

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DEL

ALCOHOL Y LA SALUD

EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2020

Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32220-8 (impreso)

ISBN: 978-92-75-32221-5 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275322215>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| PRÓLOGO | 6 |
| AGRADECIMIENTOS | 7 |
| SIGLAS | 8 |
| REGIONES Y SUBREGIONES DEL MUNDO | 9 |
| PAÍSES Y SUBREGIONES DE LAS AMÉRICAS | 10 |
| RESUMEN | 12 |
| INTRODUCCIÓN: CONTEXTO PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOL | 14 |
| Marco mundial de vigilancia de las ENT | 14 |
| Objetivos de Desarrollo Sostenible..... | 15 |
| Fuentes de datos | 15 |
| CONSUMO DE ALCOHOL | 18 |
| Panorama..... | 18 |
| Factores que afectan al consumo de alcohol | 18 |
| Sexo y género..... | 18 |
| Edad | 19 |
| Ingresos y desigualdad | 19 |
| Indicadores sobre el alcohol..... | 20 |
| Cómo toman las poblaciones: Niveles de consumo | 20 |
| Cómo toman las personas: Patrones de consumo | 29 |
| Tendencias en el consumo de alcohol | 32 |
| DAÑOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL | 34 |
| Panorama y antecedentes | 34 |
| Sexo y género..... | 37 |
| Edad | 39 |
| Ingresos y desigualdad | 40 |
| Pueblos indígenas | 40 |
| Morbilidad | 41 |
| Indicadores de morbilidad | 42 |
| Mortalidad..... | 50 |

| | |
|--|-----------|
| Indicadores de mortalidad | 50 |
| Causas de mortalidad..... | 53 |
| Costo..... | 57 |
| POLÍTICAS EN MATERIA DE ALCOHOL..... | 59 |
| Panorama de las políticas en materia de alcohol..... | 59 |
| Políticas de precios..... | 61 |
| Impuestos o gravámenes al alcohol | 64 |
| Ajuste de los impuestos específicos al alcohol por inflación y costo de vida | 65 |
| Otras políticas de precios..... | 65 |
| Reducir la disponibilidad física de alcohol | 65 |
| Marketing de las bebidas alcohólicas..... | 69 |
| Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol | 73 |
| Respuesta de los servicios de salud | 75 |
| Liderazgo, concientización y compromiso..... | 76 |
| Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol | 78 |
| Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020..... | 78 |
| El camino a seguir: La iniciativa SAFER..... | 80 |
| Las estrategias de SAFER..... | 80 |
| Políticas y programas de la iniciativa SAFER | 81 |
| La industria del alcohol..... | 82 |
| Retos | 83 |
| CONCLUSIONES | 87 |
| RECOMENDACIONES FINALES..... | 89 |
| Concientización y compromiso | 89 |
| Implementar políticas e intervenciones eficaces..... | 90 |
| Énfasis en la equidad | 91 |
| Acción multisectorial..... | 92 |
| REFERENCIAS..... | 93 |

PRÓLOGO

En septiembre del 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una versión actualizada del *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud*, en la cual se ofrecía un análisis minucioso de la situación del consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las políticas de control a nivel mundial. En el informe se incluyeron también perfiles de los países con indicadores clave.

En el presente informe regional, que complementa dicho informe de la OMS, se presenta una imagen completa del consumo de alcohol en la Región de las Américas, las consecuencias sociales y de salud relacionadas con el consumo nocivo del alcohol, y la forma en que los países están respondiendo a esta situación. En este informe regional se abordan los efectos del consumo nocivo de alcohol sobre la salud de la población y se definen estrategias basadas en la evidencia para proteger y promover la salud y el bienestar de las comunidades de la Región. Los datos han sido validados por cada país de origen para el informe mundial de la OMS, y en este informe regional se incluyen además estudios posteriores que no se trataron en el informe mundial, publicado con anterioridad. El objetivo general de los análisis presentados es proporcionar una actualización sobre las políticas en materia de alcohol en el continente y señalar brechas y retos, así como examinar cómo los países pueden mejorar de manera rápida y costo-eficaz las tendencias actuales en el consumo de alcohol y el daño que este causa.

Los daños relacionados con el consumo de alcohol se han desatendido por demasiado tiempo en la Región de las Américas, mientras siguen perdiéndose vidas y personas, familias y comunidades de la Región continúan sufriendo las consecuencias directas o indirectas. El consumo nocivo de alcohol empeora las disparidades sociales y económicas, que ya eran grandes y continúan en aumento en nuestra Región. Está claro que se necesita un firme compromiso político para reunir a todos los sectores y lograr anteponer la salud a los intereses comerciales. Deben tomarse medidas urgentes para impedir que las generaciones actuales y futuras sufran los altos costos sanitarios, económicos y sociales del consumo nocivo de alcohol. Es hora de actuar y hacer nuestras comunidades más seguras mediante la implantación de políticas costoeficaces y la protección de la salud pública.

Dr. Renato Oliveira e Souza

Jefe de la Unidad de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas

Organización Panamericana de la Salud

AGRADECIMIENTOS

Este informe no habría sido posible sin las contribuciones de muchas personas y organizaciones.

Pamela Trangenstein, del Departamento de Comportamiento en Salud de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, examinó la bibliografía disponible y escribió una porción importante del texto y los gráficos.

Maristela Monteiro, del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró el esquema, supervisó el proceso de desarrollo y prestó su orientación y su experiencia a lo largo de todo el proceso.

El Centro de Adicciones y Salud Mental, centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en adicciones y salud mental, suministró datos sobre el consumo de alcohol y los daños atribuibles al alcohol. La OPS desea agradecer especialmente los aportes de Jürgen Rehm y Kevin Shield.

David Jernigan, del Departamento de Derecho, Política y Gestión de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, brindó su experiencia en política sobre el alcohol.

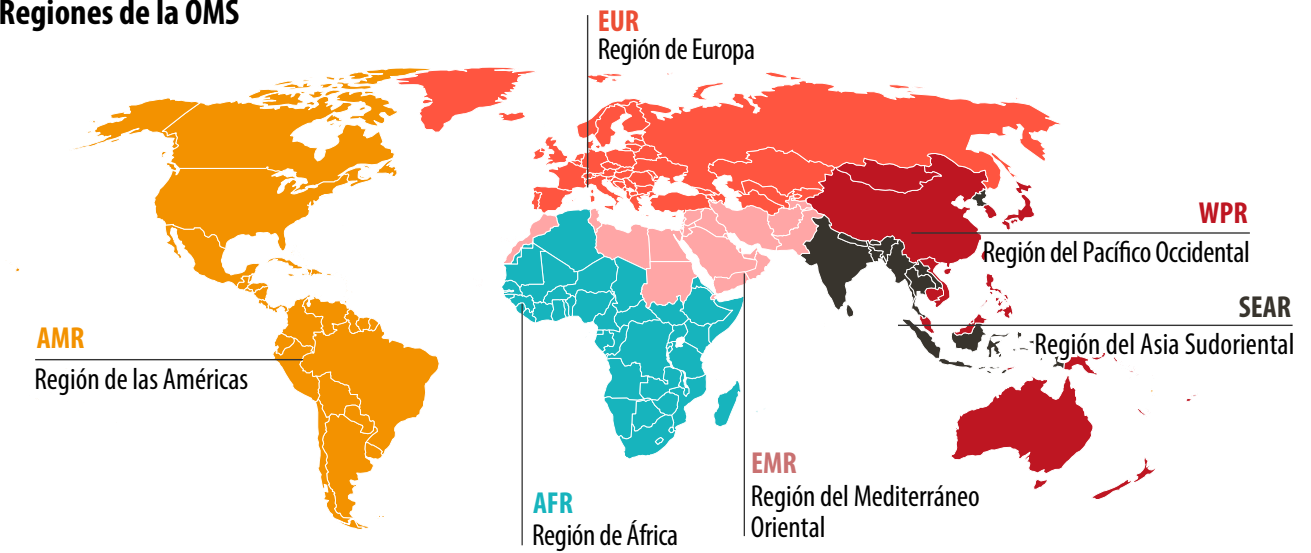
Ivneet Sohi, consultora de la Organización Panamericana de la Salud, editó el informe e incorporó las sugerencias hechas por los revisores Roberta Caixeta, María Neufeld y Kevin Shield.

SIGLAS

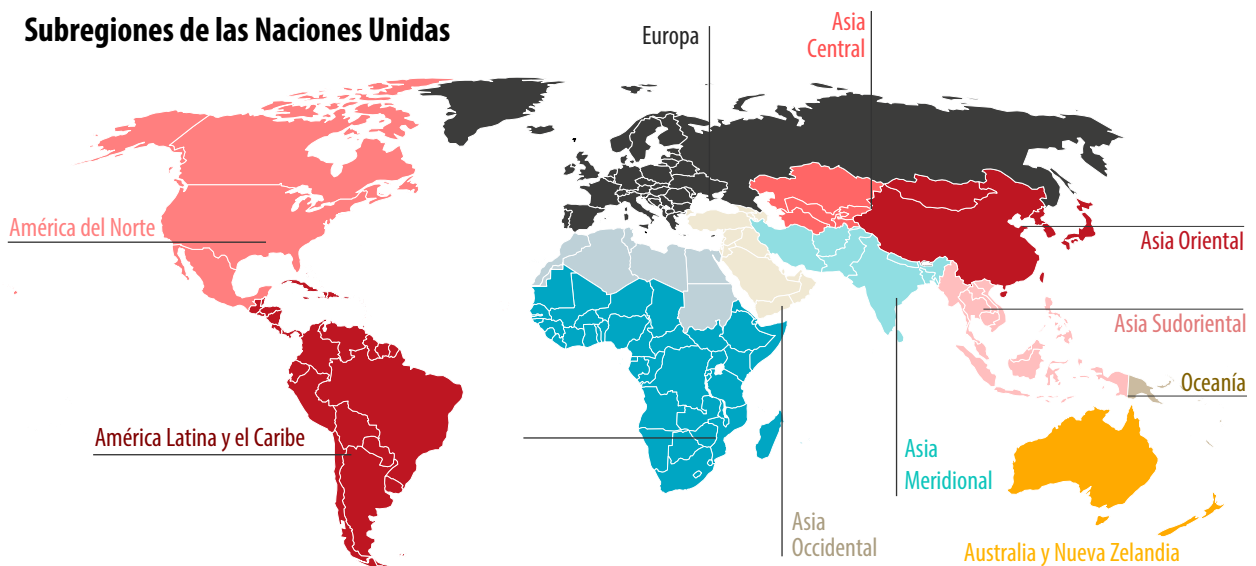
| | |
|-------|---|
| APC | alcohol per cápita |
| AVAD | año de vida ajustado en función de la discapacidad |
| AVD | años vividos con discapacidad |
| AVP | años de vida perdidos |
| CAS | concentración de alcohol en la sangre |
| CEE | consumo excesivo episódico |
| ENT | enfermedades no transmisibles (también denominadas “enfermedades crónicas”) |
| GISAH | Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (por su sigla en inglés) |
| FAA | Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria |
| NMH | Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (OPS) |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | organizaciones no gubernamentales |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |

REGIONES Y SUBREGIONES DEL MUNDO

Regiones de la OMS



Subregiones de las Naciones Unidas



PAÍSES Y SUBREGIONES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Países

| | | | | | |
|------------|--|------------|-----------------------------|------------|---|
| ARG | <u>Argentina</u> | DOM | <u>República Dominicana</u> | NIC | <u>Nicaragua</u> |
| ATG | <u>Antigua y Barbuda</u> | ECU | <u>Ecuador</u> | PAN | <u>Panamá</u> |
| BHS | <u>Bahamas</u> | GRD | <u>Granada</u> | PER | <u>Perú</u> |
| BLZ | <u>Belice</u> | GTM | <u>Guatemala</u> | PRY | <u>Paraguay</u> |
| BOL | <u>Bolivia (Estado Plurinacional de)</u> | GUY | <u>Guyana</u> | SLV | <u>El Salvador</u> |
| BRA | <u>Brasil</u> | HND | <u>Honduras</u> | SUR | <u>Suriname</u> |
| BRB | <u>Barbados</u> | HTI | <u>Haití</u> | TTO | <u>Trinidad y Tabago</u> |
| CAN | <u>Canadá</u> | JAM | <u>Jamaica</u> | URY | <u>Uruguay</u> |
| CHL | <u>Chile</u> | KNA | <u>Saint Kitts y Nevis</u> | USA | <u>Estados Unidos de América</u> |
| COL | <u>Colombia</u> | LCA | <u>Santa Lucía</u> | VCT | <u>San Vicente y las Granadinas</u> |
| CRI | <u>Costa Rica</u> | MEX | <u>México</u> | VEN | <u>Venezuela (República Bolivariana de)</u> |
| DMA | <u>Dominica</u> | | | | |

Subregiones de las Américas



RESUMEN

Consumo

En el 2016, el 46,1% de la población adulta (personas mayores de 15 años) había consumido alcohol en el último año, una proporción inferior al 57,8% registrado en el 2010. Entre los consumidores de alcohol, la proporción de aquellos que consumieron excesivamente fue de 40,5%, lo que significa que dos de cada cinco bebedores tuvieron un patrón de consumo que se considera particularmente nocivo para la salud. Desde el 2012, el consumo de alcohol per cápita en adultos se ha mantenido estable, al registrarse apenas una disminución de 8,2 a 8,0 litros de alcohol puro. Lamentablemente, es probable que este descenso resulte insuficiente para reducir el riesgo en la Región de las Américas. Debido al crecimiento demográfico, el número de bebedores no acusó cambio alguno, y las tasas de consumo excesivo episódico de alcohol aumentaron 12%. Esto significa que los bebedores actuales están consumiendo más, lo que queda de manifiesto con el aumento del consumo de alcohol per cápita en los bebedores, que pasó de 14,7 litros a 15,1 litros de alcohol puro.

Daños

Morbilidad: enfermedades y lesiones

El alcohol fue la causa de 6,7% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (es decir, años de vida perdidos por muerte prematura más años perdidos por discapacidad producida por el alcohol) en la Región de las Américas en el 2016. La Región registró algunas de las tasas más elevadas de trastornos por consumo de alcohol y trastornos fetales causados por el alcohol en el mundo. En el 2016, casi uno de cada 12 adultos (8,2%) en la Región reunía los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, lo que es casi el doble del promedio mundial (5,1%).

Mortalidad: muertes

El alcohol fue la causa de más de 379.000 muertes en el 2016, lo que equivalió a aproximadamente una vida perdida cada 100 segundos. Los tipos de muertes atribuibles al alcohol que cobraron el mayor número de vidas fueron el cáncer (83.351), la autoagresión y la violencia interpersonal (65.880) y los trastornos digestivos (62.668). El alcohol fue el segundo factor comportamental de riesgo de muerte en los hombres y el quinto en las mujeres. Si estas tendencias permanecen invariables, para el 2025 habrán muerto más de 1 millón de personas más a causa del consumo de alcohol en la Región.

Políticas e intervenciones en materia de alcohol

Precios e impuestos

Si bien muchos países del continente informan que aplican impuestos al consumo de alcohol, solo un cuarto de ellos ajusta dichos impuestos según la inflación. Sin embargo, aun con estas políticas de precios en vigor, el alcohol sigue siendo sumamente asequible en muchos países; la cerveza es la bebida más asequible en el Caribe latino, el istmo centroamericano y el Caribe no latino.

Disponibilidad física

Casi todos los países de la Región de las Américas usan sistemas de concesión de licencias para regular las ventas de alcohol al por menor (78,1%) y han establecido una edad legal mínima para la compra de bebidas alcohólicas (90,9% para servicio en locales¹ y 100,0% para llevar²). Además, la mayoría de los países (65,6% para horas y 58,1% para sitios) impone restricciones en cuanto a los horarios y lugares de venta de alcohol para al menos un tipo de bebida y de establecimiento. Sin embargo, la mayoría de los países no regula los días en que se permite la venta de alcohol (74,2% para servicio en locales y para llevar) ni la densidad de los puntos de venta de alcohol (74,2% para llevar¹, 67,7% para servicio en locales²).

Marketing y publicidad

El marketing del alcohol se realiza en gran parte sin regulación en la Región de las Américas. Solo dos países tienen una prohibición para al menos un tipo de medio de comunicación, y solo dos países tienen restricciones sobre todo tipo de marketing digital. Si se resume mediante puntuaciones de restricción, América Latina y el Caribe (6,7) y América del Norte (9,0) fueron las subregiones con las políticas de marketing menos restrictivas del mundo.

Medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol

Una de cada siete personas de la Región de las Américas vive en un país que no ha establecido aún un límite de concentración de alcohol en la sangre (CAS) permitido para la conducción en la población general, mientras que una de cada tres personas vive en un país donde el límite de CAS está por encima del umbral de 0,05 g/dL recomendado por la OMS. Solo ocho países de la Región cumplen con las recomendaciones de la OMS en cuanto a los límites de CAS tanto para la población general como para los conductores principiantes.

Respuesta de los servicios de salud

En el 2016, 27,5% de los habitantes de la Región vivían en un país donde se desconocía la cobertura del tratamiento para los trastornos debidos al consumo de alcohol, y 39,4% vivía en un país donde menos de 10% de las personas que necesitan tratamiento para este tipo de trastorno lo recibían. La detección e intervenciones breves a nivel de la atención primaria de salud no se ha expandido en la mayoría de los países, a pesar de considerarse una política eficaz.

.....

- ¹ Venta para llevar: el alcohol se compra, pero no se consume en el establecimiento o local, por ejemplo, las licorerías.
- ² Servicio en el local: el alcohol se compra y consume en el establecimiento o local, por ejemplo, restaurantes y bares.



