oporto y otros vinos de alta graduación son vinos a los que se ha añadido un licor, para obtener un contenido en etanol del 20% aproximadamente (OMS, 1994, p. 21). Según

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

el Código Alimentario Argentino, en su Capítulo XIV, Artículos 1110 y 1111, las bebidas alcohólicas pueden ser (**Anexo A**):

Bebida Alcohólica (con excepción de las fermentadas) es el líquido alcohólico destinado al consumo humano con características organolépticas especiales, con un grado alcohólico mínimo de 0,5% vol. y un máximo de 54% vol. a 20° C, y obtenido:

a) Directamente por destilación en presencia o no de sustancias aromáticas, de productos naturales fermentados y/o por maceración, infusión, percolación o digestión de sustancias vegetales; y/o por adición de aromas, sabores, colorantes y otros aditivos permitidos, azúcares u otros productos agrícolas al alcohol etílico potable de origen agrícola y/o a un destilado alcohólico simple, conforme a los procesos de elaboración definidos para cada bebida.

b) Por mezcla de una bebida alcohólica con:

1. Otra u otras bebidas alcohólicas;
2. Alcohol etílico potable de origen agrícola y/o destilado alcohólico simple;
3. Una o varias bebidas fermentadas, y
4. Una o varias bebidas.

Las bebidas alcohólicas con graduación alcohólica superior a 15% vol. podrán también ser denominadas 'Bebidas Alcohólicas Espirituosas'. La denominación 'de cereales' o de otra materia prima (ej.: 'de fruta') solamente podrá ser empleada si el alcohol etílico potable de origen agrícola y/o destilado alcohólico simple de origen agrícola, utilizados en la elaboración de la bebida, fueran exclusivamente de cereales o de la materia prima indicada. Las bebidas alcohólicas a las que se les autoriza como ingrediente sustancias vegetales y/o sus extractos deberán utilizar las especies botánicas y cumplir con las restricciones de acuerdo con lo establecido en el presente Código. Se permite el uso de hojas sanas y limpias de Stevia Rebaudiana (Bertoni) (República Argentina, 2008).

Bebidas alcohólicas obtenidas por destilación de mostos fermentados de frutas, jugos y/o pulpas, deberán cumplimentar las siguientes condiciones:

- a) Graduación alcohólica no mayor de 55° centesimales.
- b) Impurezas totales, máx. 10,0 g por litro.
- c) Alcohol metílico, máx. 1,0 ml por litro.
- d) Furfural, máx. 40,0 mg calculado por litro de alcohol absoluto.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Los aguardientes de frutas declarados Aptos para manipular podrán contener hasta 4,0 ml de alcohol metílico por litro de aguardiente (República Argentina, 2008)

Consumo de Riesgo: Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10) (OMS, 1994, p. 26).

Consumo perjudicial: Patrón de consumo de que causa daño a la salud física (por ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). Comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos (p. ej., DSM-III-R) es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales (OMS, 1994, pp. 26-27).

Cirrosis Hepática: es posible clasificar de manera conveniente la mayor parte de los tipos de cirrosis en función de criterios etiológicos y morfológicos combinados, como sigue: 1) alcohólica; 2) criptógena y poshepatítica; 3) biliar; 4) cardíaca, y 5) metabólica, hereditaria y producida por medicamentos” (OMS, 1994, p. 38; Kasper, 2005, p. 9962).

Cirrosis Hepática Alcohólica (K70.3): “La cirrosis alcohólica, conocida históricamente como cirrosis de Laennec, es el tipo de cirrosis que se detecta con mayor frecuencia en Norteamérica y en muchas zonas de Europa occidental y de Sudamérica. Se caracteriza por una cicatrización difusa y sutil, por la pérdida bastante homogénea de células hepáticas y por la aparición de nódulos de regeneración de pequeño tamaño, por lo cual se denomina a veces cirrosis micronodular” (OMS, 1994, p. 23; Kasper, 2005, p. 9963).

Complejo alcohólico: “conjunto de consecuencias negativas ocasionadas directa o indirectamente por el consumo de alcohol. Expresándose a través de padecimientos físicos, orgánicos y mentales así como consecuencias del contexto cultural y económico-político” (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1996, pp. 61-62).

Consumo de bebidas alcohólicas: “Conductas asociadas a la ingestión de bebidas alcohólicas, incluyendo la acción de beber en situaciones sociales” (Menéndez, 1996, p. 59).

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Consumo problemático: “Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. Cuando empezó a usarse esta expresión, denotaba que se bebía en respuesta a un problema en la vida. Este término se viene utilizando desde mediados de la década de los 60 en un sentido más general para evitar hacer referencia al concepto del alcoholismo como enfermedad. En ciertos contextos, el consumo problemático de alcohol se usa como sinónimo del concepto de alcoholismo en sus fases iniciales o menos graves. Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida” (OMS, 1994, p. 27).

Dependencia de Alcohol o Síndrome de dependencia del alcohol: “ conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del uso repetido de alcohol y que por lo general incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultades en el control de su uso, la persistencia en su uso a pesar de consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo de alcohol que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia, y a veces un estado de abstinencia física ” (OMS, 2011, p. 21).

Episodios de consumo intensivo de alcohol (binge drinking): Patrón de consumo de grandes cantidades de alcohol concentrado en un período de tiempo que se reserva expresamente para este fin. En las encuestas de población, este período suele definirse como más de un día sin dejar de beber. La persona que bebe predominantemente de este modo, a menudo con períodos intermedios de abstinencia, se denomina “bebedor intensivo episódico”, en inglés “binge drinker” o “bout drinker” (OMS, 1994, p. 35).

Hepatitis Alcohólica (K70.1): “La característica fundamental de la hepatitis alcohólica es la lesión de los hepatocitos, que se manifiesta por degeneración en balón, necrosis en placas, infiltración polimorfonuclear y fibrosis en los espacios perivenular y perisinusoidal de Disse. En los casos floridos los cuerpos de Mallory están presentes con frecuencia pero ni son específicos ni representan una condición necesaria para establecer el diagnóstico. Se piensa que la hepatitis alcohólica es la precursora del desarrollo de la cirrosis. No obstante, al igual que el hígado graso, es potencialmente reversible cuando se interrumpe el consumo de alcohol. Ocurre cirrosis hasta en 50% de los pacientes con hepatitis alcohólica demostrada por biopsia” (Kasper, 2005, p. 9952).

Hepatopatía Alcohólica: “La ingestión excesiva y por largo tiempo de bebidas alcohólicas constituye una de las principales causas de hepatopatía en los países occidentales. Los signos patológicos de la hepatopatía alcohólica incluyen tres lesiones importantes que rara vez ocurren de manera aislada: 1) esteatosis hepática (hígado graso); 2) hepatitis alcohólica, y 3) cirrosis. Se considera al alcohol una hepatotóxica directa, pero sólo 10 a

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

20% de los alcohólicos terminarán por mostrar hepatitis alcohólica. No se ha dilucidado esta paradoja, pero entraña la interacción de factores facilitadores y coexistentes como género (sexo), herencia e inmunidad” (Kasper, 2005, p. 9948).

Hígado Graso Alcohólico o Esteatosis Hepática Alcohólica (K70.0): “aparece en más de 90% de quienes beben intensamente y lo han hecho por largos períodos (crónicos). El consumo continuo de alcohol da lugar a la acumulación de grasa en todo el lobulillo hepático. A pesar de los extensos cambios grasos y de la distorsión de los hepatocitos con grasa macrovesicular, la interrupción del consumo de alcohol normaliza la estructura hepática y el contenido de grasa del hígado. El hígado graso alcohólico se ha considerado de manera tradicional como enteramente benigno; pero al igual que el espectro de la esteatohepatitis no alcohólica, ciertas características anatomopatológicas, como las mitocondrias gigantes, la fibrosis perivenular y la grasa macrovesicular pueden asociarse con lesión hepática progresiva” (OMS, 1994, p. 35; Kasper, 2005, p. 9952).

Unidad de bebida estándar: Volumen de alcohol que contiene aproximadamente la misma cantidad (en gramos) de etanol, sea cual sea el tipo de bebida (p. ej., un vaso de vino, una lata de cerveza o un combinado). El término se usa a menudo para enseñar a los bebedores que el consumo de diferentes bebidas alcohólicas servidas en copas o envases de tamaño estándar se asocia a efectos parecidos (p. ej., un vaso de cerveza tiene los mismos efectos que una copa de vino). En el Reino Unido, se usa el término “unidad”, considerando que una unidad de una bebida alcohólica contiene aproximadamente 8-9 gramos de etanol, mientras que en la bibliografía estadounidense, “una bebida” contiene unos 12 gramos de etanol. En España la unidad de bebida standard equivale a 10g de etanol. En otros países, la cantidad de alcohol elegida para aproximarse a una unidad de bebida estándar puede ser mayor o menor, en función de las costumbres locales y la presentación de la bebida (OMS; 1994, p. 63).

Trastorno psicótico inducido por el alcohol: conjunto de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia de abuso, pero que no son el resultado único de una intoxicación aguda y que no forman parte de un síndrome de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (normalmente auditivas, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), distorsiones perceptivas, delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), alteraciones psicomotrices (excitación o estupor) y afectividad anormal (como intenso temor, depresión psicótica o éxtasis). Habitualmente se mantiene la lucidez de conciencia, aunque puede haber cierto grado de obnubilación (OMS, 1994, p. 62).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO A. BEBIDAS ESPIRITUOSAS, ALCOHOLES, BEBIDAS ALCOHOLICAS, DESTILADAS Y LICORES SEGUN EL CODIGO ALIMENTARIO ARGENTINO.	138
ANEXO B. ENFERMEDADES FISICAS Y PSIQUICAS OCASIONADAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL.	146
ANEXO C. LEY 24.674 DE IMPUESTOS	150
ANEXO D. LEY 24.788. LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO	172
ANEXO E. CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS CONSECUENCIAS EN ARGENTINA. OMS - 2011	176
ANEXO F. ENFERMEDADES Y FRACCIONES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL SEGUN EL CDC.....	177
ANEXO G. POBLACION SEGUN SEXO Y GRUPO ETARIO. REPUBLICA ARGENTINA, 1990-2009. ...	179
ANEXO H. TASAS DE MORTALIDAD ESPECIFICAS POR EDAD Y NRO. TOTAL DE DEFUNCIONES SEGUN AÑO. REPUBLICA ARGENTINA. 1990-2009.....	189

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas Espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino.

Denominación	Definición
Aguardiente o Brandy	Bebida alcohólica obtenida exclusivamente de la destilación del vino sano o de un mosto fermentado de uvas frescas maduras, sanas y limpias.
Aguardiente de uva, Aguardiente de vino o Brandy, Brandy de vino o Brandy de uva	bebidas alcohólicas obtenidas por destilación de un mosto fermentado de, o con cereales, melazas, sustancias hidrocarbonadas o sus mezclas
Aguardiente o Brandy de Frutas. Se admiten las siguientes denominaciones: Kirsch O Kirschwasser o Aguardiente de guindas y/o cerezas. Cherry Brandy o Aguardiente de cerezas. Quetsch Brandy, Katzch Brandy, Slibowitz, Slibowika, Mirabelle o Aguardiente de Ciruelas. Peach Brandy o Aguardiente de durazno. Calvados, Apple Brandy o Aguardiente de manzana. Pear Brandy o Aguardiente de pera.	bebida con graduación alcohólica de 36% a 54% Vol. a 20°C, obtenida de destilados alcohólicos simples de frutas o por destilación de mostos fermentados de frutas. La destilación deberá ser efectuada en forma que el destilado tenga el aroma y el sabor de los elementos naturales volátiles contenidos en el mosto fermentado, derivados de los procesos fermentativos o formados durante la destilación. El coeficiente de congéneres ¹⁰ no deberá ser inferior a 200 mg/100 ml de alcohol anhidro ni superior a 650 mg/100 ml de alcohol anhidro. La bebida deberá ser elaborada con la materia prima que corresponde al nombre del producto.
Williams	se reserva para el aguardiente de pera producido únicamente a partir de peras de la variedad Williams (Pyrus communis Williams), sin el agregado de otras frutas o mostos. Se deberán usar peras Williams frescas, sanas, maduras, limpias, sus jugos y/o pulpas, con o sin semillas en sus proporciones naturales. Para esta bebida se admite un contenido de alcohol metílico máximo de 1350 mg por cada 100 ml de alcohol anhidro

¹⁰ **Congéneres:** término que se aplica a los alcoholes (diferentes del etanol), los aldehídos y los ésteres que se encuentran en las bebidas alcohólicas y que contribuyen a su aroma y su sabor especiales. Sin embargo, también se utiliza de forma más general para designar cualquier componente de una bebida alcohólica que le confiere aroma, sabor, color u otras características, como el "cuerpo". Los taninos y los colorantes son algunos de los compuestos que han recibido este nombre (OMS, 1994, p. 25)

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas Espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Pisco	Bebida con una graduación de 35% a 54% vol. a 20 °C, obtenida a partir de destilados alcohólicos simples de vinos elaborados con uvas debidamente reconocidas y aceptadas por sus aromas y sabores, pudiendo ser destilados en presencia de sus borras. Esta bebida podrá ser adicionada con azúcares hasta 30 g/l. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 250 mg/100 ml de alcohol anhidro.
Bebidas Alcohólicas de Caña de Azúcar	Bebidas alcohólicas obtenidas a partir de destilados alcohólicos simples o de la destilación de mostos fermentados de jugos de caña (guarapo) o de melazas o de mieles de caña de azúcar: 1. Aguardiente de Melaza o Cachaza: bebida con una graduación alcohólica de 38% a 54% vol. a 20° C, obtenida de destilados alcohólicos simples de melaza, o por la destilación de mosto fermentado de melaza, pudiendo ser adicionada de azúcares hasta 6 g por litro. El aguardiente de melaza o cachaza que contenga azúcares en cantidades superiores a 6 g por litro hasta una cantidad inferior de 30 g por litro, será denominado aguardiente de melaza o cachaza "abocada". Será denominado aguardiente de melaza o cachaza envejecida al que tenga un mínimo de un (1) año de añejamiento, pudiendo ser adicionado de caramelo para corrección de color. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 200 mg/100 ml ni superior a 650 mg/100 ml de alcohol anhidro. 2. Aguardiente de Caña o Caninha: bebida con graduación alcohólica de 38% a 54% vol. a 20° C, obtenida de destilado alcohólico simple de caña de azúcar o por la destilación del mosto fermentado de caldos de caña de azúcar (jugos), pudiendo ser adicionada de azúcares hasta 6 g por litro. El aguardiente de Caña o Caninha que contenga azúcares en cantidad superior a 6 g por litro hasta una cantidad inferior a 30 g por litro será denominado aguardiente de caña o caninha "abocada". Será denominado aguardiente de caña o caninha "envejecida", la que contenga un mínimo de 50% de Aguardiente de Caña envejecida por un período no inferior a un (1) año, pudiendo ser adicionado de caramelo para la corrección de color. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 200 mg/100 ml ni superior a 650 mg/100 ml de alcohol anhidro. 3. Caña: bebida con graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida de fermentación y destilación de jugos, melados, melazas (con o sin el agregado de azúcar crudo). Podrá añejarse y ser adicionada o no de caramelo. El coeficiente de congéneres no deberá ser inferior a 100 mg/100 ml de alcohol anhidro. 4. Caña Argentina: bebida con graduación alcohólica de 34% a 54% vol. a 20° C, obtenida a partir de alcohol etílico potable de melaza de caña de azúcar, adicionada de sustancias aromatizantes/saborizantes y caramelo. La bebida podrá ser adicionada de azúcares hasta 30 g por litro. Podrá denominarse caña doble argentina cuando la graduación alcohólica sea superior a 45% vol. a 20° C. 5. Caña Paraguaya: bebida con graduación alcohólica de 42% a 45% vol. a 20° C, obtenida de la destilación del líquido fermentado preparado exclusivamente de miel de caña (Sirope), concentrado a fuego directo en evaporadores abiertos. La graduación del destilado no deberá ser superior a 70% vol. a 20° C. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 140 mg/100 ml de alcohol anhidro, ni superior a 524 mg/100 ml de alcohol anhidro. Se podrá denominar "caña paraguaya añejada" a la bebida obtenida a partir de un destilado añejado durante 2 años en recipientes de roble, madera paraguaya o similar apropiada, de capacidad no superior a 600 litros, admitiéndose, en este caso, el uso de caramelo para la corrección de color."

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas Espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Arrak	bebida con graduación alcohólica de 36% a 54% vol. a 20° C, obtenida por la adición a destilados alcohólicos simples o al alcohol etílico potable de origen agrícola, de extractos de sustancias vegetales aromatizantes tales como piña, catecú, anís, cortezas aromáticas. El coeficiente de congéneres no podrá ser superior a 650 mg/100 ml de alcohol anhidro. La bebida podrá ser adicionada de azúcares hasta 30 g/litro. Cuando la cantidad de azúcar adicionada sea superior a 6 g/litro, su denominación será seguida del término: "abocada".
Corn (Korn)	bebida con graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida por la rectificación de destilados alcohólicos simples de cereales o por la rectificación de una mezcla de un mínimo de 30% de destilados alcohólicos simples de cereales con alcohol etílico potable de origen agrícola, pudiendo ser aromatizado con sustancias naturales de origen vegetal. El coeficiente de congéneres no podrá ser superior a 150 mg/100 ml de alcohol anhidro.
Coñac o Cognac	bebida alcohólica obtenida de un aguardiente de vino estacionado en recipientes de roble o de otra madera adecuada. El extracto seco del producto terminado no será superior al 2%; el tenor en alcohol no será inferior a 280 mg/100 ml de alcohol anhidro. Para librarse al consumo deberá añejarse como mínimo durante 2 años, en cuyo caso podrá ostentar los calificativos Añejo, Reserva y otros similares.
Ginebra	bebida de graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida de destilados alcohólicos simples de cereales redestilados, total o parcialmente, en presencia de bayas de enebro (<i>Juniperus communis</i>) mezclado o no con alcohol etílico potable de origen agrícola, pudiendo ser adicionada de otras sustancias aromatizantes naturales. Las características organolépticas del enebro deberán ser perceptibles, aun cuando pudieran estar atenuadas. La bebida podrá ser adicionada de azúcares en la proporción máxima de 15 g por litro del producto y caramelo para corrección de color. El coeficiente de congéneres, no podrá ser superior a 150 mg/100 ml de alcohol anhidro.
Grapa - Grappa o Bagaceira	bebida con graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida a partir de destilados alcohólicos simples de orujos de uva, con o sin borras de vinos, pudiendo hacerse una rectificación parcial selectiva. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 200 mg/100 ml de alcohol anhidro. Se admite el corte con alcohol etílico potable del mismo origen, para regular el contenido de congéneres. Esta bebida podrá ser adicionada de azúcares hasta 30 g/l.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas Espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Ron - Rhum - Rum	bebida con graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida de destilados alcohólicos simples o de la destilación de mostos fermentados de jugos de caña de azúcar, mieles, melaza o sus mezclas, de forma tal que se mantengan aquellos principios aromáticos a los que el producto debe sus caracteres organolépticos específicos, añejados total o parcialmente. Se permite el uso de caramelo para la corrección de color y de carbón activado para decoloración. El producto podrá ser adicionado de azúcares hasta 6 g por litro. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 40 mg/100 ml de alcohol anhidro ni superior a 500 mg/100 ml de alcohol anhidro. Podrá denominarse: Ron Liviano (Ligth Ron) al Ron cuyo coeficiente de congéneres no supere los 200 mg/100 ml de alcohol anhidro; Ron Pesado (Heavy Ron) al Ron cuyo coeficiente de congéneres sea superior a 200 mg/100 ml de alcohol anhidro e inferior a 500 mg/100 ml de alcohol anhidro; Ron añejo o Ron Viejo al Ron que haya sido añejado en su totalidad por un período mínimo de dos (2) años.
Whisky O Whiskey	aguardiente obtenido de la destilación especial de mostos fermentados de cereales, añejado (madurado) en recipientes de roble o de otra madera adecuada. Su grado alcohólico no será inferior a 40% vol. a 20° C; su residuo seco no será mayor de 0,25 g por 100 ml; su acidez máxima será equivalente a 1,0 ml de álcali normal por 100 ml y acusará un mínimo de congéneres de 0,6 g por litro. Para librarse al consumo deberá añejarse como mínimo durante 2 años. Podrá ostentar los calificativos Añejo, Reserva y otros similares. Se considera Corte de Whiskies (Blend of Whisky) la mezcla de whiskies entre sí, Whisky escocés (Scotch whisky), Whisky irlandés (Irish whisky), Whisky canadiense (Canadian Whisky), Whisky japonés (Japanese whisky), designará en forma exclusiva a los whiskies preparados en Escocia, Irlanda, Canadá y Japón, respectivamente. La designación Bourbon se reservará para designar el whisky de este tipo de procedencia estadounidense.
Tequila	Es la bebida con graduación alcohólica de 36% a 54% vol. a 20° C, obtenida de destilado alcohólico simple de Agave o por destilación de mostos fermentados de Agave. La destilación deberá ser efectuada de forma que el destilado tenga el aroma y el sabor de los elementos naturales volátiles contenidos en el mosto fermentado, derivados del proceso fermentativo o formados durante la destilación. La bebida podrá ser adicionada de alcohol etílico potable de origen agrícola, siempre que el contenido de destilado alcohólico simple de Agave no sea inferior al 51%, expresado en alcohol anhidro. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 200 mg/100 ml ni superior a 650 mg/100 ml de alcohol anhidro. La bebida podrá ser adicionada de azúcares hasta 30 g/litro. Cuando la cantidad de azúcar adicionada sea superior a 6 g/litro, la denominación deberá ser seguida del término: "abocada". La bebida podrá ser añejada, permitiéndose el uso de caramelo para la corrección de color.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Vodka	bebida con graduación alcohólica de 36% a 54% vol. a 20° C, obtenida de alcohol etílico potable o destilados alcohólicos simples de origen agrícola rectificadas, seguidos no de filtración a través de carbón activado como forma de atenuar los caracteres organolépticos de las materias primas originales. La bebida podrá ser aromatizada con sustancias naturales de origen vegetal. El coeficiente de congéneres no podrá ser superior a 50 mg/100 ml de alcohol anhidro. La bebida podrá ser edulcorada hasta un máximo de 2 g por litro del producto.
Tiquira	bebida con graduación alcohólica de 36% a 54% vol. a 20° C, obtenida de destilado alcohólico simple de mandioca o por la destilación de mostos fermentados de mandioca. La destilación deberá ser efectuada de forma que el destilado tenga el aroma y sabor de los elementos naturales volátiles contenidos en el mosto fermentado, derivados del proceso fermentativo o formado durante la destilación. El coeficiente de congéneres no podrá ser inferior a 200 mg/100 ml de alcohol anhidro ni superior a 650 mg/100 ml de alcohol anhidro. La bebida podrá ser adicionada de azúcares hasta 30 g/litro. Cuando la cantidad de azúcar adicionada sea superior a 6 g/litro del producto, la denominación deberá ser seguida del término "abocada".
Steinhaeger	bebida con graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida por la rectificación de destilados alcohólicos simples de cereales y/o por la rectificación de alcohol etílico potable, adicionado de sustancias aromáticas naturales, en ambos casos provenientes de un mosto fermentado conteniendo bayas de enebro. El coeficiente de congéneres no podrá ser superior a 150 mg/100 ml de alcohol anhidro.
Aquavit	Bebida de graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida por la destilación y/o redestilación del alcohol etílico potable de origen agrícola en presencia de semillas de alcaravea (Carvi) o por la aromatización de alcohol etílico potable de origen agrícola rectificado con extractos de semillas de alcaravea (Carvi), pudiendo en ambos casos ser adicionada de otras sustancias vegetales aromáticas. La bebida podrá ser adicionada de azúcares en la proporción de hasta 30 g/litro del producto. El coeficiente de congéneres no podrá ser superior a 150 mg/100 ml de alcohol anhidro.
Gin	Bebida con graduación alcohólica de 35% a 54% vol. a 20° C, obtenida por la redestilación de alcohol etílico potable de origen agrícola, en presencia de bayas de enebro (<i>Juniperus communis</i>) con adición o no de otras sustancias vegetales aromáticas, o por la adición de extracto de bayas de enebro, con o sin otras sustancias vegetales aromáticas, al alcohol etílico potable de origen agrícola. En ambos casos el sabor del enebro deberá ser preponderante. La bebida podrá ser adicionada de azúcares hasta un máximo de 15 g/litro del producto. • Gin destilado es la bebida obtenida exclusivamente por redestilación. • Gin dulce (Old Tom Gin o Gin Cordial) es la bebida que contiene más de 6 gramos y hasta 15 gramos de azúcar por litro del producto. • Gin Seco (Dry Gin) es la bebida que contiene hasta 6 gramos de azúcar por litro del producto. • London Dry Gin es el gin destilado seco. Será optativo el uso de las denominaciones "Gin Destilado" o "London Dry Gin". El coeficiente de congéneres no podrá ser superior a 50 mg/100ml de alcohol anhidro.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Bebida Alcohólica De Jurubeba	bebida con graduación alcohólica de 13% a 18% vol. a 20° C, obtenida por la mezcla de un macerado alcohólico de Jurubeba (<i>Solanum paniculatum</i> Linne, Solanaceae) con alcohol etílico potable de origen agrícola. Podrá ser adicionada de azúcares, siendo denominada Suave o Dulce cuando contenga más de 6 g/l. Podrá ser adicionada de aromatizantes/saborizantes naturales, y demás aditivos permitidos por el Código Alimentario Argentino.
Bebida Alcohólica De Jengibre	bebida con graduación alcohólica de 13% a 18% Vol. a 20° C, obtenida por la mezcla de un macerado alcohólico de Jengibre (<i>Zingiber officinale</i> Roscoe) con alcohol etílico potable de origen agrícola. Podrá ser adicionada de azúcares, siendo denominada Suave o Dulce cuando contenga más de 6 g/l. La bebida alcohólica de Jengibre deberá presentar el sabor y el aroma de las sustancias naturales del rizoma. Podrá ser adicionada de aromatizantes/saborizantes naturales, y demás aditivos permitidos por el Código Alimentario Argentino.
Bebida Espirituosa Seca	Es la bebida con una graduación alcohólica de 24 a 54% vol. a 20° C, obtenida por la mezcla de una o más bebidas alcohólicas, o alcohol etílico potable de origen agrícola o destilados alcohólicos simples, con otras bebidas. Esta bebida podrá ser adicionada de azúcar hasta 30 g/l, coloreada o no con sustancias de uso permitido.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Licores	<p>bebida con graduación alcohólica de 15% a 54% vol. a 20° C y un contenido de azúcares superior a 30 g/litro, elaborada con alcohol etílico potable de origen agrícola y/o destilado alcohólico simple de origen agrícola y/o bebidas alcohólicas, adicionadas de extractos y/o sustancias de origen vegetal o animal y/o sustancias aromatizantes/ saborizantes, colorantes y otros aditivos permitidos por el Código Alimentario Argentino. Se denominará: - LICOR SECO: Al licor que contiene más de 30 g/l y hasta 100g/l de azúcares. - LICOR FINO: Al licor que contiene más de 100 g/l y hasta 350 g/l de azúcares. - LICOR CREMA: Al licor que contiene más de 350 g/l de azúcares. - LICOR ESCARCHADO O LICOR CRISTALIZADO: Al licor saturado de azúcares parcialmente cristalizados. Solamente podrá denominarse licor de: - Café, cacao, chocolate, naranja, huevo, dulce de leche, etc., a aquellos licores que en su preparación predomine la materia prima que justifi- que esa denominación. - Serán permitidas las denominaciones: Cherry, Apricot, Peach, Curaçao, Prunelle, Maraschino, Peppermint, Kummel, Noix, Cassis, Ratafia, Anís y denominaciones de uso corriente a los licores elaborados principalmente con las frutas, plantas o partes de ellas que justifiquen esas expresiones. • Se denominará Anisette al licor de anís que contenga como mínimo 350 g/l de azúcares. • El licor que contenga por base más de una sustancia vegetal, y no habiendo predominancia de alguna de ellas, podrá ser denominada genéricamente Licor de Hierbas, Licor de Frutas, etc. • Podrá denominarse: Advocat, Avocat, Advokat, Advokaat, al licor a base de huevo, admitiéndose para esta bebida una graduación alcohólica mínima de 14% vol. a 20° C. • El licor que contenga laminillas de oro puro será denominado Licor de Oro. • Los licores preparados por destilación de cáscaras de frutas cítricas, adicionados o no de sustancias aromatizantes/saborizantes permitidas en el presente Código, podrán denominarse Triple Sec o Extra Seco, independientemente de su contenido de azúcares. • Los licores que contengan en su composición no menos de 50% en volumen de cognac, whisky, ron u otras bebidas alcohólicas destiladas, podrán denominarse "Licor de...", llenando el espacio en blanco con el nombre de la bebida utilizada. • Los licores con denominación específica (café, chocolate, etc.) que contengan en su composición cognac, whisky, ron u otras bebidas alcohólicas, podrán denominarse "Licor de... al/ con..." llenando el primer espacio en blanco con la denominación específica del licor, y el segundo espacio en blanco, con la bebida alcohólica utilizada. Ej. Licor de Café al Cognac. En este caso deberá declararse junto a la categoría de bebida el porcentaje de bebida utilizada.</p>

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo A. Bebidas espirituosas, alcoholes, bebidas alcohólicas, destiladas y licores según el Código Alimentario argentino (Cont.)