INTRODUCCIÓN: CONTEXTO PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El presente informe regional ha sido concebido como complemento del *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*, publicado por la OMS, y en él se aportan mayores detalles sobre el estado actual, los obstáculos y los avances relacionados con el alcohol y la carga de los daños relacionados con su consumo en la Región de las Américas. En este informe se usan los datos proporcionados, validados y aceptados por cada país para el informe mundial e incluye ejemplos y estudios específicos realizados recientemente en países de la Región que no se trataron en el referido informe mundial. El objetivo general de los análisis presentados en esta publicación es proporcionar una actualización sobre el consumo de alcohol, los daños que causa y las políticas que están poniéndose en práctica en la Región, así como señalar las brechas y retos observados y abordar la manera en que los países pueden revertir las tendencias actuales de una manera costo-eficaz y expedita.

Este informe se produce en el contexto de varios objetivos, marcos y planes de acción internacionales que abarcan metas y prioridades para interpretar los niveles de consumo de alcohol. En los últimos años, los Estados Miembros de Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas han acordado realizar un esfuerzo concertado para alcanzar un conjunto de metas cuidadosamente diseñadas. Estas metas se definen en el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* (en adelante denominado “plan de acción de las ENT”) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. El nivel del progreso hacia la consecución de estas metas comunes se medirá a partir de una serie de indicadores que se definen en esta sección y que se describirán en mayor detalle en secciones posteriores de este informe.

Marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles

En mayo del 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó un marco mundial para vigilar el progreso de la reducción y prevención de las principales enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo. Este marco incluía una meta de mortalidad, seis metas relacionadas con los factores de riesgo y dos metas sobre los sistemas nacionales. Los Estados Miembros acordaron 25 indicadores prioritarios para medir los avances en estas áreas, tres de los cuales se refieren específicamente al consumo de alcohol. La meta general relacionada con el consumo de alcohol es reducir 10% el consumo nocivo de bebidas alcohólicas para el 2025, y el progreso se determinará a partir de los tres indicadores siguientes:

- **Consumo a nivel poblacional:** Consumo total de alcohol (registrado y no registrado) per cápita (en personas mayores de 15 años) en un año civil, medido en litros de alcohol puro, según corresponda, en el contexto nacional.
- **Consumo de alto riesgo:** Prevalencia normalizada según la edad de consumo excesivo episódico de alcohol en adolescentes y adultos, según corresponda, en el contexto nacional.
- **Carga del consumo de alcohol:** Morbilidad y mortalidad relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes y adultos, según corresponda, en el contexto nacional.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Otro acontecimiento reciente que reforzó el lugar que ocupa el alcohol en la agenda internacional de salud pública fue la adopción de los 17 **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de las Naciones Unidas en el 2015. En un acto de solidaridad, todos los 193 Estados Miembros de las Naciones

Unidas acordaron esforzarse por lograr las 169 metas incluidas en los ODS para el 2030. Si bien los ODS contemplan un ámbito de aplicación más amplio que las definiciones tradicionales de salud pública, el ODS 3 (garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades) comprende una serie de metas relacionadas con la salud. De estas, la meta 3.5 (fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol) menciona explícitamente el alcohol. Sin embargo, el consumo nocivo de alcohol también amenaza el desarrollo y entraña un obstáculo prevenible a la resolución de muchos de los problemas que son el punto central de otras metas (por ejemplo, pobreza, desigualdad, violencia), incluida la meta 3.4, relativa a las ENT. La meta 3.5 contiene dos indicadores:

- **Cobertura de los tratamientos:** Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas (incluidos los trastornos debidos al consumo de alcohol).
- **Consumo nocivo de alcohol:** Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro.

Fuentes de datos

Encuesta mundial sobre el alcohol y la salud

A través de la **encuesta mundial sobre el alcohol y la salud**, la OMS recopila información cada cuatro años para todos los indicadores clave relacionados con el consumo de alcohol que se han incluido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en los marcos mundiales de vigilancia de las enfermedades no transmisibles (ENT), a saber, aquellos relativos al consumo de alcohol (registrado, no registrado, consumo de los turistas, consumo excesivo episódico y estado relacionado con el consumo), intervenciones y políticas a nivel nacional de los Estados Miembros. Los ministerios de salud de cada país nombran a homólogos nacionales, quienes generalmente se encargan de llenar la encuesta con la herramienta de recopilación de datos en línea. En los casos donde no fue

factible usar dicha herramienta, se remitió una copia impresa de la herramienta directamente a los que la solicitaron. El cuestionario tiene 44 preguntas que se dividen en tres secciones. La sección A trataba la política en materia de alcohol, la sección B se refería al consumo de alcohol y la sección C se enfocaba en las respuestas del sistema de vigilancia y de los servicios de salud ante el alcohol y las drogas. El cuestionario, originalmente escrito en inglés, se tradujo al español, francés y portugués. Si la información estaba incompleta o necesitaba aclaración, el cuestionario se devolvía al punto focal u homólogo nacional en el país pertinente para su revisión, y las revisiones de las respuestas a la encuesta se devolvían por correo electrónico o en línea. La encuesta mundial sobre el alcohol y la salud se enfocaba principalmente en la situación a nivel nacional en un país dado; sin embargo, también indaga y proporciona espacio para hacer observaciones y obtener información sobre las especificidades subnacionales. Si un país no respondía a una determinada pregunta, era excluido del análisis de esa pregunta.

En el 2016, 175 de los 194 Estados Miembros de la OMS respondieron a la encuesta mundial, lo que representa una tasa general de respuesta de 90%. En la Región de las Américas, respondieron 33 de los 35 Estados Miembros, por lo que la tasa de respuesta fue algo superior al 94%. Los análisis de tendencias presentados en este informe solo utilizan datos de los 28 países (80%) de la Región que respondieron a la encuesta mundial sobre el alcohol y la salud en los tres años que esta se ha realizado (2008, 2012 y 2016), y cada pregunta solo utiliza datos de los países que respondieron los tres años. Ya ha concluido la encuesta mundial correspondiente al 2019, pero todavía no están disponibles los datos validados.

Estos datos se ponen a disposición del público en el sitio web del **Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (GISAH, por su sigla en inglés)**, que forma parte del **Observatorio Mundial de Salud**, y se alienta a los países e investigadores a usarlos para analizar el consumo de alcohol y estudiar los posibles beneficios de las políticas en materia de alcohol. Además, los países que están considerando adoptar nuevas políticas también pueden usar los datos del GISAH para determinar qué otros países han puesto ya en práctica alguna política de interés. En este sentido, otros Estados Miembros pueden transmitir sus “enseñanzas extraídas” acerca del proceso de implementación. Con esa intención se destacarán en esta sección varios Estados Miembros de la Región de las Américas que han promulgado cambios de política significativos en los últimos años.

Otras fuentes de datos sobre el consumo de alcohol

Las entidades siguientes han aportado datos sobre el consumo de alcohol per cápita (APC) registrado en adultos para la mayoría de los países de la Región de las Américas: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, GlobalData, Organización Internacional de la Viña y el Vino (OIV), International Wines and Spirits Record (IWSR) y el Instituto del Vino. Los datos sobre el consumo per cápita en adultos basados en la Organización para la Alimentación y la Agricultura han resultado inexactos (1, 2). Los métodos de estimación para todas las otras organizaciones no son transparentes, por lo que no están en consonancia con las directrices para la presentación de estimaciones exactas y transparentes sobre la salud (GATHER, por su sigla en inglés) (3). Se proporcionan datos sobre el APC registrado para Argentina (Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina), Canadá (Oficina de Estadística de Canadá), México (Secretaría de Salud de México), Estados Unidos (Instituto Nacional de Consumo de Alcohol y Alcoholismo, o NIAAA) y Uruguay (Dirección General Impositiva e Instituto Nacional de Vitivinicultura), sobre una base anual. Estos cálculos son transparentes y cumplen con las mencionadas directrices para la presentación de estimaciones.

Fuentes de datos sobre el consumo de alcohol no registrado

El consumo de alcohol no registrado se calculó como porcentaje del consumo total de alcohol. Las proporciones de consumo de alcohol no registrado a nivel de país se estimaron a partir de un análisis de regresión.

Fuentes de datos sobre el consumo por parte de turistas

Los datos para las estimaciones del consumo por parte de turistas se obtuvieron del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME). Los litros de alcohol consumido por turistas en un país se establecieron con base en el número de turistas que visitaron el país, el tiempo promedio que pasaron en el país y cuál fue el consumo promedio de estas personas en sus países de origen. Además, el consumo de alcohol por parte de turistas también tuvo en cuenta a las personas del país que consumen alcohol cuando visitan otros países. Las estimaciones tomaron en consideración que: 1) las personas consumen las mismas cantidades de alcohol cuando son turistas que cuando están en sus países de origen y 2) el consumo de alcohol por parte

de turistas puede ser positivo o negativo (neto).

Fuentes de datos sobre los antecedentes de consumo de alcohol y consumo excesivo episódico de alcohol

Los datos sobre los antecedentes de consumo de alcohol y consumo excesivo episódico (CEE) de alcohol se obtuvieron a partir de diversas encuestas de la población general (informes de encuestas publicados, informes sobre múltiples países y encuestas nacionales representativas), incluidos, entre otros, el método progresivo de vigilancia STEPwise y el estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Las fuentes principales de datos sobre la población joven (de 15 a 19 años de edad) fueron las encuestas mundiales de salud escolar.

Fuente de datos sobre morbilidad y mortalidad

Se usaron datos del estudio sobre la carga mundial de morbilidad para estimar la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol. Al 2016, este estudio incorporaba los datos de 195 países y 592 estudios prospectivos y retrospectivos de cohortes sobre los riesgos asociados al consumo del alcohol (4). Los investigadores realizaron un examen sistemático y un metanálisis de todos estos datos para trazar curvas que estiman el riesgo relativo de daños a la salud de la población con base en los niveles de consumo de alcohol (4).

El IHME brinda acceso a informes específicos a nivel de país y región por medio de un conjunto de herramientas en línea, como la herramienta de resultados de la carga mundial de enfermedad y la comparación de la carga mundial de enfermedad. La herramienta de resultados de la carga mundial de enfermedad permite a los usuarios introducir criterios de búsqueda específicos, como ubicación, resultado y factor de riesgo de interés, así como descargar un archivo CSV con los resultados. La funcionalidad de comparación de la carga mundial de enfermedad es la visualización más completa del IHME, razón por la cual se usó para la mayoría de las cifras de morbilidad y mortalidad en el presente informe. Esta funcionalidad permite a los usuarios analizar y descargar niveles y tendencias de los daños a la salud atribuibles al alcohol. Los usuarios también pueden comparar estos niveles y tendencias por edad, sexo o ubicación.

CONSUMO DE ALCOHOL

Panorama

En la Región de las Américas se registran algunas de las tasas de prevalencia más altas de consumo de alcohol en el mundo. La detección de datos sobre los patrones de consumo de alcohol y sus daños con frecuencia requiere trazar una compleja trama de factores a nivel individual (por ejemplo, edad, sexo, genética, ingreso y religión) y social (por ejemplo, nivel de desarrollo, políticas) que interactúan para definir si las personas consumen alcohol y cómo lo hacen. Estos datos sobre el contexto documentan qué grupos de personas beben y cómo lo hacen, lo que a menudo revela información importante acerca de la manera en que los daños relacionados con el alcohol se concentran en la sociedad. Hay varios indicadores bien establecidos sobre el alcohol que pueden usarse de forma combinada para producir una imagen más completa de las personas, los lugares y los momentos asociados al consumo de alcohol. En la presente sección se describen y utilizan estos indicadores para comprender los niveles y patrones de consumo de alcohol en la Región en el 2016.

Factores que afectan al consumo de alcohol

Sexo y género

En toda la Región de las Américas y el resto del mundo, los hombres por lo general consumen considerablemente más alcohol que las mujeres. Los hombres beben alcohol con mayor frecuencia e intensidad que las mujeres (5, 6). Recientemente, las investigaciones y los debates sobre las tendencias en el consumo de alcohol han arrojado luz sobre la convergencia de las tasas de consumo compulsivo de

bebidas alcohólicas de hombres y mujeres (5, 7). Algunos datos de países de ingresos altos indican que la proporción de mujeres que beben en exceso está aumentando con mayor rapidez que la de los hombres (7-12), y que los hombres pueden estar disminuyendo la frecuencia con la que beben en exceso más rápidamente que las mujeres (8). Si bien estos datos indican que los patrones de consumo de los dos grupos están pareciéndose más, es poco probable que este resultado sea válido para todas las personas y lugares. Por ejemplo, la brecha entre ambos sexos puede estar cerrándose más rápidamente en los jóvenes que en los bebedores de mayor edad con patrones de consumo más arraigados (13).

Una razón por la cual las mujeres pueden estar bebiendo más en los últimos años tiene que ver con el énfasis cada vez mayor de la publicidad del alcohol hacia las mujeres y las madres. Desde siempre, muchas sociedades y culturas han visto el consumo de alcohol como algo más apropiado para los hombres que para las mujeres, pero la aparición de las mujeres y las madres en un nuevo estilo de publicidad sobre el alcohol puede empezar a contrarrestar estas tendencias culturales y normalizar el consumo de alcohol en las mujeres. Si bien los anuncios publicitarios sobre el alcohol frecuentemente han utilizado a la mujer como símbolo sexual por años, estos anuncios nuevos equiparan la liberación y el empoderamiento de la mujer con el beber en exceso. También presentan el alcohol como un medio para hacer frente a los estresantes tradicionalmente femeninos como la crianza de los hijos. El "lavado rosa" (*pinkwashing*) es otro ejemplo de una reciente táctica de la industria del alcohol dirigida a la mujer. Al distribuir bebidas alcohólicas o accesorios de color rosado, la industria del alcohol puede estar intentando demostrar un compromiso con los temas de la mujer. Uno de esos temas más comunes que la industria del alcohol aborda en estas

campañas de lavado rosa es el cáncer de mama. La industria ha usado promociones que donan porciones de los ingresos a la investigación y prevención del cáncer de mama, aunque el consumo de alcohol cause cáncer de mama (14, 15).

Edad

El consumo del alcohol en la población joven refleja fielmente el consumo de alcohol del total de la población. Además, la manera en que las personas beben cuando son adolescentes (de 12 a 17 años de edad) puede definir la trayectoria de su comportamiento en cuanto al consumo de alcohol a medida que crecen (16), incluido el riesgo de desarrollar patrones de consumo problemáticos y trastornos causados por el alcohol (17). Más específicamente, los jóvenes que comienzan a beber antes de los 15 años tienen una probabilidad cuatro veces más alta de desarrollar trastornos debidos al consumo de alcohol (18), y el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol llega al máximo en la adolescencia y los primeros años de la adultez (de 18 a 25 años de edad) (17).

Ingresos y desigualdad

Por lo que respecta a muchos riesgos para la salud, los pobres tienen mayores probabilidades de incurrir en comportamientos peligrosos; sin embargo, no ocurre así en el caso del alcohol. A nivel de país, los bebedores que viven en países de ingresos altos consumen alcohol con mayor frecuencia (19). Por el contrario, los bebedores que viven en países de ingresos medianos tienden a consumir con menor frecuencia, pero en general consumen mayores cantidades de alcohol (19). Una posible razón de estos resultados es que los países de ingresos altos³ tienden a tener una mayor disponibilidad comercial de alcohol, lo que puede normalizar aún más su consumo (19). En los países de ingresos altos, las personas de ingresos bajos toman alcohol con menor frecuencia, pero consumen mayores volúmenes cuando lo hacen, en comparación con los bebedores de ingresos altos (20).

En general, el porcentaje de una población que bebe y la frecuencia con que lo hace tienden a ser mayores en lugares donde las personas tienen más ingresos disponibles. Esto significa que en los países de ingresos medianos y bajos la

abstinencia es más común que en los países de ingresos altos (21). Sin embargo, hay otros factores atenuantes (por ejemplo, religión, política) que pueden cambiar estas tendencias. También es importante señalar que la asociación entre el consumo de alcohol y la riqueza puede ser bidireccional. El consumo de alcohol puede impedir el tipo de desarrollo sostenible que se contempla en los ODS, sobre todo en entornos con escasos recursos. Aunque el alcohol solo se menciona explícitamente en el ODS 3 sobre salud y bienestar (meta 3.5 de los ODS), el alcohol repercute negativamente en 13 de los 17 ODS y en un total de 52 metas, con lo que efectivamente llega a afectar las tres dimensiones de la Agenda 2030. Es un obstáculo importante al desarrollo humano sostenible que afecta transversalmente muchas áreas de la Agenda 2030: económica, social y ambiental. Tiene una repercusión directa sobre muchas metas de los ODS relacionadas con la salud, incluidas aquellas que se refieren a la salud materno-infantil (metas 3.1 y 3.2), las enfermedades infecciosas (meta 3.3: VIH, hepatitis virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles (ENT) y la salud mental (meta 3.4) y los traumatismos causados por el tránsito (meta 3.6).

Indicadores sobre el alcohol

En general, los indicadores relativos al alcohol miden el volumen y el patrón de consumo. **Volumen** es la cantidad total de etanol consumido. Hay varios indicadores de volumen, que dependen del punto de interés (a nivel individual o poblacional) y el momento (ocasiones específicas de consumo o promedio en un período dado). El segundo grupo de indicadores —**patrón de consumo**— solo se mide a nivel individual y agrega información de contexto a las medidas de volumen. Estos indicadores pueden así ayudar a describir las ocasiones en que se consume alcohol, como el lugar (por ejemplo, público o privado), la frecuencia (por ejemplo, consumidores que toman a diario), la intensidad (número máximo de bebidas consumidas en cada ocasión) y el grado de disponibilidad de alcohol (por ejemplo, la proporción de quienes se emborrachan). En la figura 1 se resumen los términos clave relacionados con los patrones de consumo.