Denominación	Definición
Caña Quemada - Licor	licor elaborado a base de alcohol etílico potable de melaza y/o destilado alcohólico simple de melaza adicionado de sustancias edulcorantes ligeramente caramelizadas.
Caña Con Miel - Licor	licor elaborado a base de alcohol etílico potable de melaza y/o destilado alcohólico simple de melaza, adicionado de no menos de 10% (peso/volumen) de miel.
Caña De... - Licor	(llenando el espacio en blanco con el nombre de la fruta correspondiente) al licor elaborado a base de alcohol etílico potable de melaza y/o destilado alcohólico simple de melaza, adicionado de macerado de frutas o sus partes en alcohol del mismo origen.
Bebida Alcohólica Anisada o Bebida Espirituosa Anisada	bebida con graduación alcohólica de 24% a 54% vol. a 20 °C, obtenida por aromatización de alcohol etílico potable de origen agrícola con extractos de anís verde o común (PIMPINELLA ANISUM) y/o anís estrellado (ILLICUM VERUM) y/o hinojo (FOENICULUM VULGARE) y/u otros vegetales o partes de ellos que contengan el mismo constituyente aromático principal, adicionado o no de otros extractos vegetales y/o sustancias saborizantes/aromatizantes permitidas en el presente Código, debiendo predominar el sabor del anís. Estas bebidas podrán ser adicionadas de azúcares hasta un máximo de 30 g/l, como así también de otros aditivos permitidos en el presente Código.
Anis Turco o Anis Árabe	bebida alcohólica anisada cuya graduación mínima sea 40% vol. a 20 °C.
Aguardiente Anisado	bebida alcohólica anisada obtenida por redestilación de un destilado alcohólico simple de vino en presencia de anís verde y/o estrellado.
Anis Destilado	cuando como mínimo el 20% del alcohol absoluto que contiene la bebida terminada es un alcohol que ha sido redestilado en presencia de anís verde y/o estrellado.
Pastis	bebida alcohólica anisada con una graduación alcohólica mínima de 40% Vol. a 20 °C que contenga extractos provenientes de madera de regaliz (GLICYRRHIZA GLABRA) y un contenido de anetol entre 1.5 y 2 g/l, admitiéndose para esta bebida un contenido máximo de azúcares de 100 g/l.
Aperitivos (Fernet, Bitter, Amargo, Amaro)	bebidas con una graduación alcohólica de 0.5% a 54% vol. a 20 °C, que contienen ciertos principios amargos y/o aromáticos a los cuales se les puede atribuir la propiedad de ser estimulantes del apetito, obtenidas a partir de extractos de uno o más vegetales o partes de ellos permitidos en el Código Alimentario Argentino. El producto final debe cumplir con la limitación establecida en dicho Código, para los principios activos provenientes de las sustancias vegetales autorizadas para ser utilizadas en su elaboración. Estas bebidas podrán ser adicionadas de azúcares, como así también de sustancias aromatizantes/ saborizantes, colorantes y otros aditivos permitidos y con las restricciones para este tipo de productos establecidas.
Ferroquina, Ferro Quina, Hierro Quina	bebida que posea tenores mínimos de 120 mg/100 ml de citrato de hierro amoniacal y 5 mg/100 ml de quinina, expresado como sulfato de quinina.

Fuente: Elaboración Propia en base a información del Código Alimentario Argentino. Capítulo XIV. Bebidas Espirituosas, Alcoholes, Bebidas Alcohólicas Destiladas y Licores. Disponible en: http://www.alimentosargentinos.gov.ar/contenido/marco/CAA/Capitulo_14.htm

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo B. Enfermedades físicas y psíquicas ocasionadas por el consumo de alcohol.

Digestivo	Orofaringe y glándulas salivales	Hipertrofia Parotídea
		Queilosis, estomatitis o lengua magenta
		Carcinoma de labio y de cavidad orofaríngea
	Esófago	Esofagitis péptica o alcohólica
		Síndrome de Mallory Weiss (hematemesis)
		Síndrome de Boerhave (rotura de esófago inferior con hematoma intramural)
		Síndrome de Barrett
		Pseudodiverticulosis intramural idiopática
		Carcinoma de Esófago
		Estómago
	Carcinoma Gástrico	
	Intestino Delgado	Diarrea
		Síndrome de Malabsorción
	Intestino Grueso	Hemorragia Digestiva baja
		Hemorroides
	Páncreas	Pancreatitis Aguda
		Pancreatitis Crónica
	Hígado	Esteatosis hepática o Hígado graso alcohólico
		Fibrosis
		Hepatitis alcohólica
		Hepatitis crónica alcohólica
		Cirrosis hepática alcohólica (cirrosis septal, micronodular o enfermedad de Leanne)
		Carcinoma hepatocelular

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo B. Enfermedades físicas y psíquicas ocasionadas por el consumo de alcohol (cont.)

Patologías Cardiovasculares	Miocardiopatía alcohólica	
	Arritmias cardíacas	
	Hipertensión Arterial	
Patologías Cerebrovasculares	Hemorragia subaracnoidea	
	Hemorragia intracraneal	
Patologías Hematopoyéticas	Alteraciones de la serie roja	Anemia Megaloblástica
		Anemia Macrofítica o Macrocitosis
		Anemia Hemolítica
	Alteraciones de la serie blanca	Leucopenia con neutropenia
	Alteraciones del sistema plaquetario	Trombocitopenia
Patologías Musculo-esqueléticas	Miopatía alcohólica aguda (rabdmiolítica con mioglobulinuria; tromboflebítica; paralítica) y crónica	
	Osteoporosis u osteopenia	
	Osteonecrosis o necrosis séptica	
Patologías Metabólicas	Hipoglucemia	
	Acidosis Láctica	
	Hiperuricemia alcohólica	
	Cetosis o cetoacidosis	
	Hiperlipidemia	
Patologías Endocrinas	Función Adrenocortical	Pseudo Síndrome de Cushing
	Función Adrenomedular	Aumento de catecolaminas
	Función Tiroidea	Hipotiroidismo
		Hipertrofia tiroidea
	Función Gonadal	Hipogonadismo
Disfunción sexual		

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo B. Enfermedades físicas y psíquicas ocasionadas por el consumo de alcohol (cont.)

Infecciones	Hepatitis B y C
	Neumonía
	Tuberculosis
	Peritonitis bacteriana espontánea
	Endocarditis bacteriana
	Meningitis
Alteraciones Dermatológicas	Psoriasis
	Eczema discoide
	Infección cutánea superficial
Intoxicación o embriaguez patológica aguda	Normal
	Idiosincrática o atípica
Abstinencia alcohólica	No complicada o síndrome de abstinencia alcohólica
	Síndrome de abstinencia con Delirium Tremens
Trastornos del Deterioro cognitivo	Episodios de amnesia transitoria, blackout, apagones, lagunas o polimpsestos
Trastornos psicóticos	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol o síndrome amnésico (encefalopatía de Gayet-Wernicke; Síndrome de Korsakoff; demencia alcohólica)
	Delirios alcohólicos (Celotipia alcohólica; Paranoia alcohólica)
	Alucinosis alcohólica
Trastornos afectivos o del estado de ánimo	Depresión
Atrofia cortical cerebral	Pelagra o encefalopatía pelagroide
	Síndrome de Marchiafava-Bignami

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo B. Enfermedades físicas y psíquicas ocasionadas por el consumo de alcohol (cont.)

Polineuropatía o polineuritis alcohólica
Mielinosis pontina central
Trastornos de Ansiedad
Trastornos del sueño
Trastorno o disfunción sexual
Trastornos de la personalidad
Degeneración cerebelosa o atrofia cerebelosa alcohólica
Degeneración combinada subaguda
Ambliopía alcohólica
Epilepsia o crisis comiciales

Fuente: elaboración propia en base a Benítez Hernández, 2005; Álvarez *et al.*, 2007.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo C. Ley 24.674 de Impuestos

Modifícase la Ley de Impuestos Internos, texto ordenado en 1979 y sus modificaciones. Disposiciones Generales. Tabaco. Bebidas alcohólicas. Cervezas. Bebidas analcohólicas, jarabes, extractos y concentrados.

Sancionada: Julio 17 de 1996

Promulgada de Hecho: Agosto 13 de 1996

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Sustitúyese el texto de la Ley de Impuestos Internos, texto ordenado en 1979 y sus modificaciones, por el siguiente:

Artículo 1º: Establécense en todo el territorio de la Nación los impuestos internos a los tabacos; bebidas alcohólicas; cervezas; bebidas analcohólicas, jarabes, extractos y concentrados; automotores y motores gasoleros; servicios de telefonía celular y satelital; champañas; objetos suntuarios y vehículos automóviles y motores, embarcaciones de recreo o deportes y aeronaves, que se aplicarán conforme a las disposiciones de la presente ley.

(Artículo sustituido por art. 8º inc. a) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

TITULO I

Disposiciones generales

Artículo 2º: Los impuestos de esta ley se aplicarán de manera que incidan en una sola de las etapas de su circulación, excepto en el caso de los bienes comprendidos en el Capítulo VIII, sobre el expendio de los bienes gravados, entendiéndose por tal, para los casos en que no se fije una forma especial, la transferencia a cualquier título, su despacho a plaza cuando se trate de la importación para consumo —de acuerdo con lo que como tal entiende la legislación en materia aduanera— y su posterior transferencia por el importador a cualquier título. *(Párrafo sustituido por art. 8º inc. b) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)*

En el caso de los impuestos que se establecen en los capítulos I y II del título II, se presumirá salida de fábrica o depósito fiscal implica la transferencia de los respectivos productos gravados. Dichos impuestos serán cargados y percibidos por los responsables en el momento del expendio.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En los productos alcanzados por el artículo 26 se considera que el expendio está dado exclusivamente por la transferencia efectuada por los fabricantes o importadores o aquellos por cuya cuenta se efectúa la elaboración. (*Expresión "artículo 23" sustituida por expresión "artículo 26" por art. 5° inc. b) de la [Ley N° 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1° de enero de 1997*)

Con relación a los productos comprendidos en el artículo 15, se entenderá como expendio toda salida de fábrica, aduana cuando se trate de importación para consumo, de acuerdo con lo que como tal entiende la legislación en materia aduanera, o de los depósitos fiscales y el consumo interno a que se refiere el artículo 19, en la forma que determine la reglamentación.

Quedan también sujetas al pago del impuesto las mercaderías gravadas consumidas dentro de la fábrica, manufactura o locales de fraccionamiento. Asimismo, están gravadas las diferencias no cubiertas por las tolerancias que fije la Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, salvo que el responsable pruebe en forma clara y fehaciente la causa distinta del expendio que las hubiera producido.

Se encuentran asimismo alcanzados los efectos de uso personal que las reglamentaciones aduaneras gravan con derechos de importación.

Los impuestos serán satisfechos por el fabricante, importador o fraccionador —en el caso de los gravámenes previstos en los artículos 18, 23 y 33— o las personas por cuya cuenta se efectúen las elaboraciones o fraccionamientos y por los intermediarios por el impuesto a que se refiere el artículo 33. (*Párrafo sustituido por art. 8° inc. c) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999*)

Los responsables por artículos gravados que utilicen como materia prima otros productos gravados, podrán sustituir al responsable original en la obligación de abonar los respectivos impuestos y retirar las especies de fábrica o depósito fiscal, en cuyo caso deberán cumplir con las obligaciones correspondientes como si se tratara de aquellos responsables.

Si se comprobaran declaraciones ficticias de ventas entre responsables, se presumirá totalidad de las ventas del período fiscal en que figure la inexactitud corresponden a operaciones gravadas.

Los intermediarios entre los responsables y los consumidores son deudores del tributo por la mercadería gravada cuya adquisición no fuere fehacientemente justificada, mediante la documentación pertinente que posibilite asimismo la correcta identificación del enajenante.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Artículo 3º: La SECRETARIA DE HACIENDA, dependiente del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, podrá establecer que los productos gravados por los artículos 15, 16, 18, 23 y 33, lleven adheridos instrumentos fiscales de control, en forma tal que no sea posible su desprendimiento sin que, al producirse éste, dichos instrumentos queden inutilizados. (*Párrafo sustituido por art. 8º inc. d) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999*)

Las ventas o extracciones de artículos que se hicieren sin los instrumentos referidos en el párrafo precedente se considerarán fraudulentas, salvo prueba en contrario, resultando aplicables las disposiciones del artículo 46 de la ley 11.683, texto ordenado en 1978 y sus modificaciones.

Facúltase a la Secretaría de Hacienda dependiente del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos a establecer otros sistemas de verificación en reemplazo de los establecidos en este artículo.

Artículo 4º: Con excepción del impuesto fijado en el artículo 15 los gravámenes de esta ley se liquidarán aplicando las respectivas alícuotas sobre el precio neto de venta que resulte de la factura o documento equivalente, extendido por las personas obligadas a ingresar el impuesto.

A los fines del párrafo anterior, se entiende por precio neto de venta el que resulte una vez deducidos los siguientes conceptos:

- a) Bonificaciones y descuentos en efectivo hechos al comprador por épocas de pago u otro concepto similar,
- b) Intereses por financiación del precio neto de venta;
- c) Débito fiscal del impuesto al valor agregado que corresponda al enajenante como contribuyente de derecho.

La deducción de los conceptos detallados precedentemente, procederá siempre que los mismos correspondan en forma directa a las ventas gravadas y en tanto figuren discriminados en la respectiva factura y estén debidamente contabilizados. En el caso del impuesto al valor agregado, la discriminación del mismo se exigirá solamente en los supuestos en que así lo establezcan las normas de ese gravamen correspondiendo, en todos los casos, cumplirse con el requisito de la debida contabilización. Del total de la venta puede también deducirse el importe correspondiente a mercaderías devueltas por el comprador.

En ningún caso se podrá descontar valor alguno en concepto del impuesto de esta ley o de otros tributos que incidan sobre la operación, excepto el caso contemplado en el inciso c) del

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

segundo párrafo, así como tampoco por flete o acarreo cuando la venta haya sido convenida sobre la base de la entrega de la mercadería en el lugar de destino.