Para poder ser interpretados y que tengan relevancia, los indicadores relativos al alcohol deben ser específicos de un lugar y delimitados en el tiempo (por ejemplo, mes anterior, año y toda la vida). Los datos presentados en este informe se enfocan en el nivel nacional a menos que se indique otra cosa. Aunque esto permite hacer un análisis más uniforme

³ Los datos provienen del estudio internacional sobre el control del alcohol e incluyen a Saint Kitts y Nevis.

de las tendencias nacionales, es importante recordar que existen diferencias subnacionales importantes en cuanto a la manera en que las poblaciones consumen alcohol que no se captarán con estos métodos. Además, el período que cubren los indicadores relativos al alcohol es específico del tipo de comportamiento medido, por lo que cambiará a lo largo de esta sección del informe. Por ejemplo, en este

informe se presentan el consumo actual y la abstinencia correspondientes al año precedente (12 meses), pero el consumo excesivo episódico del último mes (30 días). Esto se debe a que los períodos más cortos captan fenómenos recientes, mientras que los períodos más largos describen tendencias más duraderas, promedian los cambios entre temporadas y captan el consumo poco frecuente.

Figura 1. Términos clave para los patrones de consumo



Cómo toma la población: niveles de consumo

El término “per cápita” significa “por persona”, de manera que el **consumo de alcohol per cápita (APC)** es la cantidad promedio de alcohol absoluto o puro que una persona promedio consume en un período determinado (figura 2). El APC es una medida de volumen a nivel poblacional que con frecuencia resulta una base útil para comprender el consumo de alcohol en un lugar dado. Sin embargo, como

se mostrará seguidamente, el APC es a menudo insuficiente para entender todos los determinantes que definen el riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol. El APC es también un indicador clave; puede captar diferentes dimensiones del consumo de alcohol al cambiar los tipos de alcohol (por ejemplo, alcohol total, registrado y no registrado) o la población (por ejemplo, adultos, jóvenes o bebedores).

Figura 2. Definición de consumo de alcohol per cápita (APC)



El APC tiene dos componentes: la cantidad de alcohol consumida y el tamaño de la población. Esto significa que las medidas más básicas del APC no requieren datos

de encuestas, que pueden ser costosos de recopilar y en ocasiones poco fiables, dado que las encuestas pueden arrojar valores de consumo total por debajo de los valores reales.

Esta simplicidad también plantea limitaciones. Al interpretar valores de APC, es importante recordar que la cantidad de alcohol consumida depende de varios factores: 1) el porcentaje de personas que toman alcohol (prevalencia de consumo actual), 2) cuántas veces los bebedores consumen alcohol (frecuencia) y 3) cuánto consumen los bebedores (volumen). De allí que los lugares con una alta prevalencia de bebedores actuales, alta frecuencia de consumo de alcohol y grandes volúmenes de consumo de alcohol tendrán valores de APC más altos, y estos tres fenómenos se resumirán usando un solo número. Esto proporciona una medida integral que es fácil de comparar entre países y en el tiempo, pero puede ser difícil interpretar estos valores si hay patrones que sirven de contrapeso a estos tres factores del APC (por ejemplo, baja prevalencia de consumo actual pero alto volumen de consumo).

Consumo total de alcohol per cápita (APC) en la población adulta

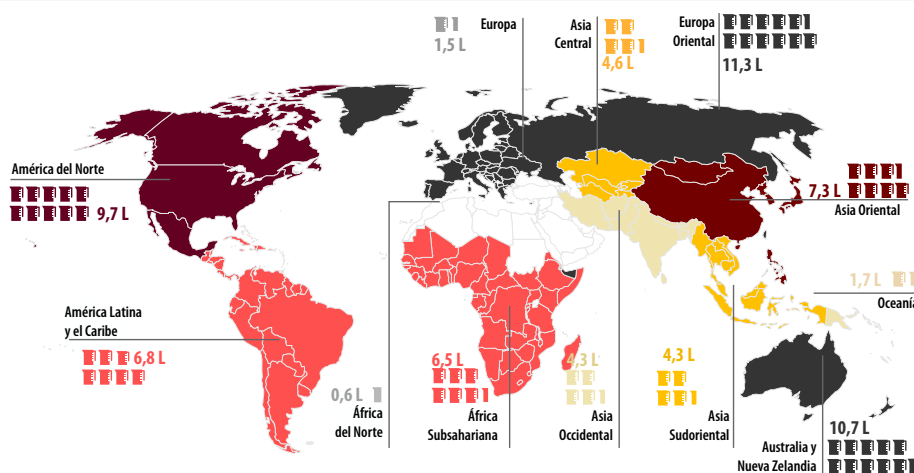
Cuando se estiman los valores de APC, es común comenzar con la población adulta (denominado el "APC total en adultos"), con el cual se procura estimar el nivel de consumo de alcohol en la población con la edad legal para consumir alcohol (independientemente de si en realidad consume alcohol o no).

El APC total en adultos se calcula como el total de litros de alcohol puro o absoluto (registrado y no registrado estimado) consumido por persona mayor de 15 años en un año civil, y se

ajusta por el consumo de alcohol por parte de turistas que no residen en el país. El APC total en adultos se interpreta como la cantidad de alcohol puro que consume un adulto promedio en un tiempo dado. En el 2016, los adultos (mayores de 15 años)⁴ consumieron en promedio 6,4 litros de alcohol puro en el mundo, lo que equivale a aproximadamente 13,6 g de alcohol puro por día (aproximadamente 1,5 bebidas). Comparativamente, la Región de las Américas registró un APC total en adultos (8,0 litros de alcohol puro) que fue 25,0% más alto que este promedio mundial en el 2016.

En la figura 3 se muestra el APC total en adultos para las 14 subregiones de las Naciones Unidas en el 2016. Este mapa revela que el adulto promedio de Europa (11,3 litros) y Australia y Nueva Zelandia (10,7 litros) bebió mayores volúmenes de alcohol puro que el adulto promedio de la Región de las Américas. Sin embargo, las dos subregiones del continente registraron valores de APC total en adultos superiores al promedio. América del Norte tuvo el tercer APC total en adultos (9,7 litros), con América Latina y el Caribe no muy lejos con el quinto APC total en adultos (6,8 litros). La mayoría de los países de la Región (61%) tuvieron un APC total en adultos superior al promedio mundial. El APC total en adultos aumentó con los ingresos en la Región de las Américas: 4,4 litros en los países de ingresos bajos y mediano-bajos, 6,8 litros en los países de ingresos mediano-altos y 9,0 litros en los países de ingresos altos.

Figura 3. Consumo total de alcohol per cápita (APC) en adultos (mayores de 15 años; en litros de alcohol puro) por subregión de las Naciones Unidas, 2016



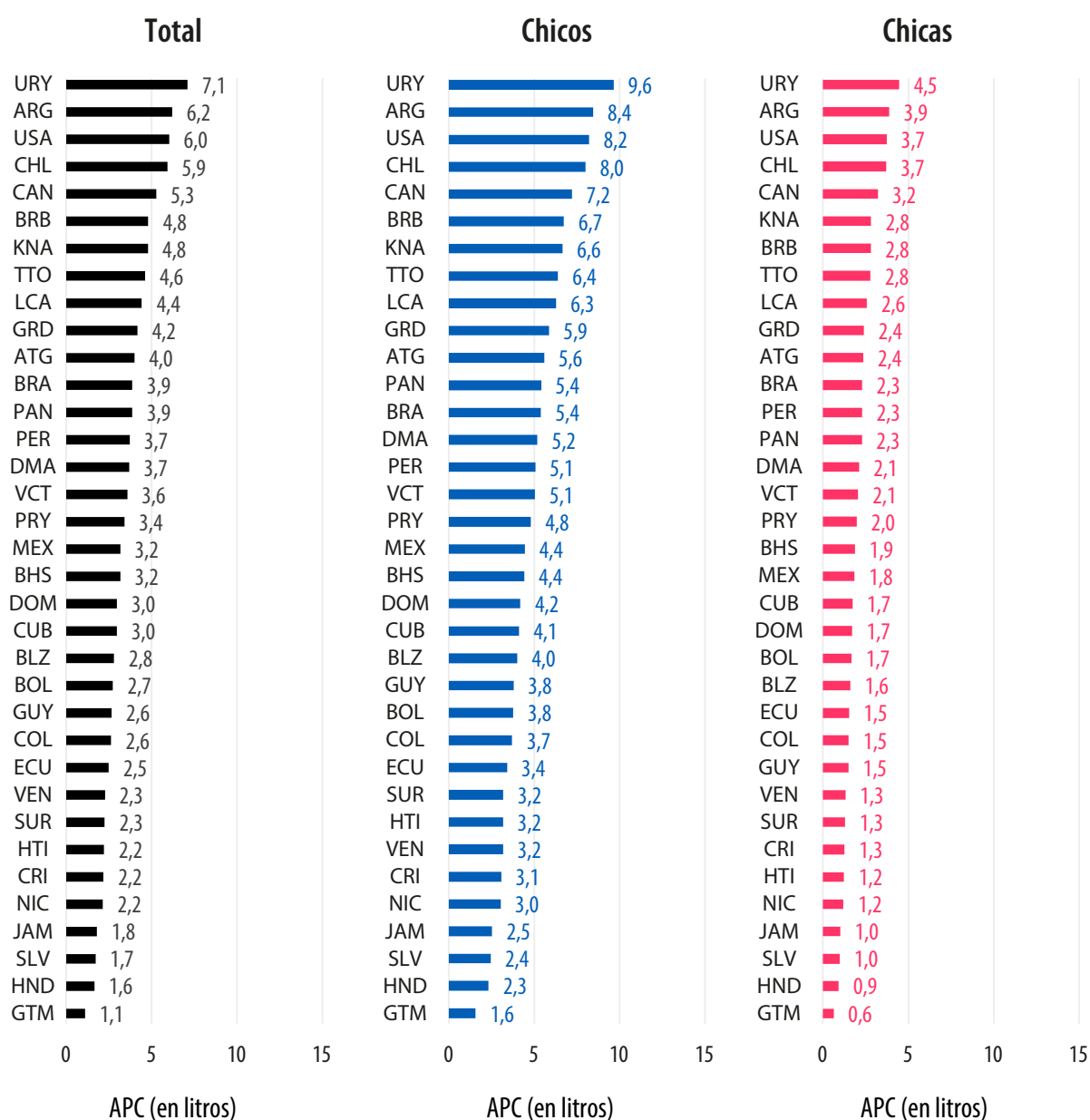
Fuente: Shield, K., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D., & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*, 5(1), e51-e61.

⁴ Este cálculo supone que una bebida alcohólica estándar contiene 10 g de alcohol puro y que cada bebedor consumió el tipo de alcohol consumido con mayor frecuencia en su país.

El APC en jóvenes es un indicador importante ya que los jóvenes son más sensibles a los efectos perjudiciales del alcohol, por lo que con frecuencia se llevan una parte desproporcionada de los daños que produce el consumo de alcohol, incluidos aquellos causados por el consumo de otras personas (22). Cuando se compara el APC total en jóvenes (personas de 15 a 19 años de edad) por subregión de las Naciones Unidas, América del Norte (5,2 litros) y América Latina y el Caribe (3,3 litros) tuvieron niveles de consumo por

encima del promedio de los jóvenes en el contexto mundial, similares a los patrones observados en el APC total de los adultos. La figura 4 muestra el número promedio de litros de alcohol puro consumido por un joven promedio en el 2016 para cada país de la Región de las Américas. Tres países de ingresos altos —Uruguay (7,1 litros), Argentina (6,2 litros) y Estados Unidos (6,0 litros)— registraron algunos de los APC más altos de la Región, tanto para los adultos como para los jóvenes.

Figura 4. Consumo total de alcohol per cápita (APC) en jóvenes (15-19 años; en litros de alcohol puro) de la Región de las Américas, por país y por género, 2016



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

Consumo total de alcohol per cápita (APC) en bebedores

Si bien el APC total en adultos y jóvenes suministra información valiosa acerca de las volúmenes promedio de consumo, tales valores se calculan para el total de la población mayor de 15 años, independientemente de si consumen o no alcohol. En algunos casos, esto puede ocultar diferencias importantes entre los países, porque puede causar la impresión de que la población consume niveles de alcohol artificialmente bajos en países donde hay menos personas que toman alcohol. La magnitud de los indicadores del APC y la clasificación de los países cambian considerablemente después de restringirlos para que incluyan solamente a los bebedores actuales. Por ejemplo, un adulto promedio de la Región de las Américas consumió 8,0 litros de alcohol puro, pero el bebedor adulto promedio consumió casi dos veces esa cantidad: 15,1 litros. El APC de bebedores se calcula dividiendo la cantidad total de alcohol consumido por la población mayor de 15 años que se estima que son bebedores actuales (es decir, las personas que declaran cualquier cantidad de bebida en un año civil). La prevalencia de los bebedores actuales se calcula, a su vez, a partir de encuestas nacionales.

En la figura 5 se muestran los países con los APC más altos en adultos, y en la figura 6 aparecen aquellos con los APC más altos en bebedores. Estas dos listas son notoriamente diferentes. Por ejemplo, Brasil tuvo un APC medio en adultos (7,5 litros), pero el APC más alto en bebedores (19,2 litros), lo que significa que su APC en bebedores es cerca de 150% mayor que su APC total. Esto indica que el número de personas que toman alcohol en Brasil es menor que en otros países de la Región, pero que los bebedores de Brasil consumen volúmenes de alcohol atípicamente grandes. En

promedio, el APC de bebedores (14,4 litros) fue 121% más alto que el APC de los adultos de la Región de las Américas (6,9 litros). La diferencia entre las cantidades promedio de alcohol consumido por adultos y bebedores fueron mayores en Mesoamérica (5,3 frente a 13,8 litros; diferencia de 171%) y la zona andina (5,2 frente a 12,1 litros; diferencia de 136%). La diferencia más pequeña se registró en América del Norte, donde el consumo de alcohol es sumamente prevalente (9,4 frente a 13,3 litros; diferencia de 42%).

Los hombres promediaron niveles más altos de consumo de alcohol en todos los países de la Región de las Américas, con los niveles promedio más altos de consumo en hombres registrados en Santa Lucía (24,9 litros), Brasil (24,7 litros) y Barbados (24,5 litros). En términos generales, las mujeres tomaron en promedio un cuarto (27,2%) del alcohol que los hombres consumieron en la Región, y se observaron patrones de consumo claros por subregión y grupo de ingresos.

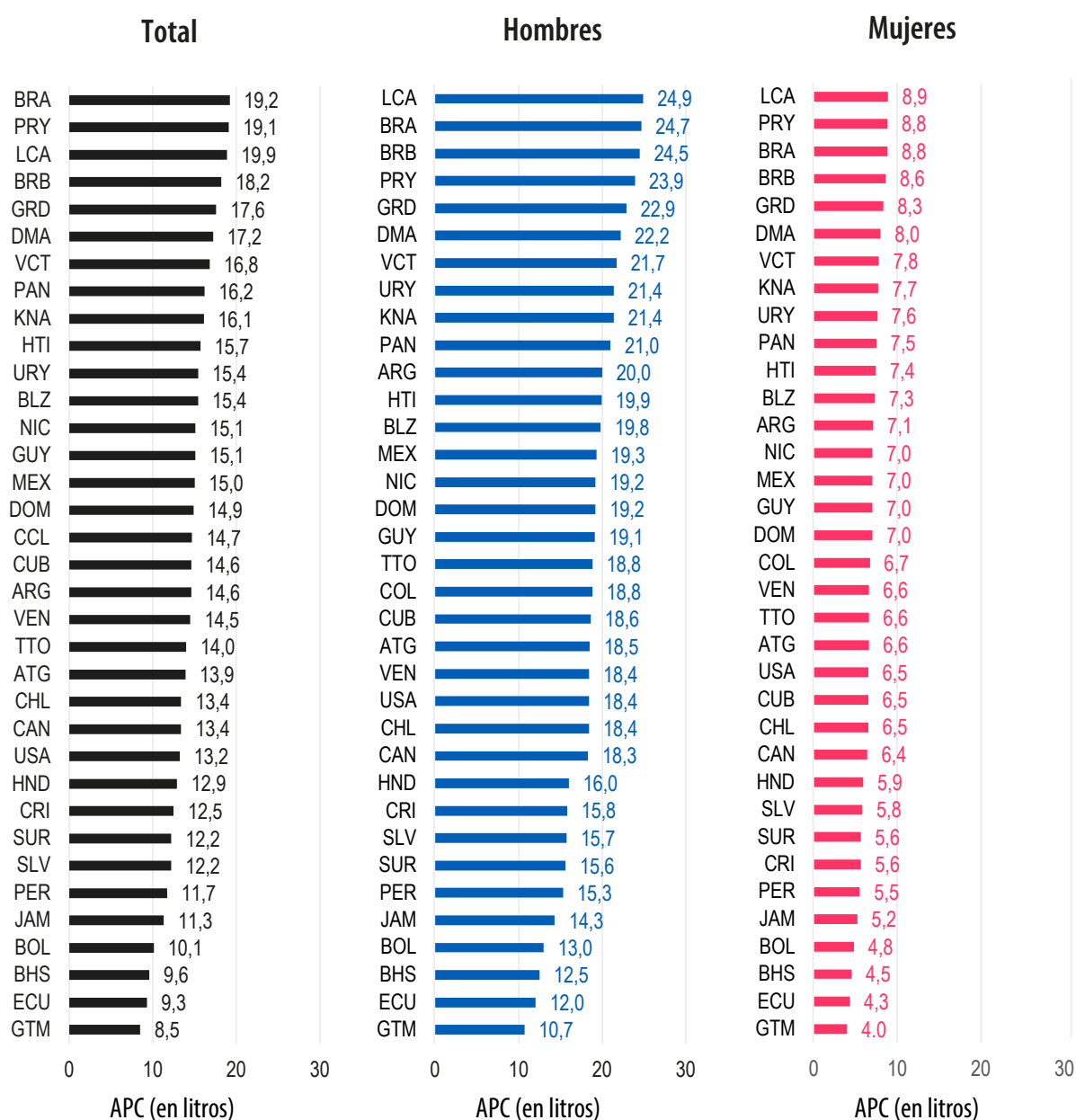
A nivel subregional, la diferencia entre el consumo de hombres y mujeres fue mayor en Mesoamérica (APC femenino: 2,2 litros [25,7% del APC masculino], APC masculino: 8,6 litros) y el Caribe no latino (APC femenino: 3,2 litros [26,3% del APC masculino], APC masculino: 12,3 litros). En la zona andina, América del Norte y el Cono Sur, las mujeres promediaron aproximadamente de 29% a 30% del alcohol consumido por los hombres. Las mujeres tendieron a beber de una manera más similar a la de los hombres en los países de ingresos más altos, y la razón del APC femenino al APC masculino aumentó con el ingreso: 25,9% en países de ingresos mediano-bajos, 26,9% en países de ingresos medianos y 28,9% en países de ingresos altos.

Figura 5. Consumo total de alcohol per cápita (APC) en adultos (mayores de 15 años; en litros de alcohol puro) por género y país, 2016

| Clasificación | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|---------------|-------|--------|---------|--------|---------|--------|
| | País | Litros | País | Litros | País | Litros |
| 1 | URY | 10,9 | URY | 17,1 | URY | 5,3 |
| 2 | LCA | 9,9 | BRB | 16,0 | ARG | 4,7 |
| 3 | USA | 9,8 | LCA | 16,0 | USA | 4,6 |
| 4 | ARG | 9,7 | USA | 15,2 | CHL | 4,5 |
| 5 | BRB | 9,7 | ARG | 15,0 | KNA | 4,1 |
| 6 | KNA | 9,4 | GRD | 14,8 | CAN | 4,1 |
| 7 | GRD | 9,3 | KNA | 14,7 | LCA | 4,1 |
| 8 | CHL | 9,3 | CHL | 14,3 | BRB | 4,1 |
| 9 | CAN | 9,0 | CAN | 14,1 | TTO | 3,9 |
| 10 | TTO | 8,6 | TTO | 13,6 | GRD | 3,9 |
| 11 | DMA | 8,3 | DMA | 13,4 | ATG | 3,5 |
| 12 | VCT | 8,3 | VCT | 13,1 | DMA | 3,4 |
| 13 | PAN | 7,8 | ATG | 12,5 | PAN | 3,3 |
| 14 | ATG | 7,7 | PAN | 12,3 | VCT | 3,3 |
| 15 | BRA | 7,5 | BRA | 12,0 | BRA | 3,3 |
| 16 | PRY | 7,3 | PRY | 11,4 | PRY | 3,1 |
| 17 | BLZ | 6,9 | BLZ | 10,7 | PER | 3,0 |
| 18 | MEX | 6,6 | MEX | 10,6 | MEX | 2,8 |
| 19 | DOM | 6,6 | DOM | 10,6 | BLZ | 2,8 |
| 20 | GUY | 6,5 | GUY | 10,4 | DOM | 2,8 |
| 21 | BHS | 6,2 | BHS | 9,9 | BHS | 2,8 |
| 22 | PER | 6,2 | HTI | 9,5 | GUY | 2,5 |
| 23 | CUB | 6,0 | CUB | 9,5 | CUB | 2,5 |
| 24 | COL | 5,8 | PER | 9,5 | COL | 2,4 |
| 25 | HTI | 5,8 | COL | 9,5 | HTI | 2,3 |
| 26 | NIC | 5,2 | NIC | 8,6 | BOL | 2,2 |
| 27 | SUR | 5,1 | SUR | 8,1 | NIC | 2,1 |
| 28 | VEN | 4,8 | VEN | 7,6 | SUR | 2,1 |
| 29 | BOL | 4,8 | CRI | 7,6 | VEN | 2,0 |
| 30 | CRI | 4,8 | BOL | 7,3 | ECU | 2,0 |
| 31 | ECU | 4,2 | JAM | 6,7 | CRI | 2,0 |
| 32 | JAM | 4,2 | HND | 6,5 | JAM | 1,7 |
| 33 | HND | 4,0 | ECU | 6,4 | SLV | 1,6 |
| 34 | SLV | 3,8 | SLV | 6,4 | HND | 1,6 |
| 35 | GTM | 2,5 | GTM | 4,1 | GTM | 1,1 |

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

Figura 6. Consumo total de alcohol per cápita (APC) en bebedores (mayores de 15 años; en litros de alcohol puro) en la Región de las Américas en el 2016, por subregión, país y género



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

Tipos de bebidas más consumidas

Otra fuente de variación entre los países es el tipo de bebida alcohólica consumida. Las preferencias por una u otra bebida son el resultado de las diferencias en cuanto a ingredientes, sabor y condición de las mismas. Entender qué tipos de alcohol son los favoritos y las razones subyacentes de tales preferencias puede proporcionar el contexto para prever si las políticas dirigidas a modificar las preferencias

de bebidas pueden promover efectos de sustitución (11). En la figura 7 se muestra la bebida de preferencia a nivel de país. En el 2016, la cerveza fue la bebida alcohólica favorita en la Región de las Américas: representó 53,8% de todo el alcohol consumido en la Región. No obstante, hay variación en los tipos de bebidas preferidas a nivel de país. Los productos destilados (licores y aguardientes) son las bebidas alcohólicas más consumidas en muchos países de

Centroamérica (por ejemplo, en El Salvador y Nicaragua) y el Caribe (por ejemplo, en Bahamas, Barbados, Dominica y Trinidad y Tabago). El consumo de vino ha sido siempre poco

frecuente en la Región desde el 2000, aunque es la bebida preferida en unos pocos países, como Argentina y Uruguay.

Figura 7. Bebidas preferidas en la Región de las Américas, por país, 2016



NOTA: Bebida de preferencia definida como el tipo de bebida alcohólica con el mayor porcentaje de consumo.

FUENTE: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Consumption by Type of Alcoholic Beverage, Levels of Consumption. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Gramos de etanol puro consumido al día

Los gramos de etanol puro (alcohol) consumidos al día son otro indicador valioso sobre el alcohol que a menudo se usa para fundamentar las directrices nacionales sobre el nivel de consumo de alcohol. Esta cantidad puede calcularse convirtiendo los valores de APC de litros a gramos (dado que el alcohol pesa 0,793 g/cm³ a 20 °C) y dividiéndolos por 365 días. En la figura 8 se reúnen datos sobre el tipo de bebida y gramos de alcohol puro para resumir el número de bebidas estándar consumidas en promedio por los bebedores en cada país. Este número se calculó a partir del supuesto de que una bebida alcohólica estándar contiene 10 g de alcohol

puro y que cada bebedor consumió el tipo de alcohol consumido con mayor frecuencia en su país. En la figura 8, cada círculo representa un gramo de alcohol puro y cada fila (compuesta de 10 círculos) representa una bebida estándar. El color de los círculos de la figura 8 indica la bebida de preferencia para cada gramo de alcohol consumido cada día por los bebedores: se usó el color amarillo o dorado para la cerveza, el rojo para el vino, el rosado para los destilados y el turquesa para otras bebidas alcohólicas.

En promedio, los bebedores de la Región de las Américas consumieron aproximadamente a 2,3 bebidas⁵ todos los días

.....
⁵ Una bebida es equivalente a una lata de cerveza (355 ml), una copa de vino (150 ml) o un trago de licor destilado (40 ml).

en el 2016, aunque variaron desde 1,9 bebidas en Guatemala a 4,4 bebidas en Paraguay. A nivel subregional, los niveles más bajos de consumo diario promedio se observaron en la zona andina (2,7 bebidas), América del Norte (2,9 bebidas) y Mesoamérica (3,1 bebidas), mientras que los niveles más

altos se registraron en el Caribe no latino (3,4 bebidas) y el Cono Sur (3,6 bebidas). Al examinar el consumo diario de alcohol por género, los bebedores masculinos (4,3 bebidas) consumieron aproximadamente tres veces más bebidas alcohólicas al día que las mujeres (1,4 bebidas).

Figura 8. Número promedio de bebidas alcohólicas al día por consumidor en la Región de las Américas, por país y tipo de bebida, 2016

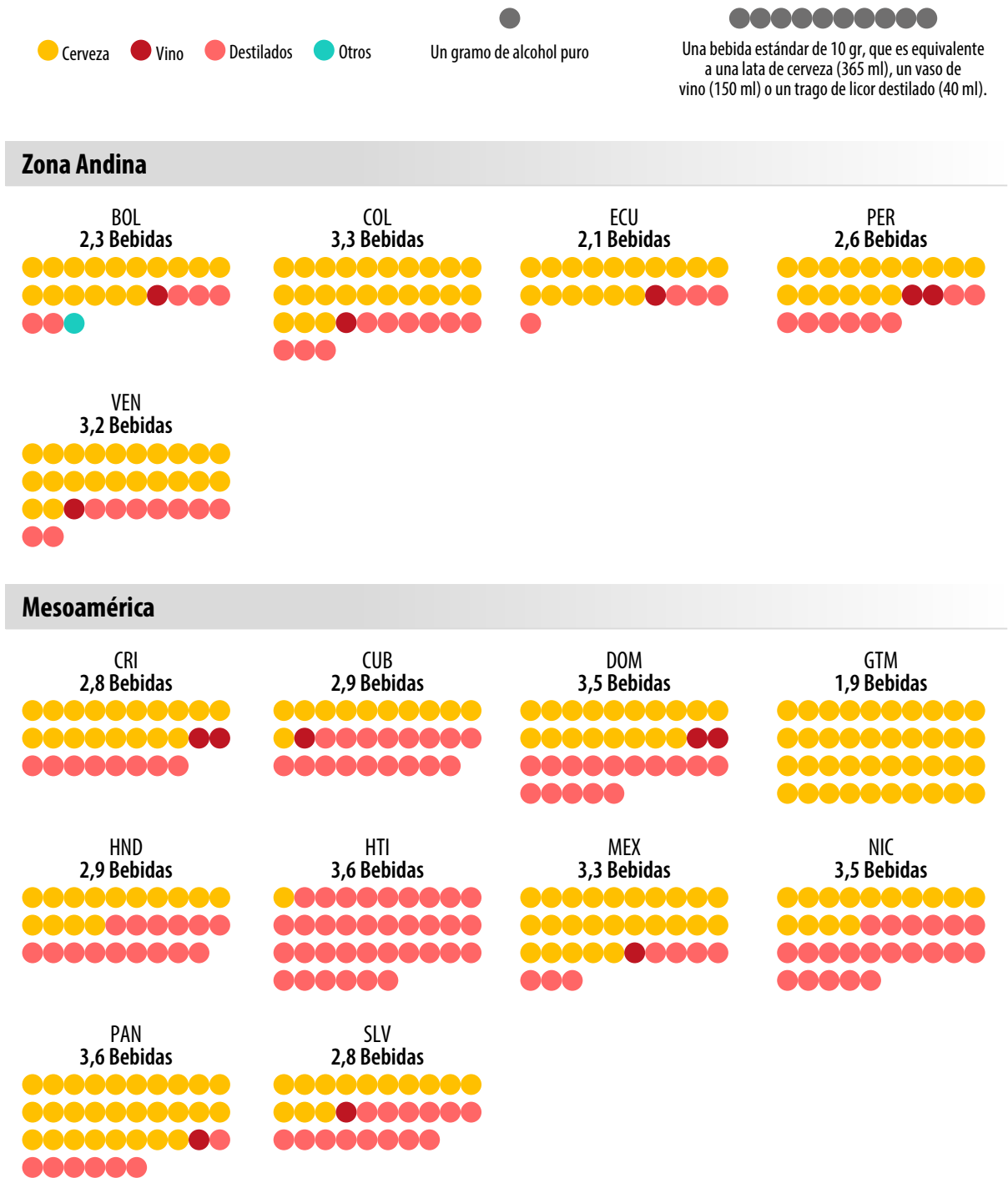
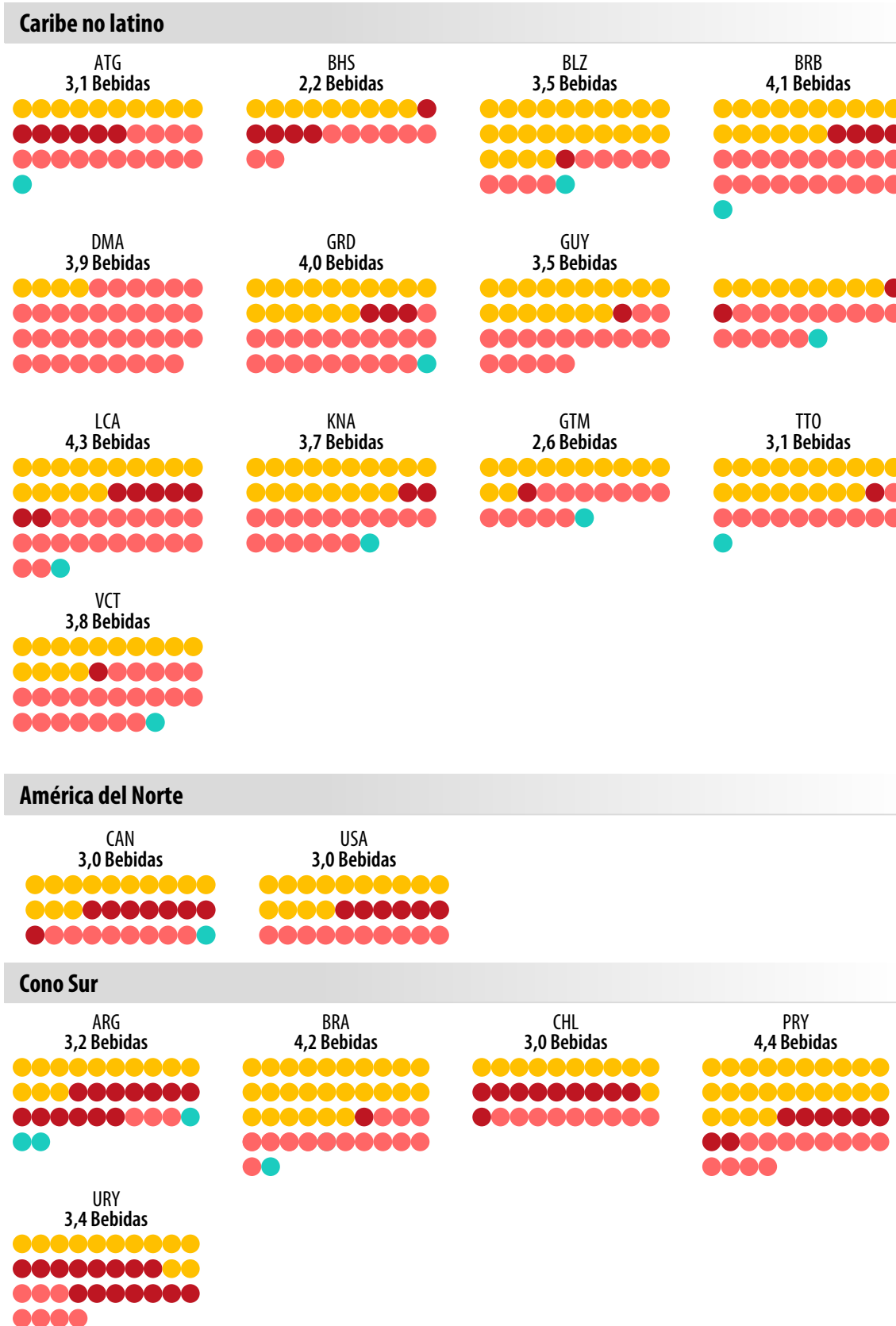


Figura 8. Número promedio de bebidas alcohólicas al día por consumidor en la Región de las Américas, por país y tipo de bebida, 2016)



Fuentes: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Consumption by Type of Alcoholic Beverage. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.
 Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Average daily intake in grams of alcohol by country, Levels of Consumption. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Fuentes de alcohol: Registrado frente a no registrado

El **alcohol total** incluye todos los tipos de bebidas alcohólicas que se consumen en un país, independientemente de si se cuenta en las estadísticas oficiales (es decir, **consumo registrado**), no se cuenta en dichas estadísticas (es decir, **consumo no registrado**) o si es consumido por turistas. El alcohol que se produce, distribuye y vende fuera del comercio formal y fuera del control gubernamental se denomina alcohol no registrado, por lo que no se da cuenta del mismo en las estadísticas nacionales oficiales sobre los impuestos o ventas de alcohol. El alcohol no registrado incluye el alcohol producido de manera informal (es decir, las bebidas fermentadas o destiladas de producción casera y la producción a pequeña escala de bebidas tradicionales), el alcohol ilícito (es decir, alcohol contrabandeado de

un país a otro o producido ilegalmente para evitar impuestos y aranceles) y el alcohol de sustitución (generalmente etanol que no se produjo como alcohol para beber, pero que se usa como tal, como el enjuague bucal y las tinturas médicas) (23). En todo el mundo y en la Región de las Américas, los licores artesanales y el alcohol de sustitución fueron los tipos de alcohol no registrado más prevalentes en el 2016 (23).