Cuando el transporte no haya sido efectuado con medios o personal del comprador, se entenderá que la venta ha sido realizada en las condiciones precitadas.

Artículo 5º: En los artículos gravados con impuesto interno sobre la base del precio de venta al consumidor, no se admitirá en forma alguna la asignación de valores independientes al contenido y al continente, debiendo tributarse el impuesto de acuerdo con el precio de venta asignado al todo.

Queda prohibido, a los efectos de esta imposición, deducir de las unidades de venta los valores atribuidos a los continentes o a los artículos que las complementen, debiendo el impuesto calcularse sobre el precio de venta asignado al todo. Sólo se autorizará tal deducción cuando los envases sean objeto de un contrato de comodato, en cuyo caso se gravará exclusivamente el producto, con prescindencia del valor de dichos envases.

Cuando la transferencia del bien gravado no sea onerosa, se tomará como base para el cálculo del impuesto, el valor asignado por el responsable en operaciones comunes con productos similares o, en su defecto, el valor normal de plaza, sin perjuicio de lo establecido en el artículo siguiente. Si se tratara de la transferencia no onerosa de un producto importado y no fuera posible establecer el valor de plaza a los efectos de determinar la base imponible, se considerará salvo prueba en contrario que ésta equivale al doble de la considerada al momento de la importación.

En los casos de consumo de productos de propia elaboración sujetos al impuesto, se tomará como base imponible el valor aplicado en las ventas que de esos mismos productos se efectúen a terceros. En caso de no existir tales ventas, deberán tomarse los precios promedio que, para cada producto, determine periódicamente la Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.

Artículo 6º: A los efectos de la aplicación de los impuestos de esta ley, cuando las facturas o documentos no expresen el valor normal de plaza, la Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos podrá estimarlos de oficio.

Cuando el responsable del impuesto efectúe sus ventas por intermedio de o a personas o sociedades que económicamente puedan considerarse vinculadas con aquél en razón del origen de sus capitales o de la dirección efectiva del negocio o del reparto de utilidades, etcétera, el impuesto será liquidado sobre el mayor precio de venta obtenido, pudiendo la

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos exigir también su pago de esas otras personas o sociedades y sujetarlas al cumplimiento de todas las disposiciones de la presente ley.

Tal vinculación económica se presumirá, salvo prueba en contrario, cuando la totalidad de las operaciones del responsable o de determinada categoría de ellas fuera absorbida por las otras empresas o cuando la casi totalidad de las compras de estas últimas, o de determinada categoría de ellas, fuera efectuada a un mismo responsable.

En los casos de elaboraciones por cuenta de terceros, quienes encomienden esas elaboraciones podrán computar como pago a cuenta del impuesto, el que hubiera sido pagado o hubiera correspondido pagar en la etapa anterior, exclusivamente con relación a los bienes que generan el nuevo hecho imponible.

En ningún caso la aplicación de lo dispuesto en el párrafo anterior podrá determinar saldos a favor del responsable que encomendó la elaboración.

Artículo 7º: En el caso de importaciones, los responsables deberán ingresar, antes de efectuarse el despacho a plaza el importe que surja de aplicar la tasa correspondiente sobre el ciento treinta por ciento (130 %) del valor resultante de agregar al precio normal definido para la aplicación de los derechos de importación, todos los tributos a la importación o con motivo de ella, incluido el impuesto de esta ley.

La posterior venta de bienes importados estará alcanzada por el impuesto, de conformidad con las disposiciones del primer párrafo del artículo 2º y concordantes, computándose como pago a cuenta el importe abonado en la etapa anterior en la medida en que corresponda a los bienes vendidos. En ningún caso dicho cómputo podrá dar lugar a saldo a favor de los responsables. (*Expresión "del primer párrafo y concordantes" sustituida por expresión "del primer párrafo del artículo 2º y concordantes" por art. 5º inc. c) de la [Ley N° 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1º de enero de 1997*)

Artículo 8º: A los fines de la clasificación y determinación de la base imponible de los artículos importados, se estará al tratamiento que haya dispensado en cada caso la Administración Nacional de Aduanas dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, por aplicación de la legislación en materia aduanera.

Artículo 9º: Los productos importados gravados por la ley –con excepción de los que se introdujeran al país por la vía del régimen especial de equipaje- tendrán el mismo tratamiento fiscal que los productos similares nacionales, tanto en lo relativo a las tasas

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

aplicables como en cuanto al régimen de exenciones, quedando derogada toda disposición que importe un tratamiento discriminatorio en razón del origen de los productos.

Artículo 10: Los productos de origen nacional gravados por esta ley serán exceptuados de impuesto -siempre que no se haya producido el hecho imponible- cuando se exporten o se incorporen a la lista de "rancho" de buques afectados al tráfico internacional o de aviones de líneas aéreas internacionales, a condición de que el aprovisionamiento se efectúe en la última escala realizada en jurisdicción nacional, o en caso contrario, viajen hasta dicho punto en calidad de "intervenidos".

Tratándose de productos que, habiendo generado el hecho imponible, se destinen a la exportación o a integrar las listas de "rancho" a que se refiere el primer párrafo, procederá la devolución o acreditación del impuesto siempre que se documente debidamente la salida al exterior, y que -en su caso sea factible inutilizar el instrumento fiscal que acredita el pago del impuesto.

Cuando se exporten mercaderías elaboradas con materias primas gravadas, corresponderá la acreditación del impuesto correspondiente a éstas, siempre que sea factible comprobar su utilización.

A los efectos de lo dispuesto en el párrafo precedente, aclárase que por "materia prima" debe entenderse todos aquellos productos gravados, cualquiera sea su grado de elaboración o manufactura, en tanto se hallen incorporados, con transformación o no al producto final.

Artículo 11: En las condiciones establecidas en los artículos 566, 573 y 574 del Código Aduanero, cuando procediere procediere la exención tributaria que otorgan, las mercaderías objeto de dicho tratamiento quedarán exentas de impuestos internos al consumo a la salida de aduana o de los depósitos aduaneros fiscales siempre que:

- a) Con relación a las mercaderías comprendidas en los capítulos I y II del título II, la salida se efectúe para ingresar a la fábrica que hubiese producido la mercadería y bajo los controles y condiciones que estableciere la Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos o que, tratándose de mercaderías importadas con anterioridad a su exportación, en tal oportunidad hubiesen abonado los impuestos internos correspondientes y éstos no hubiesen sido devueltos por la exportación;
- b) Con relación a las mercaderías comprendidas en los capítulos III y IV del título II, el importador recibiere en propiedad a las mercaderías que hubiera exportado previamente o que, de tratarse de mercadería importada previamente a su exportación, en aquella

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

oportunidad se hubiesen abonado los impuestos internos correspondientes y éstos no hubiesen sido devueltos por la exportación.

Las mercaderías a que se refiere el presente artículo, a los fines de los ulteriores expendios, quedan sujetas a las disposiciones pertinentes de los impuestos internos al consumo en las mismas condiciones en que lo estarían si no se hubiesen producido la reimportación y previa exportación en cuestión.

Artículo 12: No serán de aplicación respecto de los gravámenes contenidos en esta ley, las exenciones genéricas de impuestos -presentes o futuras- en cuanto no los incluyan taxativamente.

Artículo 13: El impuesto resultante por aplicación de las disposiciones de la presente ley se liquidará y abonará por mes calendario sobre la base de declaración jurada efectuada en formulario oficial, pudiendo la Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos fijar, con carácter general, la obligación de realizar la liquidación y pago por períodos menores para el o los gravámenes que dicho organismo establezca.

Tratándose de manufactureros de cigarrillos radicados en las zonas tabacaleras fijadas por la Dirección General Impositiva, los plazos fijados para el pago del importe del tributo correspondiente a los productos salidos de fábrica serán ampliados con carácter general y automático hasta en veinte (20) días corridos por dicho organismo.

Artículo 14: Los gravámenes de esta ley se regirán por las disposiciones de la ley 11.683, texto ordenado en 1978 y sus modificaciones y su aplicación, percepción y fiscalización estarán a cargo de la Dirección General Impositiva dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, quedando facultada la Administración Nacional de Aduanas dependiente de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos para la percepción del tributo en los casos de importación definitiva.

ARTICULO ... - Facúltase al Poder Ejecutivo para aumentar hasta en un VEINTICINCO POR CIENTO (25%) los gravámenes previstos en esta ley o para disminuirlos o dejarlos sin efectos transitoriamente cuando así lo aconseje la situación económica de determinada o determinadas industrias.

La facultad a que se refiere este artículo, sólo podrá ser ejercida previos informes técnicos favorables y fundados de los ministerios que tengan jurisdicción sobre el correspondiente ramo o actividad y, en todos los casos, del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, por cuyo conducto se dictará el respectivo decreto.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Cuando hayan desaparecido las causas que fundamentaron la medida, el Poder Ejecutivo podrá dejarla sin efecto previo informe de los ministerios a que alude este artículo.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. e) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

TITULO II

CAPITULO I

Tabaco

Artículo 15: Los cigarrillos, tanto de producción nacional como importados, tributarán sobre el precio de venta al consumidor, inclusive impuestos, excepto el impuesto al valor agregado, un gravamen del sesenta por ciento (**60 %**).

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, el impuesto que corresponda ingresar no podrá ser inferior al setenta y cinco por ciento (75 %) del impuesto correspondiente al precio de la categoría más vendida de cigarrillos. *(Párrafo incorporado por art. 2º de la [Ley Nº 26.467](#) B.O. 9/1/2009. Vigencia: Ver art. 7º de la misma norma)*

A efectos de la determinación del impuesto mínimo a ingresar previsto precedentemente, se entenderá como precio de la categoría más vendida de cigarrillos (CMV), a aquel precio de venta al consumidor en el que se concentren los mayores niveles de venta, el que será calculado trimestralmente, en proporción a la cantidad de cigarrillos que contenga cada paquete, por la Administración Federal de Ingresos Públicos, entidad autárquica en el ámbito del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, en función de la información que a tales fines deberá suministrarle la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos, dependiente del Ministerio de Producción. *(Párrafo incorporado por art. 2º de la [Ley Nº 26.467](#) B.O. 9/1/2009. Vigencia: Ver art. 7º de la misma norma)*

Los cigarrillos de producción nacional o extranjera deberán expendirse en paquetes o envases en las condiciones y formas que reglamente el Poder Ejecutivo.

*(Nota Infoleg: Por art. 1º del [Decreto Nº 296/2004](#) B.O. 10/3/2004 se establece que el impuesto que corresponda ingresar por el expendio de cigarrillos, establecido en el presente artículo, no podrá ser inferior al **SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%)** del impuesto correspondiente al precio de la categoría más vendida de cigarrillos (CMV). Se entenderá como precio de la categoría más vendida de cigarrillos (CMV), a aquel precio de venta al consumidor en el que se concentren los mayores niveles de venta, y será calculado trimestralmente por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS, entidad autárquica en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION, en proporción a la cantidad de cigarrillos que contenga cada paquete. Por art. 2º de la misma norma se establece que el impuesto mínimo a ingresar, calculado de acuerdo a lo dispuesto en el*

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

*artículo mencionado anteriormente, no podrá superar al que resulte de aplicar para la determinación del gravamen, la alícuota establecida en el citado Artículo 15 de la Ley de Impuestos Internos, incrementada en un **VEINTICINCO POR CIENTO (25%)**. Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del primer día del mes siguiente al de dicha publicación y hasta el 31 de marzo de 2006, ambas fechas inclusive.)*

Artículo 16: Por el expendio de cigarrros, cigarritos, rabillos, trompetillas y demás manufacturas de tabaco no contempladas expresamente en este capítulo se pagará la tasa del dieciséis por ciento (16 %) sobre la base imponible respectiva. (*Expresión "cigarritos rabillos" sustituida por expresión "cigarritos, rabillos," por art. 5° inc. d) de la [Ley N° 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1° de enero de 1997*)

Artículo 17: Los productos a que se refiere el artículo anterior deberán llevar, en cada unidad de expendio, el correspondiente instrumento fiscal de control, en las condiciones previstas en el artículo 3.

Por unidad de expendio se entenderá tanto el producto gravado, individualmente considerado, como los envases que contengan dos (2) o más de estos productos.

La Dirección General Impositiva dependiente del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos podrá determinar el número de unidades gravadas que contendrán dichos envases de acuerdo con las características de las mismas.

La existencia de envases sin instrumento fiscal o con instrumento fiscal violado, hará presumir de derecho -sin admitirse prueba en contrario- que la totalidad del contenido correspondiente a la capacidad del envase no ha tributado el impuesto, siendo responsables por el mismo sus tenedores.

Artículo 18: Por el expendio de los tabacos para ser consumidos en hoja, despalillados, picados, en hebra, pulverizados (rapé), en cuerda, en tabletas y despuntes, el fabricante, importador y/o fraccionador pagará el veinte por ciento (20 %), sobre la base imponible respectiva. (*Expresión "despalillados picados en hebras", sustituida por expresión "despalillados, picados, en hebras," por art. 5° inc. e) de la [Ley N° 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1° de enero de 1997*)

Los elaboradores o fraccionadores de tabacos que utilicen en sus actividades productos gravados por este artículo podrán computar como pago a cuenta del impuesto que deban ingresar, el importe correspondiente al impuesto abonado o que se deba abonar por dichos productos con motivo de su expendio, en la forma que establezca la reglamentación.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Artículo 19: Los manufactureros podrán registrar marquillas especiales para cigarrillos, cigarritos y cigarros tipo toscano, destinados al consumo interno del personal de la fábrica productora. A los efectos de la aplicación del impuesto, el precio de venta que se asigne a las mismas no podrá ser inferior al costo del producto hasta el momento en que se encuentre acondicionado para el consumo, sin inclusión del gravamen; para tales fines, toda fracción de dicho precio de costo menor a un centavo se completará hasta ese importe.

La franquicia acordada se hará extensiva al personal de otras manufacturas de una misma firma así como también al que se desempeña en los depósitos comerciales que tengan habilitados y en los cuales se inicia la industrialización de los tabacos que emplea en la elaboración de sus productos.

Artículo 20: Para adquirir, transferir o elaborar tabacos en bruto y para comerciar los elaborados que no han tributado el impuesto, deben cumplirse previamente los requisitos que determine el Poder Ejecutivo.

Artículo 21: El Poder Ejecutivo fijará los límites mínimos de elaboración periódica que se requiere para ser inscrito como manufacturero de tabacos.