En el 2016, solo cinco países de la Región notificaron estimaciones del consumo de alcohol no registrado directamente. La OPS creó una herramienta para ayudar a los países a ubicar los datos existentes y determinar cómo usarlos para generar estimaciones de los niveles de consumo no registrado sin depender de los datos de la industria del alcohol (recuadro 2). Hasta la fecha, México y Brasil han usado con éxito esta herramienta para calcular los niveles de consumo per cápita.

Recuadro 1. Muertes de turistas por consumo de alcohol ilícito en la República Dominicana

El turismo representa poco menos de 10% del producto interno bruto de la República Dominicana, y aproximadamente una de cada 13 personas está empleada por la industria de la hostelería en hoteles, restaurantes o bares (24). En el año del 2018 al 2019, los periódicos informaron sobre diez turistas que fallecieron por supuesto consumo de alcohol contaminado obtenido en bares acuáticos o en minibares de los hoteles en centros vacacionales de la República Dominicana (25). Además, más de una docena de visitantes informaron graves trastornos con síntomas similares a los de las personas que perecieron (25). Los que fallecieron sufrieron infarto cardíaco, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria y vómitos de sangre (26).

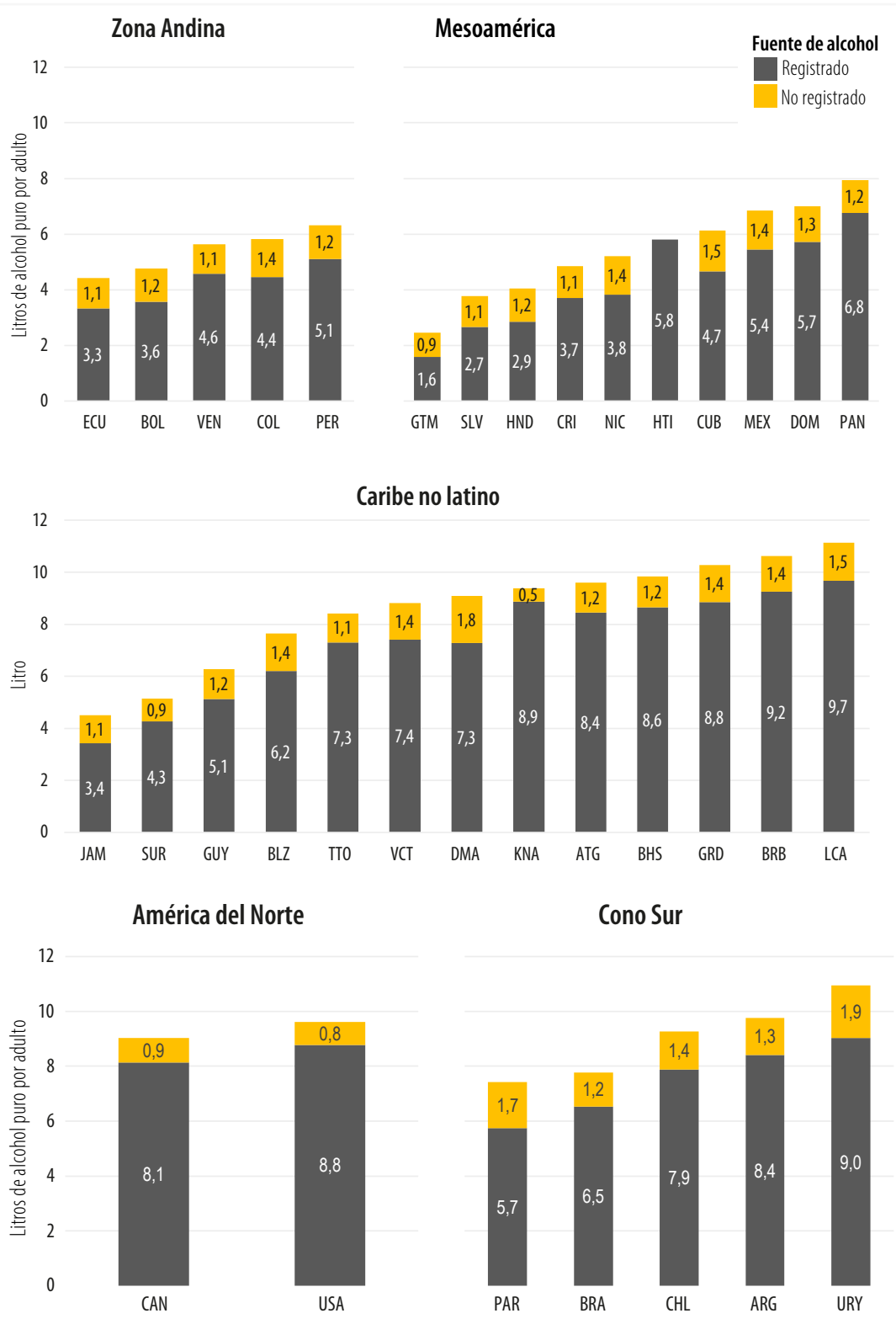
Si bien la mayor parte del alcohol no registrado no entraña riesgo alguno para la salud más allá del contenido de etanol, pueden producirse epidemias de afecciones, y a veces muertes, asociadas a lotes de alcohol adulterado (23). Un científico forense informó que los síntomas de los turistas concordaban con envenenamiento con plaguicida o metanol. El metanol (también llamado alcohol metílico) es un tipo de alcohol que se usa generalmente en la fabricación de productos químicos básicos como líquidos anticongelantes y limpiaparabrisas. Es muy difícil diferenciar el metanol del etanol por su olor o sabor. Sin embargo, el metanol es mucho más tóxico que el etanol porque el cuerpo humano es menos eficiente para metabolizar el metanol que el etanol. Tras su ingestión, las enzimas hepáticas transforman los subproductos de metanol en ácido fórmico, el cual puede hacer que el cuerpo deje de funcionar. Pueden producirse síntomas de envenenamiento con volúmenes de metanol más pequeños (por ejemplo, 2-8 onzas) que de etanol porque el cuerpo es más eficiente para descomponer y sacar el etanol del cuerpo. La intoxicación con metanol es el segundo riesgo para la salud más grave del consumo de alcohol ilícito o informal (después del etanol) (23), y estos brotes localizados pueden provocar temor en los viajeros. Sin embargo, las muertes por metanol representan menos de 0,1% de todas las muertes atribuibles al alcohol, y la gran mayoría de las intoxicaciones etílicas y otros perjuicios son causados solo por el etanol (23).

Al igual que con los patrones de alcohol registrado descritos en las secciones anteriores, a menudo se observa un gradiente económico en los niveles de alcohol no registrado. Ese gradiente tiende a ser más prominente en los países de ingresos bajos. A un nivel individual, la tendencia es que sean las personas pobres, las marginadas o las que viven en situación de vulnerabilidad quienes consumen alcohol no registrado de la fuente más barata, porque es más accesible. Dentro de este subconjunto de la población, a menudo se incluye a personas con trastornos por el consumo de alcohol. Esta población ya ha acumulado muchos riesgos, no solo debidos al alcohol, sino también a condiciones de vida desfavorables, alimentación deficiente, comorbilidades y su exposición a enfermedades infecciosas si consumen las bebidas en lugares hacinados. El acceso de estos grupos a los servicios de salud y protección social ya es de por sí más limitado, por lo que la adulteración de estas fuentes de alcohol con metanol u otras sustancias tóxicas afectarán a estos grupos más vulnerables y empeorarán todavía más las desigual-

dades sociales y sanitarias de una sociedad. Hay una excepción: la compra transfronteriza tiende a ser más prevalente en los países de ingresos altos (23). Aproximadamente un cuarto (25,5%) de todo el alcohol consumido en el mundo en el 2016 fue de producción no registrada. En comparación, el consumo no registrado fue menos común en la Región de las Américas: sólo 13,8% del alcohol consumido.

En la figura 9 se muestra la cantidad de alcohol registrado y no registrado consumido por un adulto promedio en la Región de las Américas. En dicha región, tres de los países en los que se bebe más en exceso registraron los niveles más altos de APC no registrado en el 2016: Uruguay (1,9 litros), Dominica (1,8 litros) y Paraguay (1,7 litros). Al otro extremo del espectro, hubo seis países con niveles muy bajos de consumo estimado de alcohol no registrado: Haití (0,0 litros); Saint Kitts y Nevis (0,5 litros); Estados Unidos de América (0,8 litros); y Canadá, Guatemala y Suriname (todos con 0,9 litros).

Figura 9. Consumo total de alcohol per cápita (APC) en adultos (mayores de 15 años; en litros de alcohol puro) en la Región de las Américas, 2016, por fuente (registrado frente a no registrado), subregión y país



Fuentes: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Levels of Consumption. Recorded alcohol per capita consumption, three-year average with 95%CI by country.
 Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Unrecorded consumption with 95%CI, Levels of Consumption. Ambos datos pueden consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Aunque, por definición, el alcohol no registrado está sujeto a menos regulaciones que el alcohol registrado, ello no significa necesariamente que es siempre menos inocuo. La evidencia empírica indica que el riesgo más grande del alcohol no registrado es el mismo que el del alcohol producido formalmente: el contenido de etanol (23). Es común la idea errónea de que la intoxicación con metanol es un riesgo mayor del consumo de alcohol no registrado, pero lo cierto es que las muertes por intoxicación con metanol representan apenas 0,1% de las muertes atribuibles al alcohol cada año (23). A pesar de que se trata de eventos relativamente raros, los medios de comunicación a menudo informan de estudios de casos de brotes geográficamente confinados que pueden producirse a raíz del consumo de lotes inseguros de alcohol informal e ilícito (recuadro 1). En la Región de las Américas se observa otro riesgo relacionado con el alcohol no registrado que a menudo se pasa por alto

y que es mayor que los riesgos del etanol: la contaminación con metales pesados (23). En Estados Unidos se han publicado informes sobre intoxicación con plomo asociada a licores de destilación casera producidos en el país (23). En los últimos años, la prensa informó sobre brotes similares en la República Dominicana (véase el recuadro 1). Desde una perspectiva gubernamental, otro problema importante relacionado con el alcohol no registrado es la pérdida de recaudación tributaria, porque el alcohol no registrado no está sujeto a los impuestos establecidos para el alcohol. De regularse estos productos adecuadamente y aplicarse los impuestos correspondientes, los montos recaudados podrían aumentar la capacidad de los países para prevenir o tratar los daños que causa el consumo del alcohol y, al mismo tiempo, reducir los efectos perniciosos de la adulteración y las intoxicaciones con productos no comerciales.

Recuadro 2. Herramienta de la OPS para calcular el APC

El organismo de estadística de un país puede recopilar y notificar los datos sobre el APC registrado usando la herramienta de APC creada por la Organización Panamericana de la Salud. Se necesitan como mínimo los datos sobre producción, importación y exportación de alcohol para calcular el APC registrado. Es posible aumentar la exactitud de la estimación del consumo de alcohol per cápita en adultos si se incluyen datos adicionales, como las reexportaciones de alcohol y existencias adicionales. Estos datos deberían medirse como volumen general de alcohol puro (es decir, etanol) o volumen general de producción, importaciones y exportaciones, y en cada caso por tipo de bebida. Si se usan datos sobre el volumen general de alcohol puro por tipo de bebida, se requerirá el porcentaje de alcohol en volumen. Los siguientes son ejemplos de porcentajes comunes (es decir, concentración): cerveza (cerveza de cebada 5%), vino (vino de uva 12%); mosto de uva 9%, vermut (16%), licores (licores destilados 40%; destilados similares 30%) y otros (cervezas de sorgo, mijo o maíz 5%; sidra 5%; vino fortificado 17% y 18%; trigo fermentado y arroz fermentado 9%; otras bebidas fermentadas 9%). Sin embargo, el porcentaje de alcohol en volumen puede variar por país. En algunos casos, pueden usarse los datos específicos de un país para aumentar su exactitud, como el alcohol en volumen específico para la cerveza de malta (4,61%) y la ginebra (42%) en México.

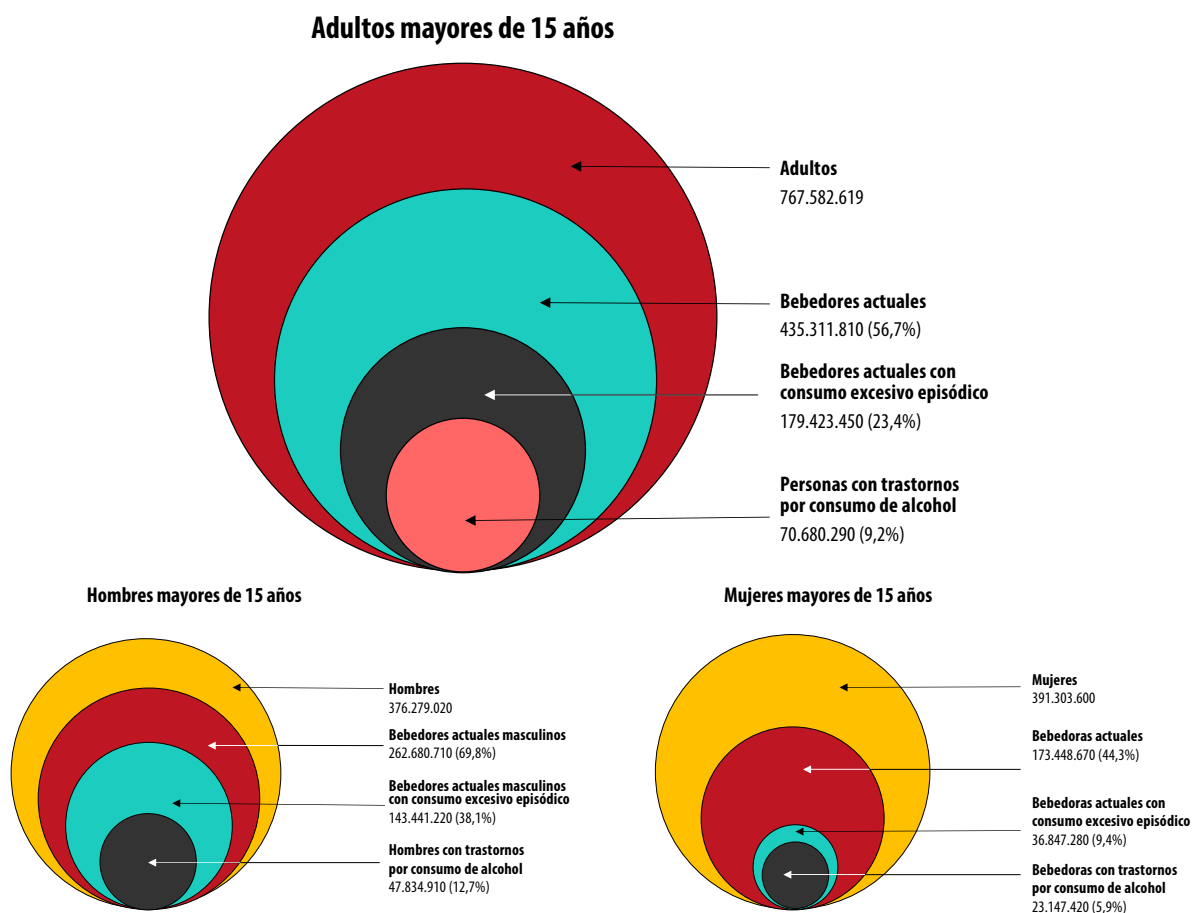
Cómo toman las personas: Patrones de consumo

Consumo actual y abstinencia

Como se describió anteriormente, la diferencia más básica a nivel individual es si una persona consume o no alcohol. Los **abstemios** son personas que no toman alcohol, y hay dos tipos de abstemios. Los **abstemios de toda la vida** son personas que nunca han consumido alcohol, y los **abstemios actuales** (también llamados “antiguos bebedores”) son personas que no han consumido alcohol por un cierto tiempo, generalmente el año anterior, aunque consumieron alcohol en algún momento

de su vida. En muchas partes del mundo, los bebedores consumen alcohol de forma infrecuente. Por este motivo, es común definir a los **bebedores actuales** como personas que han consumido al menos una bebida alcohólica estándar en los 12 últimos meses. El plazo de un año es suficientemente largo para captar tanto a los bebedores regulares como a los irregulares. En la figura 10 se recogen los porcentajes de adultos que beben y los porcentajes de adultos que corresponden a dos categorías de consumo de alto riesgo: bebedores con consumo excesivo episódico y trastornos debidos al consumo de alcohol.

Figura 10. Antecedentes de consumo de alcohol en adultos (mayores de 15 años) que vivían en la Región de las Américas en el 2016



Nota: El tamaño de los círculos es proporcional al tamaño de la población. Los totales para hombres y mujeres pueden que no sumen el total de todos los adultos por cuestiones de redondeo. Los porcentajes son porcentajes de personas y no promedios nacionales, por lo que pueden diferir de otros gráficos que aparecen en este informe y en el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018.

Fuentes: Organización Mundial de la Salud (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. Consumidores de alcohol. 12 últimos meses. Patrones de consumo. Organización Mundial de la Salud (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Alcohol consumers, Past 12 months, Patterns of consumption.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Heavy episodic drinking, Past 30 days, Patterns of consumption. Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Alcohol use disorder (15+) 12-month prevalence (%) by country, Morbidity, Harms and Consequences. Todos los datos pueden consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node>.