Artículo 22: Las fábricas podrán emplear en la elaboración de los productos que tengan previamente registrados, los residuos (palos, polvo y destronque) de sus propias elaboraciones y los de otras procedencias que ingresen a manufactura en las condiciones reglamentarias que se determinen, quedando obligados a incinerar el remanente, trasladarlo a depósito fiscal o transferirlo a otros establecimientos autorizados.

Los organismos técnicos competentes podrán limitar el empleo de residuos en la composición de mezclas o ligas.

CAPITULO II

Bebidas alcohólicas

Artículo 23: Todas las bebidas, sean o no productos directos de destilación que tengan 10° GL o más de alcohol en volumen, excluidos los vinos, serán clasificadas como bebidas alcohólicas a los efectos de este título y pagarán para su expendio un impuesto interno de acuerdo con las siguientes tasas que se aplicarán sobre las bases imponibles respectivas, de conformidad con las clases y graduaciones siguientes:

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

a) Whisky	20%
b) Coñac, brandy, ginebra, pisco, tequila, gin, vidka o ron	20%
c) En función de su graduación, excluidos los productos incluidos en a) y b):	
1ª clase, de 10º hasta 29º y fracción	20%
2ª clase, de 30º y más	20%

(Tasas sustituidas por art. 8º inc. f) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Los fabricantes y fraccionadores de las bebidas a que se refieren los incisos precedentes que utilicen en sus actividades gravadas productos gravados por este artículo podrán computar como pago a cuenta del impuesto que deben ingresar el importe correspondiente al impuesto abonado o que se deba abonar por dichos productos con motivo de su expendio, en la forma que establezca la reglamentación.

Artículo 24: El Poder Ejecutivo reglamentará la forma y condiciones en que las esencias aptas para la elaboración de bebidas alcohólicas serán libradas al consumo, pudiendo establecer normas para su circulación, tenencia, adquisición y expendio, fijar la capacidad de los envases y exigir el cumplimiento de todo otro requisito tendiente a evitar la elaboración de bebidas alcohólicas fuera de los establecimientos autorizados para ese fin.

CAPITULO III

Cervezas

Artículo 25: Por el expendio de cervezas se pagará en concepto de impuesto interno la tasa del ocho por ciento (8 %) sobre la base imponible respectiva.

(Alícuota sustituida por art. 8º inc. g) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

CAPITULO IV

Bebidas analcohólicas, jarabes, extractos y concentrados

Artículo 26: Las bebidas analcohólicas, gasificadas o no; las bebidas que tengan menos de 10º GL de alcohol en volumen, excluidos los vinos, las sidras y las cervezas; los jugos frutales y vegetales; los jarabes para refrescos, extractos y concentrados que por su preparación y presentación comercial se expendan para consumo doméstico o en locales públicos (bares, confiterías, etcétera), con o sin el agregado de agua, soda u otras bebidas; y los productos destinados a la preparación de bebidas analcohólicas no alcanzados específicamente por otros impuestos internos, sean de carácter natural o artificial, sólidos o líquidos; las aguas minerales, mineralizadas o saborizadas, gasificadas o no; están gravados por un impuesto interno del OCHO POR CIENTO (8%).

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Igual gravamen pagarán los jarabes, extractos y concentrados, destinados a la preparación de bebidas sin alcohol.

La citada tasa se reducirá al CINCUENTA POR CIENTO (50%) para los siguientes productos:

a) Las bebidas analcohólicas elaboradas con un DIEZ POR CIENTO (10%) como mínimo de jugos o zumos de frutas -filtrados o no- o su equivalente en jugos concentrados, que se reducirá al CINCO POR CIENTO (5%) cuando se trate de limón, provenientes del mismo genero botánico del sabor sobre cuya base se vende el producto a través de su rotulado o publicidad.

b) Los jarabes para refrescos y los productos destinados a la preparación de bebidas analcohólicas, elaborados con un VEINTE POR CIENTO (20%) como mínimo de jugos o zumos de frutas, sus equivalentes en jugos concentrados o adicionados en forma de polvo o cristales, incluso aquellos que por su preparación y presentación comercial se expendan para consumo doméstico o en locales públicos. (**Nota Infoleg:** por art. 1° del [Decreto N° 1035/2000](#) B.O. 10/11/2000 se deja sin efecto el gravamen establecido para los productos comprendidos en el presente inciso. Vigencia: de aplicación para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del primer día del mes siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial y hasta el 31 de diciembre de 2001, ambas fechas inclusive.)

c) Las aguas minerales, mineralizadas o saborizadas, gasificadas o no.

Los jugos a que se refiere el párrafo anterior no podrán sufrir transformaciones ni ser objeto de procesos que alteren sus características organolépticas. Asimismo, en el caso de utilizarse jugo de limón, deberá cumplimentarse lo exigido en el Código Alimentario Argentino en lo relativo a acidez.

Los fabricantes de bebidas analcohólicas gravadas que utilicen en sus elaboraciones jarabes, extractos o concentrados sujetos a este gravamen, podrán computar como pago a cuenta del impuesto el importe correspondiente al impuesto interno abonado por dichos productos.

Se hallan exentos del gravamen, siempre que reúnan las condiciones que fije el PODER EJECUTIVO NACIONAL, los jarabes que se expendan como especialidades medicinales y veterinarias o que se utilicen en la preparación de éstas; los jugos puros vegetales; las bebidas analcohólicas a base de leche o de suero de leche; las no gasificadas a base de hierbas -con o sin otros agregados-; los jugos puros de frutas y sus concentrados.

No se consideran responsables del gravamen a quienes expendan bebidas analcohólicas cuyas preparaciones se concreten en el mismo acto de venta y consumo.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

A los fines de la clasificación de los productos a que se refiere el presente artículo se estará a las definiciones que de los mismos contempla el Código Alimentario Argentino y todas las situaciones o dudas que puedan presentarse serán resueltas sobre la base de esas definiciones y de las exigencias de dicho código, teniendo en cuenta las interpretaciones que del mismo efectúe el organismo encargado de aplicación. *(Artículo sustituido por art. 8º inc. h) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)*

CAPITULO V

AUTOMOTORES Y MOTORES GASOLEROS

(Capítulo incorporado por art. 5º inc. g) de la [Ley 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1º de enero de 1997)

ARTICULO 27: Están alcanzados por las disposiciones del presente Capítulo, los vehículos automotores terrestres categoría M1. definidos en el artículo 28 de la ley 24.449, y los preparados para acampar (camping) que utilicen como combustible el gas oil.

Quedan incluidos los vehículos tipo "Van" o "Jeep todo terreno" destinados al transporte de pasajeros que no cuenten con caja de carga separada del habitáculo.

Los chasis con motor y motores de los vehículos mencionados se encuentran alcanzados por las disposiciones del presente Capítulo.

(Artículo incorporado por art. 5º inc. g) de la [Ley 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1º de enero de 1997)

ARTICULO 28: Los bienes gravados, de conformidad con las normas del artículo anterior, deberán tributar el impuesto que resulte por aplicación de la tasa del diez por ciento (10 %) sobre la base imponible respectiva.

(Artículo incorporado por art. 5º inc. g) de la [Ley 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1º de enero de 1997)

ARTICULO 29: A los fines del pago del impuesto los responsables podrán computar como pago a cuenta el importe del impuesto correspondiente a la compra de productos gravados por este Capítulo, a condición que el mencionado importe se encuentre discriminado en la respectiva factura o documento equivalente.

(Artículo incorporado por art. 5º inc. g) de la [Ley 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1º de enero de 1997)

(Nota Infoleg: por art. 1º del [Decreto Nº 7/2013](#) B.O. 09/01/2013 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000) estarán gravadas con una tasa del DOCE COMA CINCUENTA POR CIENTO (12,50%). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del día 1 de enero de 2013 y hasta el día 31 de diciembre de 2013, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 1° del [Decreto N° 1/2012](#) B.O. 06/01/2012 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000) estarán gravadas con una tasa del DOCE COMA CINCUENTA POR CIENTO (12,50%). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del día 1 de enero de 2012 y hasta el día 31 de diciembre de 2012, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 1° del [Decreto N° 38/2011](#) B.O. 14/01/2011 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS DOSCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS (\$ 212.500) Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS DOSCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS (\$ 212.500) estarán gravadas con una tasa del DOCE COMA CINCUENTA POR CIENTO (12, 50 %). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del día 1 de enero de 2011 y hasta el día 31 de diciembre de 2011, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 1° del [Decreto N° 2344/2008](#) B.O. 7/1/2009 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000) estarán gravadas con una tasa del CINCO POR CIENTO (5%). Vigencia: el día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

se perfeccionen a partir del 1 de enero de 2009 y hasta el 31 de diciembre de 2009, ambas fechas inclusive.)

(Nota Infoleg: *Se deja sin efecto, desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2008, ambas fechas inclusive, el gravamen previsto en el Capítulo V, incorporado por la Ley N° 24.698, por art. 1° del [Decreto N° 175/2007](#) B.O. 31/12/2007. Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial. **Prórrogas anteriores:** [Decreto N° 1963/2006](#) B.O. 29/12/2006; [Decreto N° 1286/2005](#) B.O. 24/10/2005; [Decreto N° 1655/2004](#) B.O. 29/11/2004; [Decreto N° 1120/2003](#) B.O. 26/11/2003; [Decreto N° 848/2001](#) B.O. 27/6/2001).*

CAPITULO VI

Servicio de telefonía celular y satelital

(Capítulo incorporado por art. 8° inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 30: Establécese un impuesto del CUATRO POR CIENTO (4%) sobre el importe facturado por la provisión de servicio de telefonía celular y satelital al usuario.

(Artículo incorporado por art. 8° inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 31: Se encuentran también alcanzadas por el gravamen la venta de tarjetas prepagas y/o recargables para la prestación de servicio de telefonía celular y satelital.

(Artículo incorporado por art. 8° inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 32: El hecho imponible se perfecciona al vencimiento de las respectivas facturas y/o venta o recarga de tarjetas y son sujetos pasivos del impuesto quienes presten el servicio gravado.

(Artículo incorporado por art. 8° inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

CAPITULO VII

Champañas

(Capítulo incorporado por art. 8° inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

(Nota Infoleg: *Por art. 1° del [Decreto N° 58/2005](#) B.O. 1/2/2005 se deja sin efecto inclusive el gravamen establecido en el Capítulo VII. Vigencia art. 2° de la misma norma: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial, inclusive y surtirá efectos para los hechos imponibles que se perfeccionen desde dicha fecha, inclusive, y hasta transcurridos TRES (3) años contados a partir de la misma. **Nota Infoleg:** por art. 1° del [Decreto N° 185/2012](#) B.O. 09/02/2012, se prorroga por el período de UN (1) año el plazo previsto en el artículo 2° del [Decreto N° 58/2005](#). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirá efecto para los hechos imponibles que se perfeccionen a partir del vencimiento fijado en el [Decreto N° 161/2010](#). **Prórroga anterior:** [Decreto N° 161/2010](#) B.O. 2/2/2010; [Decreto N° 248/2008](#) B.O. 11/2/2008)*

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Artículo 33: Por el expendio de champañas se pagará en concepto de impuesto interno el DOCE POR CIENTO (12%) sobre las bases imponibles respectivas. A los efectos de la clasificación de los productos a que se refiere el presente artículo, se estará a lo dispuesto en la Ley Nº 14.878 y sus disposiciones modificatorias y reglamentarias.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 34: Los productos gravados por el presente Capítulo quedarán eximidos de impuesto cuando sean destinados a destilación.

Los intermediarios y/o fraccionadores de vinos alcanzados por el gravamen del artículo 33, que realicen reventas y/o fraccionamientos de productos gravados por ese artículo, podrán computar como pago a cuenta del impuesto que deban ingresar, el importe correspondiente al impuesto abonado o que debieran ingresar por dichos productos con motivo de su expendio, en la forma que establezca la reglamentación.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

CAPITULO VIII

Objetos suntuarios

(Capítulo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 35: Por el expendio de objetos suntuarios se abonará en concepto de impuestos internos la alícuota del VEINTE POR CIENTO (20%) en cada una de las etapas de su comercialización.

Tratándose de fabricantes que realizan operaciones de elaboración por cuenta de terceros que aporten materia prima, el impuesto se determinará aplicando la alícuota del VEINTE POR CIENTO (20%) sobre el monto facturado más el importe que represente la materia prima suministrada por el tercero, a cuyo efecto a ésta se le fijará un valor de acuerdo a la cotización, o en su defecto, valor de plaza vigente al día hábil inmediato anterior al de facturación.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley Nº 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 36: Son objeto del gravamen:

- a) Las piedras preciosas o semipreciosas naturales o reconstituidas; lapidadas, piedras duras talladas y perlas naturales o de cultivo, se encuentren sueltas, armadas o engarzadas.
- b) Los objetos para cuya confección se utilicen en cualquier forma o proporción, platino, paladio, oro, plata, cristal, jade, marfil, ámbar, carey, coral, espuma de mar o cristal de roca.
- c) Las monedas de oro o plata con aditamentos extraños a su cuño.
- d) Las prendas de vestir con individualidad propia confeccionadas con pieles de peletería.
- e) Alfombras y tapices de punto anudado o enrollado, incluso confeccionados.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

En las condiciones que reglamente el PODER EJECUTIVO NACIONAL quedan exentos de este impuesto, cualquiera fuere el material empleado en su elaboración, los objetos que por razones de orden técnico-constructivo integran instrumental científico; los ritualmente indispensables para el oficio religioso público; los anillos de alianza matrimonial; las medallas que acrediten el ejercicio de la función pública u otros que otorguen los poderes públicos, los distintivos, emblemas y atributos usados por las fuerzas armadas y policiales; las condecoraciones oficiales; las prendas de vestir con adornos de piel y las ropas de trabajo.

Están asimismo exentos del gravamen los artículos a los que se agreguen alguno de los materiales enumerados en el inciso b) bajo la forma de baño, fileteado, virola, guarda, esquinero, monograma u otros aditamentos de características similares.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 37: Los fabricantes, talleristas y revendedores de los objetos gravados a que se refieren el artículo precedente que utilicen en sus actividades gravadas productos gravados por ese artículo podrán computar como pago a cuenta del impuesto que deben ingresar, el importe correspondiente al impuesto abonado o que se deba abonar por dichos productos con motivo de su expendio, en la forma que establezca la reglamentación.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

CAPITULO IX

Vehículos automóviles y motores, embarcaciones de recreo o deportes y aeronaves

(Capítulo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Artículo 38: Están alcanzados por las disposiciones del presente Capítulo, sin perjuicio de la aplicación del impuesto previsto en el Capítulo V, los siguientes vehículos automotores terrestres:

- a) Los concebidos para el transporte de personas, excluidos los autobuses, colectivos, trolebuses, autocares, coches ambulancia y coches celulares;
- b) Los preparados para acampar (camping);
- c) Motociclos y velocípedos con motor;
- d) Los chasis con motor y motores de los vehículos alcanzados por los incisos precedentes, se encuentran asimismo alcanzados por las disposiciones del presente Capítulo;
- e) Las embarcaciones concebidas para recreo o deportes y los motores fuera de borda;
- f) Las aeronaves, aviones, hidroaviones, planeadores y helicópteros concebidos para recreo o deportes.

(Artículo incorporado por art. 8º inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Artículo 39: Los vehículos, chasis con motor y motores, embarcaciones y aeronaves, alcanzados de conformidad con las normas del artículo anterior, deberán tributar el impuesto que resulte por aplicación de la tasa respectiva, de acuerdo con lo que se establece a continuación:

a) Con un precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, de hasta QUINCE MIL PESOS (\$ 15.000), estarán exentos del gravamen;

b) Con un precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, de más de QUINCE MIL PESOS (\$15.000) y hasta VEINTIDOS MIL PESOS (\$22.000), gravados con la alícuota del CUATRO POR CIENTO (4%); *(Para los bienes comprendidos en los incisos a), b), c) y d) del art. 38 de esta norma, gravamen derogado desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2007, ambas fechas inclusive, por art. 1° del [Decreto N° 1963/2006](#) B.O. 29/12/2006. Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del 1 de enero de 2007, inclusive. **Prórrogas anteriores:** [Decreto N° 1286/2005](#) B.O. 24/10/2005; [Decreto N° 1655/2004](#) B.O. 29/11/2004; [Decreto N° 1120/2003](#) B.O. 26/11/2003; [Decreto N° 731/2001](#) B.O. 6/6/2001).*

c) Con un precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, de más de VEINTIDOS MIL PESOS (\$22.000), gravados con la alícuota del OCHO POR CIENTO (8%). *(Para los bienes comprendidos en los incisos a), b), c) y d) del art. 38 de esta norma, gravamen derogado desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2007, ambas fechas inclusive, por art. 1° del [Decreto N° 1963/2006](#) B.O. 29/12/2006. Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del 1 de enero de 2007, inclusive. **Prórrogas anteriores:** [Decreto N° 1286/2005](#) B.O. 24/10/2005; [Decreto N° 1120/2003](#) B.O. 26/11/2003; [Decreto N° 731/2001](#) B.O. 6/6/2001).*

(Artículo incorporado por art. 8° inc. i) de la [Ley N° 25.239](#) B.O. 31/12/1999)

(Nota Infoleg: por art. 2° del [Decreto N° 7/2013](#) B.O. 09/01/2013 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, respecto de los bienes comprendidos en los incisos a), b) y d) del Artículo 38 de dicha ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000) estarán gravadas con

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Respecto de los bienes comprendidos en el inciso c) del mencionado Artículo 38 de la referida ley se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma. Aquellas operaciones con precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, de más de PESOS QUINCE MIL (\$ 15.000) y hasta PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000), estarán gravadas con una tasa del CINCO POR CIENTO (5%). Aquellas operaciones con precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, de más de PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Respecto de los bienes comprendidos en el inciso e) del Artículo 38 de la referida ley se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del día 1 de enero de 2013 y hasta el día 31 de diciembre de 2013, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 1° del [Decreto N° 1/2012](#) B.O. 06/01/2012 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, respecto de los bienes comprendidos en los incisos a), b) y d) del Artículo 38 de dicha ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Respecto de los bienes comprendidos en el inciso c) del Artículo 38 de la referida ley se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Respecto de los bienes comprendidos en el inciso e) del Artículo 38 de la referida ley se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS VEINTIDOS MIL (\$ 22.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del día 1 de enero de 2012 y hasta el día 31 de diciembre de 2012, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 1° del [Decreto N° 38/2011](#) B.O. 14/01/2011 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente y sus modificaciones, respecto de los bienes comprendidos en los incisos a), b) y d) del Artículo 38 de dicha ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS DOSCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS (\$ 212.500). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS DOSCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS (\$ 212.500) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Respecto de los bienes comprendidos en el inciso c) del Artículo 38 de la referida ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS VEINTICINCO MIL (\$ 25.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS VEINTICINCO MIL (\$ 25.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del día 1 de enero de 2011 y hasta el día 31 de diciembre de 2011, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 2° del [Decreto N° 2344/2008](#) B.O. 7/1/2009 se establece que a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, respecto de los bienes comprendidos en los incisos a), b) y d) del Artículo 38 de dicha ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Respecto de los bienes comprendidos en el inciso

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

c) del Artículo 38 de la referida ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del Artículo 39 de esa norma para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS TREINTA MIL (\$ 30.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS TREINTA MIL (\$ 30.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%). Vigencia: el día de su publicación en el Boletín Oficial y surtirán efectos para los hechos imponible que se perfeccionen a partir del 1 de enero de 2009 y hasta el 31 de diciembre de 2009, ambas fechas inclusive)

(Nota Infoleg: por art. 2° del [Decreto N° 175/2007](#) B.O. 31/12/2007, y a los efectos de la aplicación del gravamen previsto en el presente Capítulo y sus modificaciones, respecto de los bienes comprendidos en los incisos a), b), c) y d) del Artículo 38 de dicha ley, se deja transitoriamente sin efecto el impuesto establecido en los incisos b) y c) del presente artículo para aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, sea igual o inferior a PESOS CIENTO CUARENTA MIL (\$ 140.000). Aquellas operaciones cuyo precio de venta, sin considerar impuestos, incluidos los opcionales, supere los PESOS CIENTO CUARENTA MIL (\$ 140.000) estarán gravadas con una tasa del DIEZ POR CIENTO (10%))

ARTICULO 2º — La sustitución que se establece por el artículo 1 no tendrá efecto respecto del impuesto interno a los seguros y sobre los productos comprendidos en el artículo 1 del decreto 1371 del 11 de agosto de 1994, sustituido por el decreto 1522 del 29 de agosto de 1994, que se continuarán rigiendo por las disposiciones de la Ley de Impuestos Internos, texto ordenado en 1979 y sus modificaciones y sus normas reglamentarias y complementarias.

ARTICULO 3º — Las disposiciones de la presente ley regirán por los hechos imponible que se produzcan a partir del primer día, inclusive, del mes siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 4º — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO MENEM. — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Edgardo PiuZZi.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DIECISIETE DIAS DEL MES DE JULIO, DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS.

Antecedentes Normativos

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

- Gravamen del artículo 39 inciso b): derogado, hasta el 31 de diciembre de 2001, para los vehículos, chasis con motor y motores por art. 1° del [Decreto N° 265/2001](#) B.O. 7/3/2001. - Vigencia a partir del día siguiente al de la publicación del presente decreto en el Boletín Oficial, por art.3° del Decreto N° 265/2001, modificado por art. 1° del Decreto N° [Decreto N° 292/2001](#) B.O. 9/3/2001.
- Gravamen del Artículo 39 inciso c): Los vehículos chasis con motor y motores tributarán el CUATRO POR CIENTO (4%) del valor del bien, hasta el 31 de diciembre de 2001 por art. 2° del [Decreto N° 265/2001](#) B.O. 7/3/2001. - Vigencia a partir del día siguiente al de la publicación del presente decreto en el Boletín Oficial, por art.3° del Decreto N° 265/2001, modificado por art. 1° del Decreto N° [Decreto N° 292/2001](#) B.O. 9/3/2001
- Artículo 23 modificado por art. 1° del [Decreto N° 303/2000](#) B.O. 10/04/2000;
- Artículo 26, tercer párrafo, inc. a), Expresión "de un rotulado" sustituida por expresión "de su rotulado" por art. 5° inc. f) de la [Ley N° 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1° de enero de 1997;
- Artículo 1°, Expresión "automotores y motores gasoleros" incorporada por art. 5° inc. a) de la [Ley N° 24.698](#) B.O. 27/09/1996. Vigencia: a partir del 1° de enero de 1997;
- **Nota Infoleg:** Por art. 1° del [Decreto N° 1070/2001](#) B.O. 27/8/2001 se deja sin efecto hasta el 31 de diciembre de 2003, inclusive el gravamen establecido en el Capítulo VII. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial, inclusive.

Fuente: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/38621/texact.ht>

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo D. Ley 24.788. Ley nacional de lucha contra el alcoholismo

Prohíbese en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas. Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol.

Sancionada: Marzo 5 de 1997.

Promulgada de Hecho: Marzo 31 de 1997.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO

ARTICULO 1°-Queda prohibido en todo el territorio nacional, el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad.

ARTICULO 2°-Declárase de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol.

ARTICULO 3°-A los efectos de esta ley, se considerarán bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol cualquiera sea su graduación.

ARTICULO 4°-La prohibición regirá cualquiera sea la naturaleza de las bocas de expendio, ya sea que se dediquen en forma total o parcial a la comercialización de bebidas.

Queda prohibido el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y en el interior de los estadios u otros sitios, cuando se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales y/o artísticas, excepto en los lugares y horarios expresamente habilitados por la autoridad competente.

ARTICULO 5°-Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes leyendas: "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

ARTICULO 6°-Queda prohibida toda publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, que:

- a) Sea dirigida a menores de dieciocho (18) años;
- b) Utilicen en ella a menores de dieciocho (18) años bebiendo;
- c) Sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas;
- d) Utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones:

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

e) No incluya en letra y lugar visible las leyendas "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

ARTICULO 7°-Prohíbese en todo el territorio nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro, que requieran la ingesta de bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la catación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos.

ARTICULO 8° - Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que será conformado por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación, de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

ARTICULO 9°-El Consejo Federal de Cultura y Educación acordará los aspectos educativos del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, debiendo incluir en los contenidos curriculares de todos los niveles, ciclos y modalidades temas vinculados al consumo excesivo de alcohol.

ARTICULO 10.-Los establecimientos médico-asistenciales públicos, del sistema de seguridad social y privado, deberán encarar acciones de prevención primaria de acuerdo a su nivel de complejidad: y de detección precoz de la patología vinculada con el consumo excesivo de alcohol.

ARTICULO 11.-El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, contará con un consejo asesor que estará integrado por representantes de instituciones públicas y/o privadas cuyos fines se relacionen con los objetivos del programa y serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

ARTICULO 12. -Las obras sociales y asociaciones de obras sociales, incluídas en la Ley 23.660, beneficiarias del Fondo de Redistribución de la Ley 23.661, y las entidades de medicina prepaga, deberán reconocer en la cobertura para los tratamientos médicos, farmacológicos y/o psicológicos, la patología del consumo de alcohol, determinada en la Clasificación Internacional de Enfermedades declaradas por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud Deberán brindar a los pacientes alcohólicos la asistencia y rehabilitación que su estado requiera, como asimismo encarar acciones de prevención primaria.

ARTICULO 13.-Las obras sociales elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo precedente que deberán presentados ante la ANSSAL

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

para su aprobación y financiamiento, previa existencia en el presupuesto general de la Nación de partidas específicas destinadas a tal fin.

La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones establecidas en las leyes 23.660 y 23.661 con relación a las infracciones.

ARTICULO 14.-La violación a la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas de los artículos 1° y 4° será sancionada con multa de quinientos a diez mil pesos o la clausura del local o establecimiento por el termino de diez días.

En caso de reincidencia la multa podrá elevarse hasta mil pesos en su mínimo y cincuenta mil pesos en su máximo, y la clausura del local o establecimiento hasta ciento ochenta días.

ARTICULO 15.-El que infrinja lo dispuesto en el artículo 7°, será reprimido con prisión de seis meses a dos años y con una multa de dos mil a veinte mil pesos. Además se impondrá la clausura del local donde se realizaren los hechos, por un término de hasta treinta días.

En caso de reincidencia, la clausura del local será definitiva.

Si a consecuencia del hecho resultare la muerte de alguna persona, la pena será de dos a cinco años de prisión, y si resultaren lesiones la pena será de uno a cuatro años de prisión.

Si la víctima del hecho resultare un menor de dieciocho años de edad la pena máxima se elevará en un tercio.

ARTICULO 16.-En caso de producirse las consecuencias a que se refiere el tercero y cuarto párrafo del artículo anterior, la clausura del local será definitiva.

ARTICULO 17.-Sustitúyese el texto del inciso a) del artículo 48, de la Ley 24.449 por el siguiente:

"Inciso a): Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente, habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Conducir cualquier tipo de vehículos con una alcoholemia superior a 500 miligramos por litro de sangre. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia superior a 200 miligramos por litro de sangre. Para vehículos destinados al transporte de pasajeros de menores y de carga, queda prohibido hacerlo cualquiera sea la concentración por litro de sangre. La autoridad competente realizará el respectivo control mediante el método adecuado aprobado a tal fin por el organismo sanitario."

ARTICULO 18.-La violación a lo previsto en los artículos 5° y 6° será sancionada con multa de cinco mil a cien mil pesos. La sanción por la infracción al artículo 6° se aplicará tanto al anunciante como a la empresa publicitaria.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

ARTICULO 19.-La aplicación de las sanciones previstas en esta ley en el ámbito de Capital Federal, será competencia de la Justicia en lo Correccional; con excepción de las establecidas en los artículos 15 y 16 que será competencia de los tribunales en lo criminal.

ARTICULO 20.-Las multas que se recauden por aplicación de la presente ley serán de tinadas:

- a) Un cuarenta por ciento (40 %) al programa creado en el artículo 8°;
- b) Un sesenta por ciento (60 %) a las jurisdicciones en las que fueran percibidas para ser aplicadas a los programas previstos en los artículos 9° y 10.

ARTICULO 21.-Los contratos relacionados con la publicidad de bebidas alcohólicas respecto de los cuales la autoridad competente tenga acreditado que fueron celebrados con anterioridad la vigencia de la presente ley, podrán ser ejecutados sin atenerse a sus preceptos por el plazo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de la firma de los mismos.

ARTICULO 22.-La presente ley tendrá vigencia en todo el territorio nacional, con la excepción del artículo 17, en el que regirá la adhesión de las provincias y la ciudad de Buenos Aires conforme al artículo 91 de la Ley 24.449.

ARTICULO 23.-Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,
LOS CINCO DIAS DEL MES DE: MARZO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y
SIETE

ALBERTO R. PIERRI.-EDUARDO MENEM.- Juan Estrada.-Edgardo Piuuzzi.