Consumo excesivo episódico

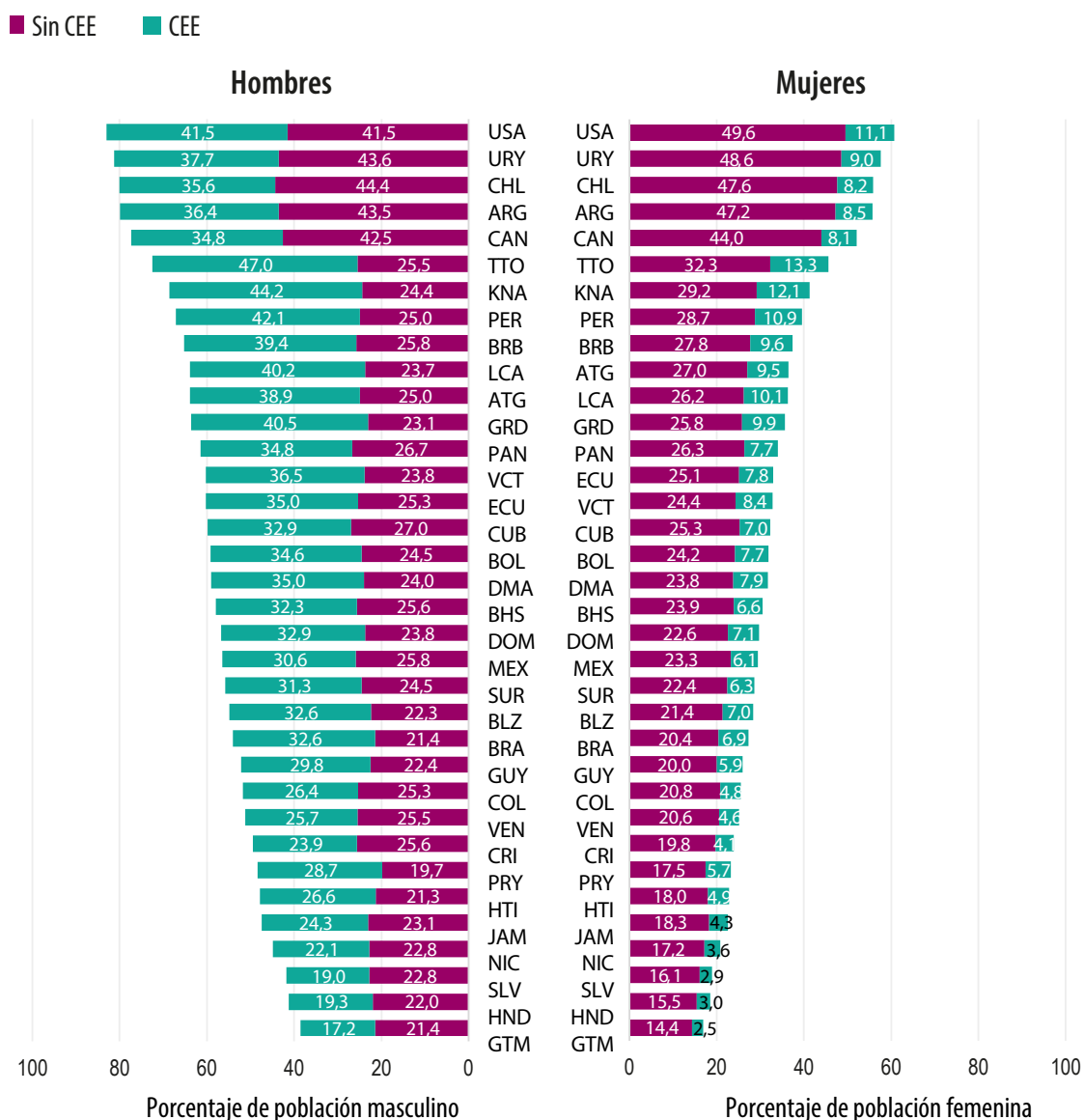
El consumo excesivo episódico (CEE) de alcohol se define como el consumo de 60 g o más de alcohol puro (aproximadamente cinco bebidas alcohólicas estándar) en al menos una ocasión al mes (27). Este umbral busca detectar a las personas que consumen alcohol en cantidades que son lo bastante grandes para producir intoxicación o daño (6, 28, 29), aunque el umbral para un riesgo mayor es diferente en los grupos socio-demográficos y puede ser más bajo en el caso de subgrupos más vulnerables, como los jóvenes y las mujeres. Sin embargo, la utilidad de este indicador no se limita a los daños relacionados con la intoxicación, porque muchas enfermedades crónicas atribuibles al alcohol tienen una relación dosis-respuesta por la cual las probabilidades de daño aumentan a medida que el volumen de alcohol ingerido aumenta (27).

Se registraron aproximadamente 222 millones de consumidores que tuvieron consumo excesivo episódico en la Región de las Américas en el 2016: 42,0% de ellos vivían en Estados Unidos, 18,0% en Brasil, 10,3% en México y 4,5% en Argentina (datos no mostrados). Sin embargo, cuando se interpretan estas estimaciones de CEE, es importante considerar que pueden ser cálculos conservadores porque la cantidad de alcohol consumido notificada en encuestas es generalmente una fracción pequeña de la cantidad vendida en las tiendas al por menor. Esto indica que las personas declaran en las encuestas una cantidad de alcohol inferior a la que realmente consumen. Esta subnotificación puede empeorar debido a los sesgos de reclutamiento que pueden dar lugar a tasas mayores de preguntas sin respuesta en los bebedores con consumo excesivo episódico.

La fracción de consumidores masculinos de la Región que bebieron excesivamente en alguna ocasión en el 2016 fue aproximadamente tres veces la fracción de las consumidoras (figura 10). Las tasas de CEE en consumidores masculinos fueron más elevadas en el Caribe, incluidos Trinidad y Tabago (64,8%), Saint Kitts y Nevis (64,5%), Granada (63,7%) y Santa Lucía (62,9%). Sin embargo, la disparidad entre los CEE de hombres y mujeres fue mayor en países centroamericanos, incluidos Guatemala (87,3%), Honduras (86,6%), El Salvador (86,4%) y Nicaragua (85,2%).

Al igual que los hombres, los jóvenes a menudo consumen alcohol de forma riesgosa. En términos más específicos, los jóvenes tienden a consumir alcohol con menor frecuencia que los adultos, pero cuando toman, lo hacen con mayor intensidad. Esto significa que buena parte del alcohol que los jóvenes consumen se ingiere como consumo excesivo episódico. A nivel subregional, el porcentaje de jóvenes que bebieron y bebieron excesivamente fue más alto en el Cono Sur (50,0% y 22,6%, respectivamente), América del Norte (46,8% y 21,5%) y el Caribe no latino (34,0% y 19,3%) (datos no mostrados). El Istmo Centroamericano tuvo la prevalencia más baja de consumo en los jóvenes (22,6%) y de CEE (10,5%).

Figura 11. Prevalencia (%) de consumo de alcohol en los 12 últimos meses y prevalencia del consumo excesivo episódico (CEE) de alcohol en adultos (mayores de 15 años) en la Región de las Américas, por país y género, 2016

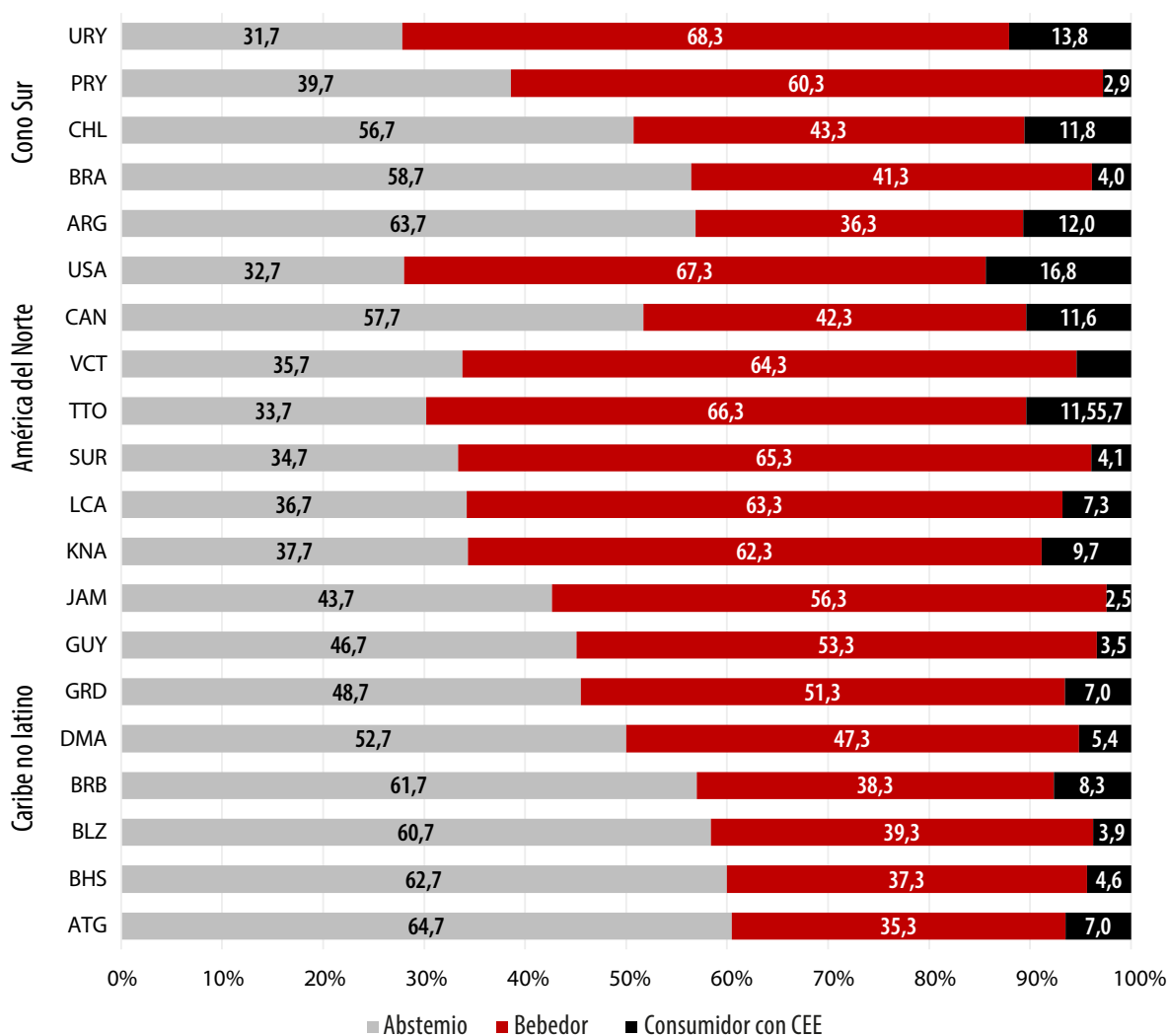


Fuente: Organización Mundial de la Salud (2018). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Heavy episodic drinking, Past 30 days, Patterns of consumption. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

En la figura 12 se muestra el porcentaje de jóvenes que bebieron excesivamente en el 2016 por país. Los países que tuvieron altas proporciones de adultos que consumieron alcohol excesivamente también tendieron a tener proporciones altas de

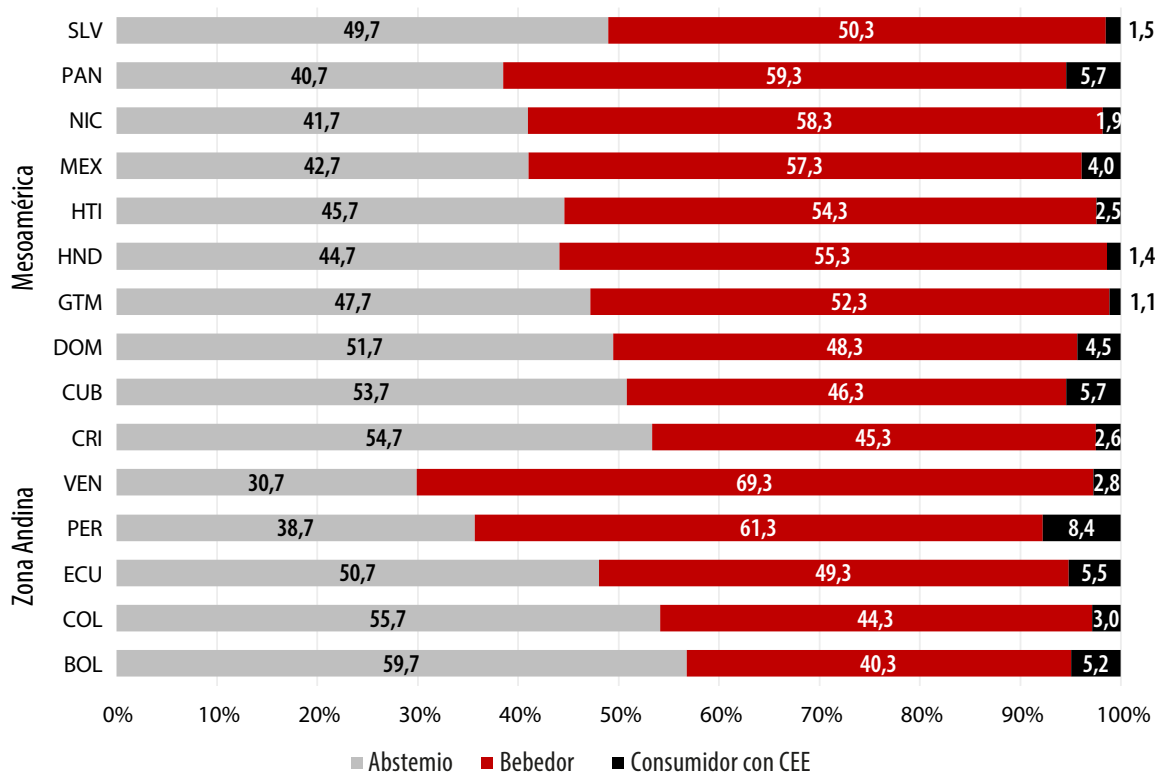
jóvenes con consumo excesivo. La prevalencia de CEE en consumidores jóvenes fue más alta en cinco países de ingresos altos: Estados Unidos de América (28,0%), Trinidad y Tabago (26,3%), Uruguay (24,1%), Saint Kitts y Nevis (24,1%) y Canadá (22,4%).

Figura 12. Prevalencia (%) de consumo de alcohol actual en los 12 últimos meses y prevalencia del consumo excesivo episódico (CEE) de alcohol en jóvenes (de 15 a 19 años) en la Región de las Américas, por país y subregión, 2016



N. Am. = América del Norte

Figura 12. Prevalencia (%) de consumo de alcohol actual en los 12 últimos meses y prevalencia del consumo excesivo episódico (CEE) en jóvenes (de 15 a 19 años) en la Región de las Américas, por país y subregión, 2016 (cont.)



Fuentes: Organización Mundial de la Salud (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Current drinkers (%)*, Youth and Alcohol. **Organización Mundial de la Salud (2018).** *Global Information System on Alcohol and Health. 15-19 years old heavy episodic drinking (population), past 30 days*, Youth and Alcohol. Ambos datos pueden consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

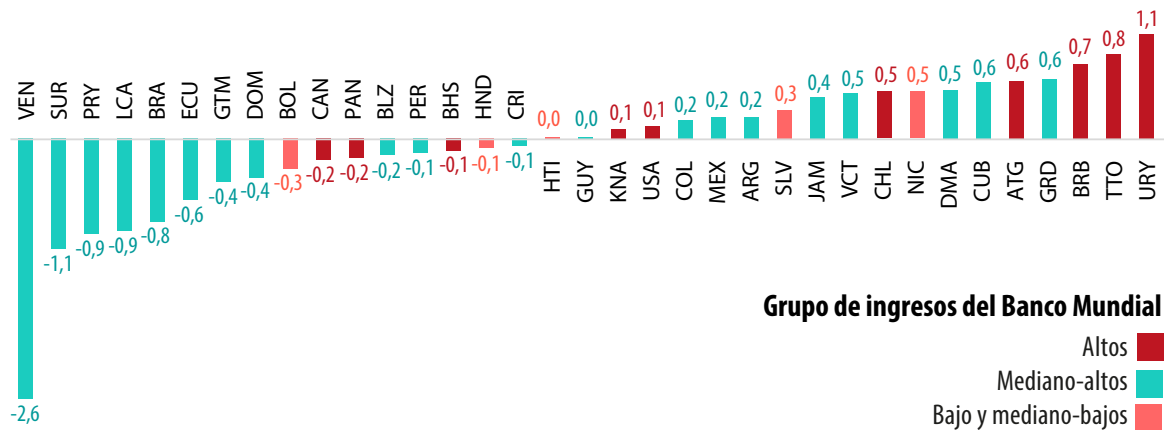
Tendencias en cuanto al consumo de alcohol

Aunque la calidad de los datos es importante para todos los indicadores relacionados con el alcohol, resulta más importante aun cuando se investigan las tendencias del consumo de alcohol en el tiempo. Esto se debe a que las diferencias entre múltiples momentos o puntos de tiempo podrían reflejar cambios reales en el consumo de alcohol, o podrían ser falsas si los datos no se recopilan de forma sistemática.

Por este motivo, el APC registrado en adultos es el indicador más fiable para comprender las tendencias en el tiempo; no se basa en datos de encuestas u otros procedimientos de estimación por lo demás subjetivos. En la figura 13 se muestra el cambio en el APC en adultos desde el 2010.

A excepción de Venezuela, Suriname y Uruguay, todos los cambios registrados con el tiempo fueron menos de 1,0%, lo que es poco probable que represente avances para la salud pública. Estas disminuciones tendieron a ser mayores en los países de ingresos mediano-altos, como lo muestra el grupo de barras color turquesa a la izquierda de la figura 13. Entre el 2010 y el 2016, se produjo una disminución promedio de 0,23 litros del consumo de APC en adultos en los países de ingresos mediano-altos, los países de ingresos bajos y bajo-medios cambiaron en grado mínimo su nivel de consumo, y los países de ingresos altos aumentaron su consumo de APC en 0,40 litros de alcohol puro por adulto.

Figura 13. Cambios en el consumo de alcohol per cápita (APC) registrado en adultos (mayores de 15 años; en litros de alcohol puro) del 2010 al 2016 en la Región de las Américas, por país y grupo de ingresos del Banco Mundial



Los países de ingresos altos se definen como aquellos países con un ingreso nacional bruto per cápita superior a US\$ 12.376 (30). Los países de ingresos mediano-altos se definen como aquellos países con un ingreso nacional bruto per cápita entre US\$ 3.996 y US\$ 12.375 (30). Los países de ingresos bajos y mediano-bajos se definen como aquellos países con un ingreso nacional bruto per cápita menor o igual a US\$ 3.995 (30).

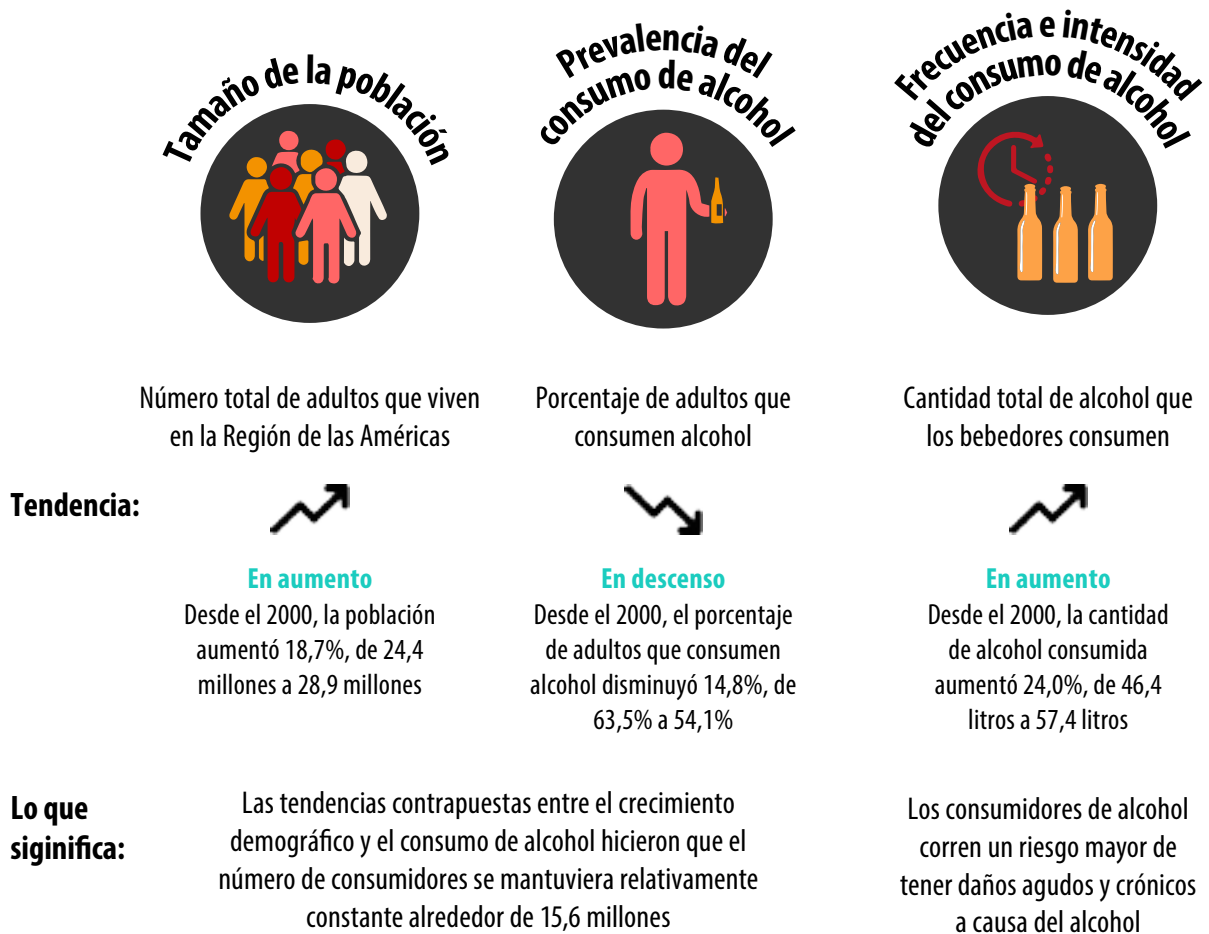
Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis en Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.,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

Desde el 2000, el porcentaje de personas que actualmente consumen alcohol en la Región de las Américas ha disminuido 14,8%, al pasar de 63,5% a 54,1%. Esta reducción parece obedecer al número de consumidores actuales que se han hecho abstemios; el porcentaje de exconsumidores aumentó (de 21,0% a 29,0%), pero el porcentaje de abstemios de toda la vida se mantuvo bastante estable (de 15,4% a 16,9%) durante estos seis años. Tras considerar el crecimiento demográfico, se observó un cambio neto menor del número de consumidores en los 16 últimos años (15,6-15,7 millones). Aunque hay una proporción algo más pequeña de personas que consumen alcohol, aquellas que beben están también tomando más cuando lo hacen.

En consecuencia, estas tendencias opuestas hicieron que el APC y la prevalencia de CEE en adultos permanecieran más o menos constantes. La estabilidad de estos números oculta el hecho de que los bebedores están consumiendo volúmenes más grandes de alcohol en promedio, lo cual entraña un riesgo mayor de enfermedades y lesiones atribuibles al alcohol con el transcurso del tiempo. En la figura 14 se explica por qué los consumidores de la Región probablemente enfrentan hoy en día un riesgo mayor en comparación con los consumidores de años anteriores, aunque el porcentaje de adultos que consumen alcohol está descendiendo y el APC en la población adulta es constante.



Figura 14. Factores que afectan las tendencias del consumo de alcohol y daños conexos en la Región de las Américas



Como se señalara en la introducción, el marco mundial de vigilancia de las ENT de la OMS estableció una meta de gran alcance de reducir 10% el APC de la población adulta para el 2025. Lamentablemente, las proyecciones para la Región de las Américas indican que el APC total de la población adulta **aumentará** 0,4 l (de 8,0 litros a 8,4 litros) en los próximos seis años (figura 15). Si bien se espera que los países de ingresos mediano-altos y mediano-bajos sean quienes impulsen este aumento en el resto del mundo, el incremento en la Región

obedecerá en gran parte al aumento del consumo en los países de ingresos altos, que experimentarán un aumento promedio de alrededor de 1,2 litros para el 2025. En la Región, los países de ingresos bajos y mediano-bajos (0,4 litros) y los países de ingresos mediano-altos (0,3 litros) registrarán aumentos más pequeños. Estas proyecciones indican que los países de la Región no están en buen camino para alcanzar la meta de reducción de 10%.



Figura 15. Tendencias proyectadas del consumo de alcohol per cápita en adultos desde el 2016 hasta el 2030 en la Región de las Américas por subregión y país

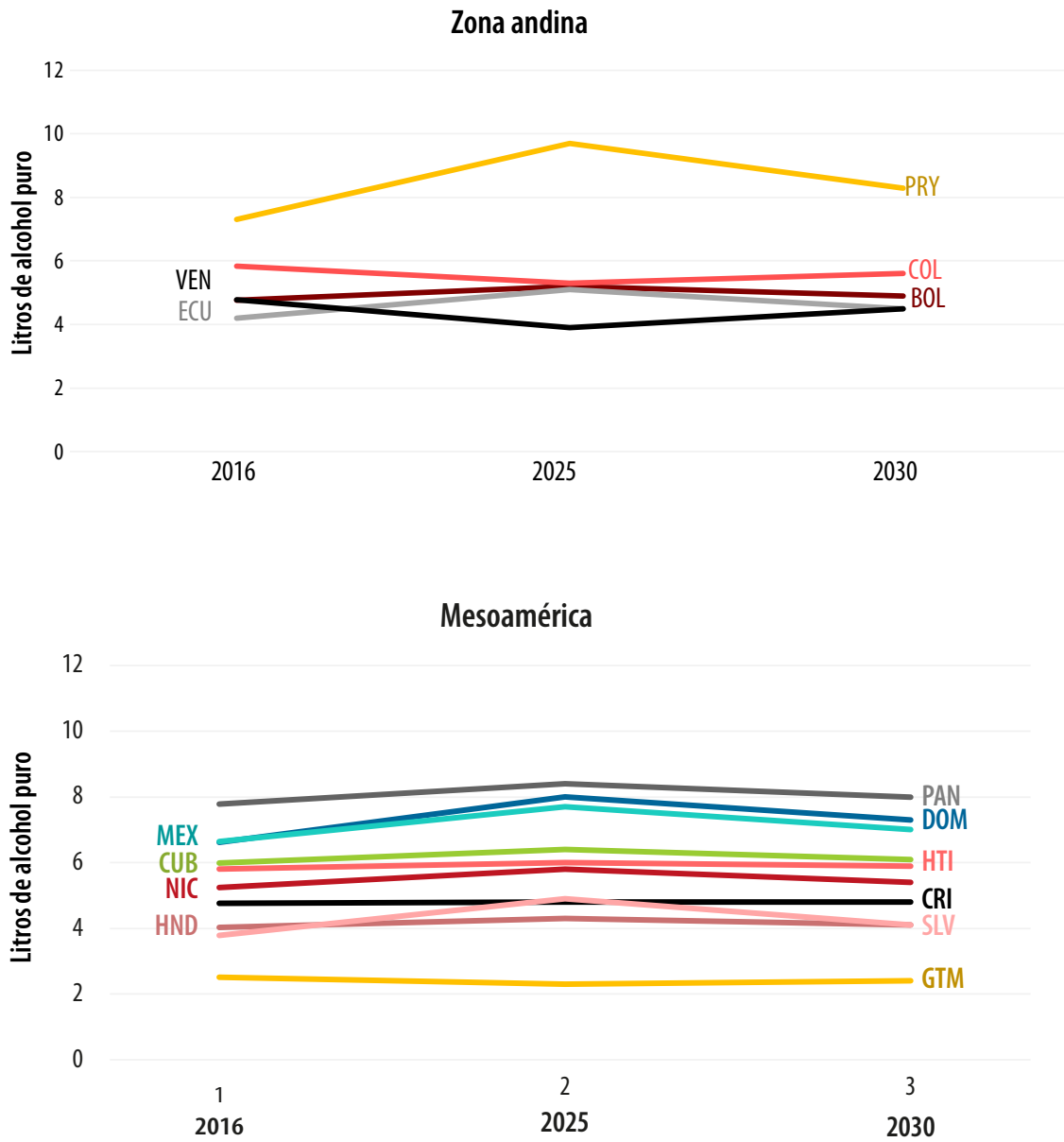
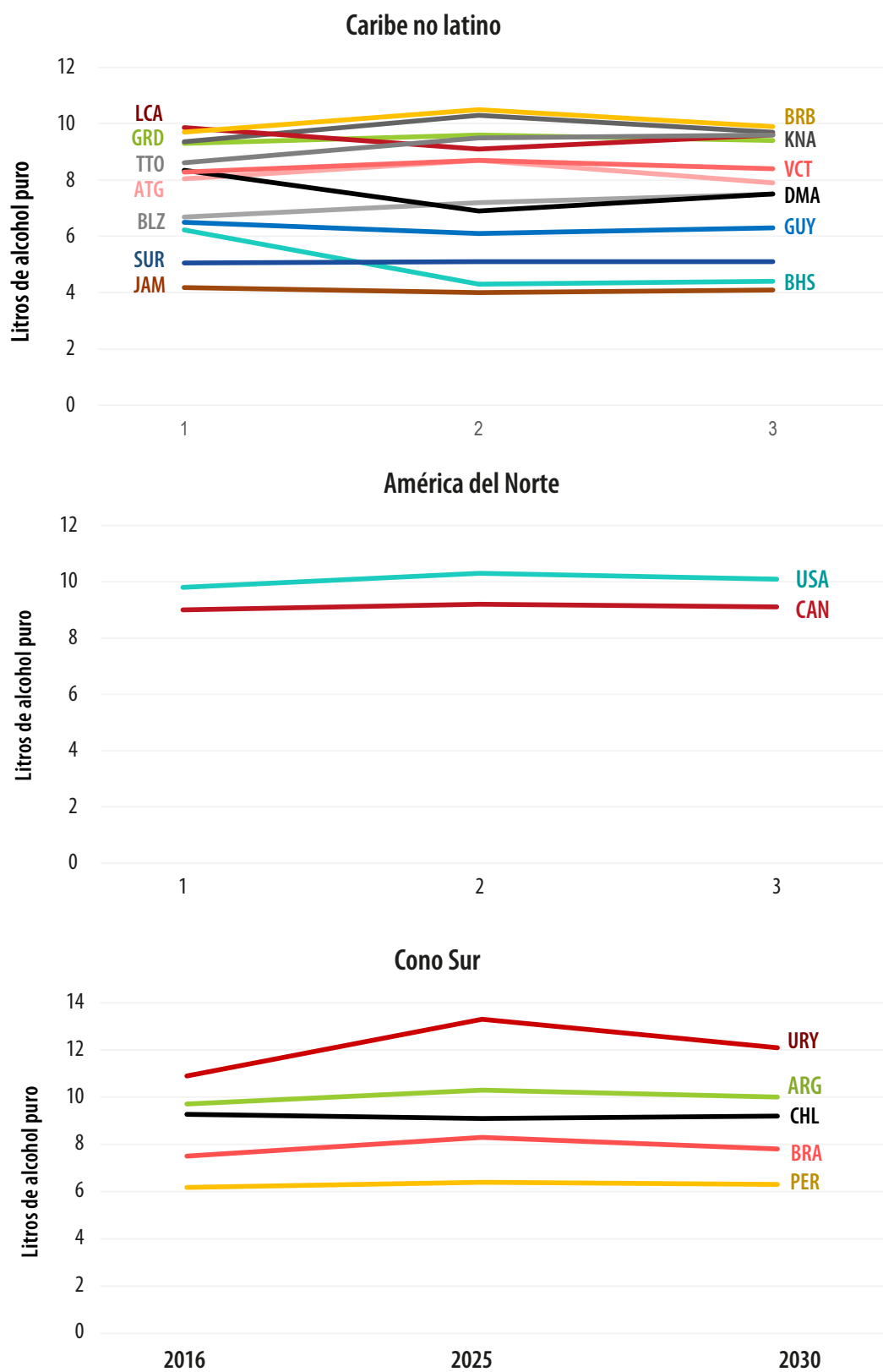


Figura 15. Tendencias proyectadas del consumo de alcohol per cápita en adultos desde el 2016 hasta el 2030 en la Región de las Américas por subregión y país (cont.)



Fuente: Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The Lancet*, 393(10190), 2493-2502.

DAÑOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Panorama y antecedentes

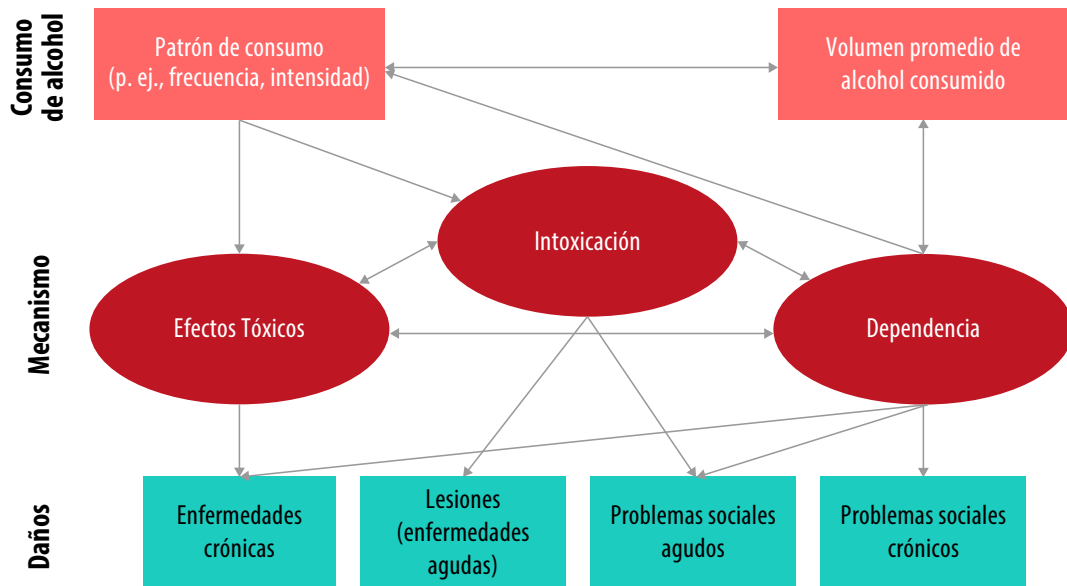
El consumo de alcohol tiene enormes efectos perjudiciales para la salud que se manifiestan con su contribución al número de muertes y discapacidades así como a los costos. Como se muestra en la figura 16, hay tres vías principales por las cuales el alcohol puede crear estos efectos perjudiciales: **efectos tóxicos, intoxicación y dependencia** (31). El alcohol es una toxina y un agente carcinogénico que coloca a sus consumidores en riesgo de contraer enfermedades tanto transmisibles (como la tuberculosis y la infección por el VIH/sida) como no transmisibles (cirrosis de hígado, cáncer de mama y trastornos cardiovasculares), así como en riesgo de violencia, traumatismos y problemas de salud mental. Muchas enfermedades como el cáncer (32), las coronariopatías (33) y el cálculo biliar (34), así como los traumatismos causados por colisiones de tránsito (35) y los intentos de suicidio (36) tienen una relación dosis-respuesta con el alcohol. Esto significa que el riesgo de padecer estos daños crónicos —y a menudo su gravedad— aumenta cuando los bebedores consumen más alcohol. En cuanto a los daños agudos, las consecuencias de la intoxicación son a menudo amplias, y van desde la disminución de la atención, déficits de capacidad cognitiva, pérdida de destreza en aptitudes motoras complejas (lo que aumenta el riesgo de caídas, ahogamientos y traumatismos), mayor agresividad, menor control de los impulsos y posible intoxicación etílica.