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo E. Consumo de alcohol y sus consecuencias en Argentina. OMS - 2011

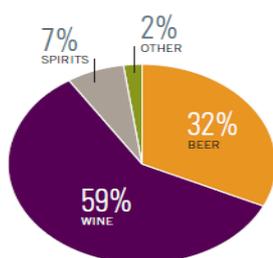
Argentina

SOCIOECONOMIC CONTEXT

Total population: 39 134 000 > Population 15+ years: 74% > Population in urban areas: 90% > Income group (World Bank): Upper-middle income

Data source: United Nations, data range 1990-2006.

RECORDED ADULT (15+) ALCOHOL CONSUMPTION BY TYPE OF ALCOHOLIC BEVERAGE (IN % OF PURE ALCOHOL), 2005



Beer includes malt beers. Wine includes wine made from grapes. Spirits include all distilled beverages. Other includes one or several other alcoholic beverages, such as fermented beverages made from sorghum, maize, millet, rice, or cider, fruit wine, fortified wine, etc.

Adult (15+) per capita consumption, average 2003-2005 (in litres of pure alcohol):

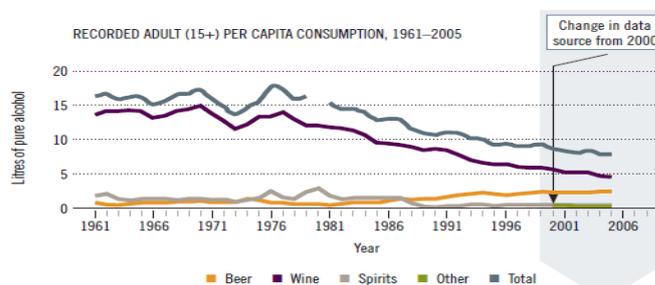
Recorded	8.0
Unrecorded	2.0
Total	10.0
WHO American Region	8.7

Robust estimate of five-year change in recorded adult (15+) per capita consumption, 2001-2005:

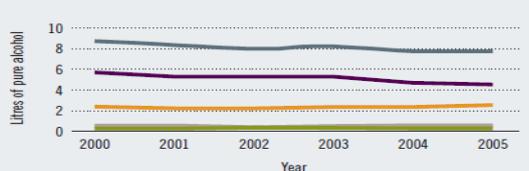
INCREASE
STABLE
DECREASE
INCONCLUSIVE

ALCOHOL CONSUMPTION

Population data (refer to the population 15 years and older and are in litres of pure alcohol).



ENLARGEMENT OF RECORDED ADULT (15+) PER CAPITA CONSUMPTION, 2000-2005



PATTERNS OF DRINKING

ABSTAINERS (15+ years), 2003	Males	Females	Total
	Lifetime abstainers	1.6%	4.6%
Former drinkers	4.7%	23.1%	14.3%
Abstainers*	6.3%	27.7%	17.5%

* Persons who did not drink in the past 12 months.

DRINKERS ONLY	
Adult (15+ years) per capita consumption*, total	12.12
Adult (15+ years) per capita consumption*, males	15.56
Adult (15+ years) per capita consumption*, females	7.60
Heavy episodic drinkers** (15-85+ years), males, 2003	17.5%
Heavy episodic drinkers** (15-85+ years), females, 2003	0.3%

* (Recorded + unrecorded - tourist) in litres of pure alcohol, average 2003-2005.
** Had at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion weekly.

PATTERNS OF DRINKING SCORE

Patterns of drinking score*	1	2	3	4	5
LEAST RISKY					
MOST RISKY					

* Given the same level of consumption, the higher the patterns of drinking score, the greater the alcohol-attributable burden of disease for the country.

HEALTH CONSEQUENCES

MORBIDITY			
Prevalence estimates (12-month prevalence for 2004):	Males	Females	
Alcohol use disorders (15+ years)	6.64%	1.78%	

ALL CAUSE MORTALITY

	Age-standardized deaths rates, 15+ years (per 100,000 population)											
	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Liver cirrhosis	14.7	3.4	14.6	3.5	13.8	2.9	13.9	3.3	12.3	3.0	13.3	2.8
Road traffic accidents (1)	18.9	5.1	19.2	5.2	16.6	4.0	17.0	4.7	17.2	4.3	17.4	4.5

Data source: WHO Mortality Database, data as reported by countries (1) refer to transport accidents.

ALCOHOL POLICY

Excise tax on beer / wine / spirits	NA
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (selling) (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (serving) (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages:	
Time (hours and days) / location (places and density)	Yes / NA
Specific events / intoxicated persons / petrol stations	Yes / NA / NA
National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in %	0.05 / 0.05 / ZT
Legally binding regulations on alcohol advertising / product placement	No / No
Legally binding regulations on alcohol sponsorship / sales promotion	NA / No

ZT = Zero tolerance.
NA = No information.

© World Health Organization 2011

Fuente: OMS, 2011. Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/arg.pdf

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo F. Enfermedades y fracciones atribuibles al consumo de alcohol según el CDC

Causas Agudas 100% Atribuibles al Consumo de Alcohol	CIE 9	CIE 10
Excesivo nivel de alcohol en la sangre aguda	R78.0	7903
Efecto tóxico del alcohol aguda	T51	9800
Envenenamiento accidental por alcohol aguda	X45	E8600-8609
Envenenamiento por alcohol de intención no determinada aguda	Y15	E9809
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por alcohol aguda	X65	E9509
Causas Crónicas 100% Atribuibles al Consumo De Alcohol		
Psicosis alcohólica	291	F10.3-F10.9
El abuso de alcohol	305.0, 303.0	F10.0, F10.1
El síndrome de dependencia del alcohol	303,9	F10.2
Alcohol polineuropatía	357,5	G62.1
La degeneración del sistema nervioso debido al alcohol	*	G31.2
Miopatía alcohólica	*	G72.1
Cardiomiopatía Alcohol	425,5	I42.6
Gastritis alcohólica	535,3	K29.2
Enfermedad hepática alcohólica	571,0-571,3	K70-K70.4, K70.9
El síndrome de alcoholismo fetal	655.4, 760.71	Q86.0
Feto y recién nacido afectados por el uso materno de alcohol	*	P04.3, O35.4
Alcohol inducida pancreatitis crónica	*	K86.0

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo F. Enfermedades y fracciones atribuibles al consumo de alcohol según el CDC (Cont.)

Las fracciones atribuibles al alcohol directos (AAF) Estimación	ICD-9	ICD-10
La pancreatitis aguda	577	K85
La pancreatitis crónica	577,1	K86.1
Epilepsia	345	G40, G41
Las várices esofágicas	456,0-456,2	I85, I98.20, I98.21
Hemorragia gastroesofágico	530.7	K22.6
Cirrosis del hígado, no especificado	571,5-571,9	K74.3-K74.6, K76.0, K76.9
La hipertensión portal	572,3	K76.6
El aborto espontáneo	634	O03

Fuente: http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/Info/ICDCodes.aspx

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo G. Población según sexo y grupo etario. República Argentina, 1990-2009.

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
1990	15 a 19 años	1.415.238	1.387.433	2.802.671
	20 a 24 años	1.242.906	1.224.402	2.467.307
	25 a 29 años	1.167.355	1.168.685	2.336.041
	30 a 34 años	1.084.216	1.126.218	2.210.434
	35 a 39 años	1.032.541	1.064.549	2.097.089
	40 a 44 años	927.326	955.576	1.882.903
	45 a 49 años	818.205	840.596	1.658.800
	50 a 54 años	728.590	768.450	1.497.039
	55 a 59 años	672.719	733.050	1.405.769
	60 a 64 años	607.848	689.329	1.297.176
	65 a 69 años	483.070	588.121	1.071.190
	70 a 74 años	342.784	464.273	807.057
	75 a 79 años	227.406	346.568	573.974
	80 años y más	166.259	293.489	459.748
1991	15 a 19 años	1.467.406	1.438.286	2.905.692
	20 a 24 años	1.268.666	1.248.813	2.517.479
	25 a 29 años	1.180.021	1.177.051	2.357.072
	30 a 34 años	1.096.990	1.134.573	2.231.563
	35 a 39 años	1.043.251	1.078.633	2.121.884
	40 a 44 años	945.767	976.366	1.922.133
	45 a 49 años	833.502	858.114	1.691.616
	50 a 54 años	736.390	776.076	1.512.466
	55 a 59 años	673.318	734.921	1.408.239
	60 a 64 años	610.978	694.760	1.305.738
	65 a 69 años	492.998	600.689	1.093.687
	70 a 74 años	350.731	475.505	826.236
	75 a 79 años	231.057	354.462	585.519
	80 años y más	171.676	306.827	478.503

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
1992	15 a 19 años	1.529.960	1.498.983	3.028.943
	20 a 24 años	1.297.889	1.276.961	2.574.850
	25 a 29 años	1.190.632	1.184.055	2.374.687
	30 a 34 años	1.111.923	1.141.817	2.253.740
	35 a 39 años	1.050.828	1.090.542	2.141.370
	40 a 44 años	965.266	997.708	1.962.974
	45 a 49 años	850.480	878.310	1.728.790
	50 a 54 años	746.494	785.411	1.531.905
	55 a 59 años	673.803	736.250	1.410.053
	60 a 64 años	611.513	697.647	1.309.160
	65 a 69 años	502.997	613.505	1.116.502
	70 a 74 años	360.097	488.178	848.275
	75 a 79 años	234.431	361.578	596.009
	80 años y más	177.161	320.526	497.687
1993	15 a 19 años	1.593.207	1.560.142	3.153.349
	20 a 24 años	1.330.613	1.308.834	2.639.447
	25 a 29 años	1.201.522	1.192.024	2.393.546
	30 a 34 años	1.127.784	1.148.606	2.276.390
	35 a 39 años	1.057.036	1.100.874	2.157.910
	40 a 44 años	984.422	1.018.584	2.003.006
	45 a 49 años	868.398	899.962	1.768.360
	50 a 54 años	758.380	796.494	1.554.874
	55 a 59 años	675.034	737.976	1.413.010
	60 a 64 años	610.765	699.092	1.309.857
	65 a 69 años	512.405	625.714	1.138.119
	70 a 74 años	370.169	501.535	871.704
	75 a 79 años	237.972	368.608	606.580
	80 años y más	182.713	334.578	517.291

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
1994	15 a 19 años	1.647.456	1.612.379	3.259.835
	20 a 24 años	1.366.877	1.344.423	2.711.300
	25 a 29 años	1.215.028	1.203.285	2.418.313
	30 a 34 años	1.143.341	1.155.597	2.298.938
	35 a 39 años	1.063.642	1.110.227	2.173.869
	40 a 44 años	1.001.832	1.037.975	2.039.807
	45 a 49 años	886.515	921.850	1.808.365
	50 a 54 años	771.528	809.362	1.580.890
	55 a 59 años	677.872	741.037	1.418.909
	60 a 64 años	610.046	700.195	1.310.241
	65 a 69 años	520.562	636.460	1.157.022
	70 a 74 años	380.230	514.819	895.049
	75 a 79 años	242.121	376.245	618.366
	80 años y más	188.335	348.980	537.315
1995	15 a 19 años	1.683.012	1.646.314	3.329.326
	20 a 24 años	1.406.719	1.383.714	2.790.433
	25 a 29 años	1.233.484	1.220.166	2.453.650
	30 a 34 años	1.157.363	1.163.449	2.320.812
	35 a 39 años	1.072.409	1.119.202	2.191.611
	40 a 44 años	1.016.093	1.054.861	2.070.954
	45 a 49 años	904.088	942.752	1.846.840
	50 a 54 años	785.419	824.053	1.609.472
	55 a 59 años	683.177	746.372	1.429.549
	60 a 64 años	610.667	702.056	1.312.723
	65 a 69 años	526.809	644.888	1.171.697
	70 a 74 años	389.567	527.274	916.841
	75 a 79 años	247.322	385.184	632.506
	80 años y más	194.026	363.725	557.751

(Continúa en página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
1996	15 a 19 años	1.693.402	1.655.626	3.349.028
	20 a 24 años	1.456.070	1.432.873	2.888.943
	25 a 29 años	1.256.543	1.242.698	2.499.241
	30 a 34 años	1.167.965	1.170.632	2.338.597
	35 a 39 años	1.083.820	1.127.276	2.211.096
	40 a 44 años	1.025.775	1.068.801	2.094.576
	45 a 49 años	921.881	963.303	1.885.184
	50 a 54 años	800.482	841.341	1.641.823
	55 a 59 años	691.322	753.929	1.445.251
	60 a 64 años	612.160	704.043	1.316.203
	65 a 69 años	530.425	650.280	1.180.705
	70 a 74 años	398.590	539.417	938.007
	75 a 79 años	253.973	395.912	649.885
	80 años y más	199.639	378.678	578.317
1997	15 a 19 años	1.685.086	1.646.572	3.331.658
	20 a 24 años	1.514.906	1.491.906	3.006.812
	25 a 29 años	1.282.649	1.269.328	2.551.977
	30 a 34 años	1.175.967	1.176.708	2.352.675
	35 a 39 años	1.096.698	1.134.051	2.230.749
	40 a 44 años	1.031.811	1.080.475	2.112.286
	45 a 49 años	940.387	984.316	1.924.703
	50 a 54 años	817.065	861.200	1.678.265
	55 a 59 años	701.735	763.084	1.464.819
	60 a 64 años	613.652	705.423	1.319.075
	65 a 69 años	531.850	653.207	1.185.057
	70 a 74 años	407.776	551.752	959.528
	75 a 79 años	261.780	407.967	669.747
	80 años y más	205.173	393.841	599.014

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
1998	15 a 19 años	1.667.778	1.628.628	3.296.406
	20 a 24 años	1.574.328	1.551.568	3.125.896
	25 a 29 años	1.312.322	1.300.012	2.612.334
	30 a 34 años	1.184.198	1.183.970	2.368.168
	35 a 39 años	1.110.320	1.140.307	2.250.627
	40 a 44 años	1.036.350	1.090.544	2.126.894
	45 a 49 años	958.464	1.004.840	1.963.304
	50 a 54 años	834.522	882.471	1.716.993
	55 a 59 años	713.854	773.912	1.487.766
	60 a 64 años	615.843	707.144	1.322.987
	65 a 69 años	532.165	654.745	1.186.910
	70 a 74 años	416.508	563.504	980.012
	75 a 79 años	270.143	420.617	690.760
	80 años y más	210.850	409.420	620.270
1999	15 a 19 años	1.651.190	1.611.275	3.262.465
	20 a 24 años	1.625.438	1.602.612	3.228.050
	25 a 29 años	1.346.082	1.334.702	2.680.784
	30 a 34 años	1.195.485	1.194.711	2.390.196
	35 a 39 años	1.123.965	1.146.829	2.270.794
	40 a 44 años	1.041.539	1.099.673	2.141.212
	45 a 49 años	974.964	1.023.925	1.998.889
	50 a 54 años	852.207	903.990	1.756.197
	55 a 59 años	727.118	786.489	1.513.607
	60 a 64 años	619.435	710.154	1.329.589
	65 a 69 años	532.449	655.971	1.188.420
	70 a 74 años	424.170	573.896	998.066
	75 a 79 años	278.463	433.129	711.592
	80 años y más	216.893	425.619	642.512

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
2000	15 a 19 años	1.645.033	1.603.991	3.249.024
	20 a 24 años	1.659.336	1.635.794	3.295.130
	25 a 29 años	1.384.449	1.373.352	2.757.801
	30 a 34 años	1.212.654	1.211.224	2.423.878
	35 a 39 años	1.136.910	1.154.399	2.291.309
	40 a 44 años	1.049.525	1.108.524	2.158.049
	45 a 49 años	988.744	1.040.618	2.029.362
	50 a 54 años	869.473	924.596	1.794.069
	55 a 59 años	740.965	800.891	1.541.856
	60 a 64 años	625.129	715.404	1.340.533
	65 a 69 años	533.785	657.962	1.191.747
	70 a 74 años	430.146	582.153	1.012.299
	75 a 79 años	286.141	444.772	730.913
	80 años y más	223.525	442.643	666.168
2001	15 a 19 años	1.651.139	1.608.415	3.259.554
	20 a 24 años	1.669.961	1.644.878	3.314.839
	25 a 29 años	1.433.619	1.422.169	2.855.788
	30 a 34 años	1.235.625	1.233.578	2.469.203
	35 a 39 años	1.147.490	1.161.509	2.308.999
	40 a 44 años	1.060.944	1.116.580	2.177.524
	45 a 49 años	998.480	1.054.481	2.052.961
	50 a 54 años	887.069	944.905	1.831.974
	55 a 59 años	755.747	817.856	1.573.603
	60 a 64 años	633.190	722.821	1.356.011
	65 a 69 años	535.687	660.100	1.195.787
	70 a 74 años	433.774	587.573	1.021.347
	75 a 79 años	293.405	455.890	749.295
	80 años y más	230.839	460.700	691.539

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
2002	15 a 19 años	1.663.034	1.618.228	3.281.262
	20 a 24 años	1.663.245	1.636.028	3.299.273
	25 a 29 años	1.493.244	1.481.182	2.974.426
	30 a 34 años	1.262.513	1.260.245	2.522.758
	35 a 39 años	1.156.187	1.167.638	2.323.825
	40 a 44 años	1.074.364	1.123.400	2.197.764
	45 a 49 años	1.004.937	1.066.149	2.071.086
	50 a 54 años	905.426	965.689	1.871.115
	55 a 59 años	771.837	837.334	1.609.171
	60 a 64 años	643.152	731.772	1.374.924
	65 a 69 años	537.436	661.666	1.199.102
	70 a 74 años	435.466	590.674	1.026.140
	75 a 79 años	300.655	466.973	767.628
	80 años y más	238.686	479.654	718.340
2003	15 a 19 años	1.677.970	1.630.971	3.308.941
	20 a 24 años	1.648.281	1.618.596	3.266.877
	25 a 29 años	1.554.032	1.541.084	3.095.116
	30 a 34 años	1.293.440	1.291.121	2.584.561
	35 a 39 años	1.165.498	1.175.046	2.340.544
	40 a 44 años	1.088.832	1.129.759	2.218.591
	45 a 49 años	1.010.097	1.076.279	2.086.376
	50 a 54 años	923.421	986.029	1.909.450
	55 a 59 años	788.709	858.218	1.646.927
	60 a 64 años	654.615	742.365	1.396.980
	65 a 69 años	539.757	663.588	1.203.345
	70 a 74 años	436.212	592.508	1.028.720
	75 a 79 años	307.547	477.501	785.048
	80 años y más	246.927	499.193	746.120

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
2004	15 a 19 años	1.693.201	1.644.187	3.337.388
	20 a 24 años	1.634.163	1.601.934	3.236.097
	25 a 29 años	1.606.690	1.592.566	3.199.256
	30 a 34 años	1.328.527	1.326.100	2.654.627
	35 a 39 años	1.177.920	1.185.995	2.363.915
	40 a 44 años	1.103.394	1.136.432	2.239.826
	45 a 49 años	1.015.946	1.085.528	2.101.474
	50 a 54 años	939.933	1.005.001	1.944.934
	55 a 59 años	805.839	879.401	1.685.240
	60 a 64 años	667.183	754.708	1.421.891
	65 a 69 años	543.376	666.795	1.210.171
	70 a 74 años	437.005	594.126	1.031.131
	75 a 79 años	313.741	486.956	800.697
	80 años y más	255.422	519.004	774.426
2005	15 a 19 años	1.705.978	1.655.417	3.361.395
	20 a 24 años	1.629.984	1.595.394	3.225.378
	25 a 29 años	1.641.925	1.626.318	3.268.243
	30 a 34 años	1.367.895	1.365.079	2.732.974
	35 a 39 años	1.195.951	1.202.744	2.398.695
	40 a 44 años	1.117.097	1.144.194	2.261.291
	45 a 49 años	1.024.468	1.094.554	2.119.022
	50 a 54 años	953.838	1.021.683	1.975.521
	55 a 59 años	822.699	899.777	1.722.476
	60 a 64 años	680.458	768.908	1.449.366
	65 a 69 años	549.019	672.215	1.221.234
	70 a 74 años	438.837	596.579	1.035.416
	75 a 79 años	318.893	494.819	813.712
	80 años y más	264.032	538.776	802.808

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
2006	15 a 19 años	1.717.102	1.665.541	3.382.643
	20 a 24 años	1.637.640	1.600.751	3.238.391
	25 a 29 años	1.653.784	1.636.257	3.290.041
	30 a 34 años	1.417.740	1.414.326	2.832.066
	35 a 39 años	1.219.550	1.225.422	2.444.972
	40 a 44 años	1.128.336	1.151.589	2.279.925
	45 a 49 años	1.036.319	1.102.882	2.139.201
	50 a 54 años	963.891	1.035.677	1.999.568
	55 a 59 años	840.039	919.978	1.760.017
	60 a 64 años	694.800	785.707	1.480.507
	65 a 69 años	556.954	679.811	1.236.765
	70 a 74 años	441.346	599.344	1.040.690
	75 a 79 años	322.568	500.554	823.122
	80 años y más	272.957	558.820	831.777
2007	15 a 19 años	1.728.405	1.676.197	3.404.602
	20 a 24 años	1.651.069	1.611.770	3.262.839
	25 a 29 años	1.648.462	1.628.588	3.277.050
	30 a 34 años	1.477.980	1.473.910	2.951.890
	35 a 39 años	1.247.052	1.252.522	2.499.574
	40 a 44 años	1.137.747	1.158.098	2.295.845
	45 a 49 años	1.050.175	1.110.075	2.160.250
	50 a 54 años	970.839	1.047.598	2.018.437
	55 a 59 años	858.209	940.741	1.798.950
	60 a 64 años	710.473	805.033	1.515.506
	65 a 69 años	566.698	688.963	1.255.661
	70 a 74 años	443.870	601.718	1.045.588
	75 a 79 años	324.995	504.505	829.500
	80 años y más	282.289	579.345	861.634

(Continúa página siguiente)

Rodríguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo G** de la página anterior)

Año	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
2008	15 a 19 años	1.738.687	1.686.067	3.424.754
	20 a 24 años	1.667.426	1.625.789	3.293.215
	25 a 29 años	1.634.889	1.612.438	3.247.327
	30 a 34 años	1.539.324	1.534.430	3.073.754
	35 a 39 años	1.278.518	1.283.852	2.562.370
	40 a 44 años	1.147.736	1.165.910	2.313.646
	45 a 49 años	1.065.054	1.116.842	2.181.896
	50 a 54 años	976.553	1.058.043	2.034.596
	55 a 59 años	876.087	961.119	1.837.206
	60 a 64 años	726.939	825.773	1.552.712
	65 a 69 años	577.847	699.728	1.277.575
	70 a 74 años	446.952	604.490	1.051.442
	75 a 79 años	326.827	507.479	834.306
	80 años y más	291.729	599.882	891.611
2009	15 a 19 años	1.746.747	1.693.831	3.440.578
	20 a 24 años	1.683.868	1.640.145	3.324.013
	25 a 29 años	1.621.994	1.596.933	3.218.927
	30 a 34 años	1.592.477	1.586.480	3.178.957
	35 a 39 años	1.314.010	1.319.219	2.633.229
	40 a 44 años	1.160.710	1.177.209	2.337.919
	45 a 49 años	1.079.970	1.123.897	2.203.867
	50 a 54 años	982.902	1.067.611	2.050.513
	55 a 59 años	892.548	980.163	1.872.711
	60 a 64 años	743.658	846.815	1.590.473
	65 a 69 años	590.001	712.161	1.302.162
	70 a 74 años	451.135	608.445	1.059.580
	75 a 79 años	328.715	510.281	838.996
	80 años y más	300.978	619.964	920.942

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por INDEC (2005) e INDEC (2009)

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

Anexo H. Tasas de mortalidad específicas por edad y nro. total de defunciones según año. República Argentina. 1990-2009.

Grupo s etarios	15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		50 a 54 años	
	Tasas especí- ficas	Defun- - ciones														
1990	0,1	3	0,3	8	0,6	15	2,1	47	4,9	102	10	186	14,0	227	16	239
1991	0,2	5	0,4	11	1,2	28	3	67	6,6	140	11,9	226	17,2	287	19,4	288
1992	0,1	2	0,4	13	1,1	26	2,2	51	6,6	144	12,4	246	17,1	292	22,1	330
1993	0,1	2	0,2	7	1,1	26	1,9	43	4,6	94	9,7	192	14,9	261	17,7	274
1994	0,2	7	0,5	13	0,9	22	2,3	53	5,5	123	10,2	210	14,8	265	17,8	282
1995	0,1	3	0,4	10	0,7	16	2,5	59	5,6	122	9,5	195	15,7	289	19,7	319
1996	0,0	1	0,4	11	1,0	26	2,5	60	5,2	112	10,0	210	16,4	307	20,3	335
1997	0,1	4	0,4	13	0,8	19	2,8	66	5,9	130	10,4	222	16,7	319	19,7	328
1998	0,2	8	0,2	5	1,1	28	2,4	59	3,8	86	8,0	166	15,8	299	17,6	298
1999	0,2	1	0,1	8	1,2	18	2,5	52	4,0	91	7,8	166	15,0	250	17,0	290
2000	0,2	8	0,2	6	0,5	14	2,1	50	3,6	82	6,7	142	11,2	226	15,8	279
2001	0,1	2	0,2	7	0,7	20	2,2	55	3,4	77	6,4	138	10,5	212	15,4	278
2002	0,0	0	0,1	2	0,4	12	1,1	28	2,4	55	5,4	117	8,4	173	12,6	231
2003	0,2	6	0,2	7	0,3	18	1,4	36	3,1	64	5,3	136	7,9	195	11,9	248
2004	0,1	3	0,2	5	0,2	7	1,4	38	3,0	71	5,3	116	6,9	143	12,4	240
2005	0,2	6	0,2	5	0,4	13	1,1	30	2,6	63	5,6	126	9,6	201	13,4	253
2006	0,1	3	0,1	4	0,5	15	1,7	46	2,7	66	5,7	126	11,1	233	14,1	281
2007	0,1	3	0,2	6	0,5	14	1,2	34	2,7	66	6,3	145	11,1	238	13,8	278
2008	0,0	1	0,2	6	0,7	24	1,2	36	2,4	59	5,4	126	9,8	213	15,3	311
2009	0,1	2	0,2	7	0,2	8	1,3	42	2,2	58	5,5	129	7,4	162	12,6	258

(Continúa en pág. siguiente)

Rodriguez F. Mortalidad por enfermedades atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en la República Argentina durante el período 1990-2009 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013.

(Continuación del **Anexo H** de la página anterior)

Grupos etarios	55 a 59 años		60 a 64 años		65 a 69 años		70 a 74 años		75 a 79 años		80 y más años		Sin Especificar	Defunciones totales
	Año	Tasas específicas	Defunciones	Tasas específicas										
1990	20,5	288	19,4	250	20,0	212	19,3	157	21,3	122	23,3	107	29	1992
1991	23,6	328	23,4	299	18,9	210	23,8	196	21,2	124	19,6	92	36	2337
1992	22,8	319	23,1	299	21,3	241	21,9	186	20,6	122	23,9	118	34	2423
1993	21,4	300	22,3	289	20,1	226	21,3	187	20,3	123	22,0	113	102	2239
1994	21,1	298	25,5	333	20,0	231	20,8	183	23,1	142	23,6	130	33	2325
1995	21,5	308	22,2	288	24,3	288	21,4	195	20,2	132	25,5	141	43	2408
1996	23,0	330	26,0	340	25,1	294	21,5	199	22,0	142	21,3	124	27	2518
1997	21,7	318	25,6	338	24,6	291	22,5	220	20,8	141	22,9	138	36	2583
1998	22,3	327	23,1	302	23,6	274	23,3	225	20,7	142	25,0	153	10	2382
1999	22,1	304	22,3	310	22,2	220	21,4	214	20,5	161	25,7	151	20	2256
2000	17,2	263	17,6	235	19,0	227	21,4	217	22,4	161	23,1	153	12	2075
2001	17,2	269	17,0	229	22,1	262	20,6	205	18,7	140	24,6	167	17	2078
2002	15,3	244	16,8	227	18,8	226	20,7	212	18,1	138	20,3	146	14	1825
2003	15,1	277	16,0	244	15,5	231	15,8	209	22,2	178	22,4	169	13	2031
2004	14,1	237	15,7	222	14,5	176	15,7	161	19,7	158	19,9	154	15	1746
2005	16,4	281	16,0	231	19,7	241	20,7	214	20,4	166	20,3	163	9	2002
2006	16,6	289	19,3	285	15,6	192	16,7	174	18,6	153	18,4	153	4	2024
2007	19,3	344	19,8	296	23,8	298	24,1	251	22,2	183	23,2	200	16	2372
2008	19,5	354	19,3	299	23,5	300	21,1	223	20,7	172	20,4	180	19	2323
2009	15,5	289	18,4	289	21,9	284	22,6	238	21,9	182	19,1	175	14	2137

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad proporcionadas por DEIS-MSN e INDEC