Este marco conceptual propone que el volumen y patrón de consumo definen el riesgo de padecer daño al determinar el nivel de intoxicación alcanzado así como la dosis de toxinas

liberadas. En términos más específicos, los bebedores que mantienen altos volúmenes de consumo de alcohol por mucho tiempo están en riesgo elevado de desarrollar dependencia además de padecer enfermedades crónicas y lesiones. Esto se debe a que las propiedades adictivas del alcohol pueden causar dependencia física y psicológica con el transcurso del tiempo. En la parte inferior del marco conceptual se propone que la dependencia define el riesgo de enfrentar problemas sociales, la intoxicación aumenta el riesgo de padecer lesiones y problemas sociales agudos, y los efectos tóxicos del alcohol promueven el desarrollo de enfermedades crónicas.

Mediante estas vías, los patrones de consumo descritos en la sección anterior contribuyen al riesgo que corren los consumidores de alcohol ante más de 200 enfermedades y lesiones codificadas en la CIE-10, de las cuales solo el alcohol causa cerca de 40. Existe la idea errónea de que únicamente los bebedores empedernidos o “irresponsables” sufren daños por el consumo de alcohol. Esta antigua creencia contradice claramente una base de evidencia amplia y contundente. En fecha muy reciente, el estudio de la carga mundial de enfermedad reunió 694 puntos de datos para establecer que no existe ningún nivel inocuo de consumo de alcohol (4). Esto significa que **todos los consumidores enfrentan algún riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol**, y el nivel de riesgo para muchos de esos daños depende de cuánto alcohol consumen.

Figura 16. Marco conceptual de la manera en que el alcohol causa daños en el ámbito de la salud pública



Fuente: Figura 1 en Babor, T, Caetano, R, Casswell, S et al. (2010) *Alcohol: No ordinary commodity. Research and Public Policy*, Vol. 2º. Nueva York, NY: Oxford University Press.

La combinación de la información obtenida de estudios longitudinales y transversales (que incluyen encuestas y datos médicos) a lo largo del tiempo ha permitido a los investigadores establecer fracciones atribuibles al alcohol, las cuales cuantifican la muerte o la discapacidad que no ocurriría si la víctima no hubiera consumido alcohol. Las fracciones atribuibles al alcohol permiten establecer la carga del consumo de alcohol y hacer comparaciones entre subgrupos demográficos, puntos geográficos, tipos de riesgo para la salud y momentos precisos en el tiempo.

Sin embargo, las fracciones atribuibles al alcohol parten de supuestos que pueden ser problemáticos en algunos casos; por ejemplo, tomar una situación hipotética en la que nadie consume alcohol puede ser una comparación poco realista. Además, las **fracciones atribuibles al alcohol** derivadas de la bibliografía publicada también estarán sujetas a las mismas limitaciones de los estudios sobre los cuales se basan (por ejemplo, error de medición, confusión residual).

Recuadro 3. Términos clave relacionados con la carga del consumo de alcohol

Muerte atribuible al alcohol: Muertes que se producen a causa del consumo de alcohol.

Fración atribuible al alcohol: Porcentaje de un daño (por ejemplo, lesiones, muertes por cáncer) que es causado por el consumo del alcohol.

Año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD): Medida de la carga de enfermedad general que combina dos tipos de años: 1) los años de vida perdidos (AVP) cuando una persona muere prematuramente y 2) los años vividos con discapacidad (AVD) debido a un problema de salud de la persona.

Años de vida perdidos (AVP): Número total de posibles años de vida que se pierden cuando una persona muere prematuramente.

Años vividos con discapacidad (AVD): Número total de años vividos con algún tipo de pérdida de salud a corto o largo plazo que resulta de la discapacidad o trastorno de salud de una persona. Los AVD se calculan multiplicando el número de años vividos con una afección por ponderaciones de discapacidad, con las cuales se calcula el nivel de discapacidad de un conjunto de afecciones.

En este mismo sentido, es importante recordar que la manera en que la carga del consumo de alcohol puede estimarse dependen del tipo y la calidad de los datos disponibles. Las encuestas poblacionales son una fuente común para estimar los daños relacionados con el alcohol, pero los datos que generan son insuficientes, lo cual puede deberse a recuerdos incompletos, dificultades para calcular con exactitud la frecuencia de comportamientos comunes y el deseo de decir lo que los entrevistados perciben como respuestas socialmente convenientes. Los datos administrativos, como los registros y los expedientes electrónicos de salud, son a menudo más confiables que los datos autodenunciados, pero tienen sus propias limitaciones, entre ellas el hecho de que solo informan sobre aquellas personas que tuvieron acceso a un sistema de atención de salud. A menudo, los datos de salud corrientes carecen de información acerca de la exposición al alcohol y no captan grupos en alto riesgo que no pueden costear o no reciben atención médica por otras razones, por ejemplo, las personas que carecen de hogar o que están en prisión, es decir, personas que a menudo resultan más afectadas por trastornos debidos al consumo de alcohol en comparación con la población general. Estos datos administrativos tampoco están concebidos para la investigación científica, por lo que pueden requerir tiempo y trabajo adicionales para limpiarlos y formarlos sistemáticamente.

La finalidad de esta sección es resumir la carga del consumo de alcohol en la discapacidad, la mortalidad y los costos en la Región de las Américas. Para ello, se utilizará información de la sección anterior para mostrar cómo los niveles y patrones

de consumo de alcohol en la Región se relacionan con tipos específicos de daños. Además, en esta sección se analiza cómo los daños causados por el alcohol se concentran demográficamente y geográficamente, y se hace hincapié en grupos potencialmente vulnerables, como los jóvenes y los pobres.

Sexo y género

En la sección sobre el consumo de alcohol se estableció que los hombres son los principales consumidores de alcohol, y en esta sección se muestra que también son las principales víctimas de los daños relacionados con el alcohol. Si la disparidad entre los géneros se cierra y las mujeres empiezan a beber como los hombres, es probable que ellas también comiencen a enfermarse y lesionarse a tasas más altas, como los hombres. Sin embargo, existen motivos para pensar que las mujeres que consumen alcohol como los hombres pueden sufrir más daños, debido a diferencias biológicas entre ambos sexos que hacen que las mujeres corran riesgos más altos a niveles de consumo más bajos. En general, el cuerpo de la mujer es considerablemente diferente en cuanto a masa corporal y composición que el del hombre, por lo que los niveles de concentración de alcohol en la sangre pueden ser más altos por un período más largo. Las diferencias entre el riesgo biológico del hombre y la mujer por consumo de alcohol tienen que ver con la manera en que el organismo procesa el alcohol. Nuestro cuerpo usa grasa para retener el alcohol, agua para despejarlo y el hígado para producir enzimas que metabolizan el alcohol. El cuerpo de

la mujer tiene más grasa y menos agua, y su hígado produce menos deshidrogenasa de alcohol (un metabolismo que se usa para descomponer el alcohol). En consecuencia, la mujer tiene un riesgo mayor de padecer cirrosis hepática, cardiopatías y daño neurológico que el hombre aun cuando consuma la misma cantidad de alcohol (37, 38). Además, el alcohol también plantea ciertos perjuicios que son exclusivos de la mujer, como el cáncer de mama, el embarazo involuntario y el riesgo de tener un bebé con síndrome de alcohólico fetal o de peso bajo al nacer. Por otro lado, existen riesgos comportamentales y sociales relacionados con el consumo de alcohol que afectan a las mujeres específicamente y las hacen más vulnerables a los daños relacionados con el consumo de alcohol.

Si bien los hombres enfrentan más daños a manos de los bebedores, las mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir **daños por el consumo de otras personas**, lo que incluye los daños que sufren aquellas cercanas al bebedor (22, 39-42). Los hombres y las mujeres informan de tipos diferentes de daños causados por el consumo de otros. Los hombres más probablemente informen de daños físicos como violencia interpersonal y daños materiales, mientras que es más probable que las mujeres hablen de violencia familiar, marital y de pareja (incluida la violencia sexual) y otros perjuicios. Las mujeres tienen más probabilidades de informar tener miedo de alguien que estuvo bebiendo y de recibir una atención sexual no deseada, así como acoso y agresión sexuales (43). Una razón de estas diferencias de género en cuanto a los daños causados por otros es que los hombres y las mujeres tienen tipos distintos de relaciones con los bebedores empedernidos (22, 42). Las mujeres tienden a tener relaciones más estrechas (por ejemplo, cónyuge, pareja) con los bebedores empedernidos que los hombres (42, 44). Además, estas diferencias podrían ser el resultado de roles de género tradicionales que han existido históricamente y que persisten incluso en la actualidad, especialmente en relación con las ideas de lo que es un comportamiento aceptable para hombres y mujeres. Tradicionalmente, el consumo de alcohol a menudo se ha considerado un signo de poder y privilegio, y en consecuencia, ha sido y es (y todavía puede serlo) culturalmente más aceptable que los hombres consuman alcohol y que lo hagan hasta llegar a embriagarse. Además, los hombres tienen mayores probabilidades de beber en lugares públicos donde hay más personas alrededor que podrían sufrir las consecuencias de su comportamiento bajo los efectos del alcohol. Por su parte, las mujeres tienden a beber en entornos privados, como sus hogares. Es posible que las maneras en que los bebedores causan daños a otros en entornos públicos

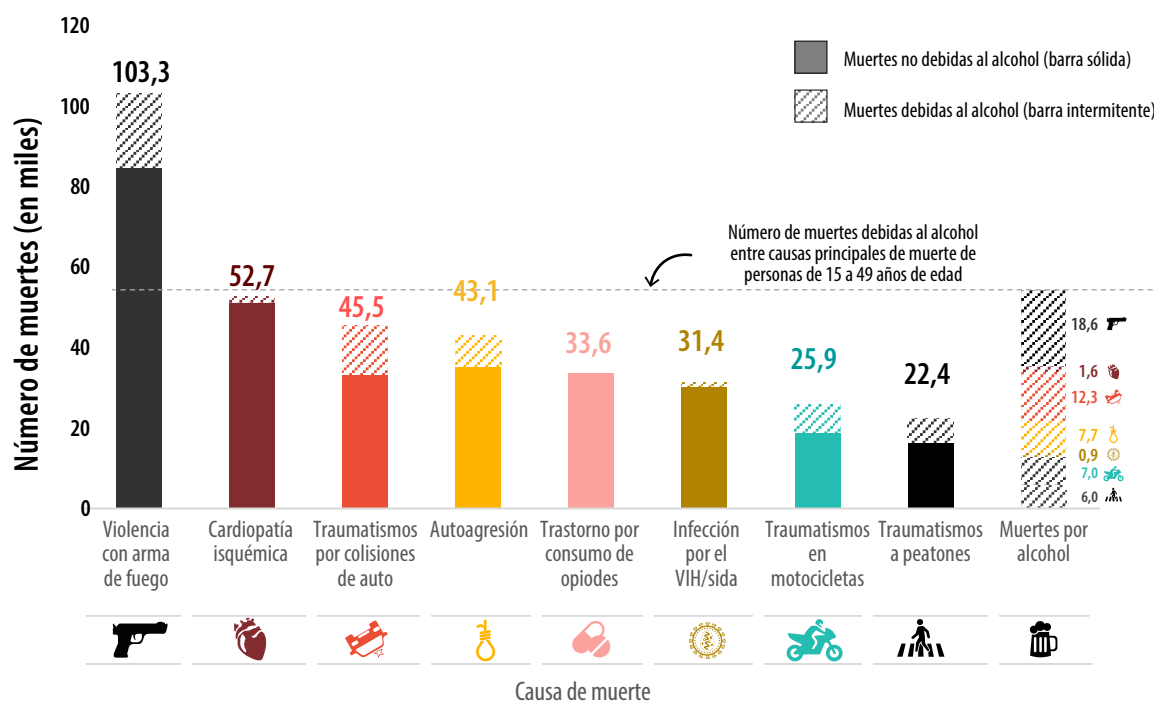
y privados sean diferentes, y esto puede ser una causa fundamental por la que los géneros informan de niveles y tipos de daños diferentes. Esto es particularmente cierto en cuanto a la violencia: las mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir violencia a manos de alguien conocido, mientras que los hombres tienen mayores probabilidades de padecer violencia con desconocidos, y a menudo en público.

Edad

La adolescencia y los primeros años de la adultez son tiempos marcados por un desarrollo social y biológico rápido, así como por una mayor vulnerabilidad a los efectos del alcohol (45). A medida que los jóvenes adquieren nuevas experiencias e interactúan con otros, su cerebro pasan por un importante proceso de reestructuración que el consumo de alcohol puede perjudicar (46). Por ejemplo, en algunas investigaciones longitudinales se observó que los jóvenes que consumían alcohol en exceso tenían volúmenes más pequeños en las áreas del cerebro que son fundamentales para inhibir el comportamiento, controlar los impulsos, mantener la atención y lograr la autorregulación en comparación con los jóvenes que se abstienen de consumir alcohol (32, 47). El consumo de alcohol también puede impedir a los adolescentes alcanzar metas de vida porque deteriora su desempeño académico (48).

El consumo del alcohol fue el principal factor de riesgo de muerte y años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en adultos jóvenes de 15 a 49 años en la Región de las Américas en el 2016 (49). En la columna del extremo derecho de la figura 17 se suman las muertes atribuibles al alcohol para cada una de las ocho causas principales de muerte. Solo en tres de estas ocho causas, el alcohol fue el causante de 54.188 muertes de adultos jóvenes en el 2016. En la figura 17 se muestra además la contribución del alcohol a las ocho causas principales de muerte en adultos de 15 a 49 años en la Región. La única causa principal de muerte a la que el alcohol no contribuye son los trastornos por consumo de opioides, y el número de muertes atribuibles al alcohol (54.200) es superior al de todas las otras causas principales de muerte excepto la violencia con armas de fuego (103,300). Estos valores se ilustran en la figura 17 con las barras de siete de las causas principales de muerte que se ubican por debajo de la línea discontinua, que indica el número total de muertes atribuibles al alcohol para estas ocho causas en personas de 15 a 49 años de edad.

Figura 17. Consumo de alcohol como factor de riesgo en siete de las ocho causas principales de muerte en personas de 15 y 49 años de edad en la Región de las Américas en el 2016



Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), 2018. Puede encontrarse en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Ingresos y desigualdad

También existen asociaciones entre el ingreso y los daños relacionados con el alcohol a los niveles individual y de la sociedad. Estas asociaciones son particularmente fuertes a nivel individual, y la observación de que las personas de ingresos bajos tienden a sufrir más daños relacionados con el alcohol que los consumidores más prósperos aunque consuman menos alcohol (50, 51) se denomina la **“paradoja de daños del alcohol”** (51, 52). En algunos estudios se han ensayado empíricamente las razones por las cuales existe la paradoja de daños, pero datos recientes provenientes de Europa indican que otros riesgos para la salud (por ejemplo, consumo de tabaco, alimentación deficiente, entornos insalubres) probablemente desempeñan una función mayor que los patrones de consumo (53).

Hay también una asociación bien establecida entre los daños relacionados con el alcohol y el ingreso a nivel poblacional, en el sentido de que los lugares con ingresos más altos tienen tasas ligeramente más bajas de daños atribuibles al alcohol, probablemente debido a los beneficios que a menudo acompañan un ingreso nacional más elevado.

Entre los ejemplos de las ventajas que podrían moderar esta asociación podrían mencionarse la atención universal de salud y mejores estados de salud que están exentos de otras comorbilidades.

Pueblos indígenas

Un importante grupo social que es desproporcionadamente vulnerable a los daños relacionados con el alcohol son las poblaciones indígenas, que representan un sustancial 13% de la población en muchos países de la Región de las Américas, como Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú (54). En el 2010 se calculó que había al menos 44,8 millones de personas indígenas en la Región (55).

Son muchas las características de las poblaciones indígenas que complican el seguimiento de su consumo de alcohol y los daños que ocasiona. Al 2015, muchos países del Caribe no tenían información alguna acerca del tamaño o la composición de las poblaciones indígenas dentro de sus fronteras (56). Otros países de la Región solo vigilan a las poblaciones indí-

genas que han vivido allí históricamente y, por consiguiente, no hacen el seguimiento de las poblaciones indígenas que migraron más recientemente (56). A pesar de estas brechas en cuanto a vigilancia y conocimiento, los pocos datos que sí están disponibles indican que las poblaciones indígenas tienen un elevado riesgo de sufrir daños relacionados con el alcohol. Las poblaciones indígenas a menudo combinan múltiples factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol. Por ejemplo, aunque las poblaciones indígenas comprenden 8% de la población total de América Latina y el Caribe, también representan 14% de los pobres y 17% de los extremadamente pobres (es decir, personas que viven con menos de US\$ 2,50 al día) (56). Los jóvenes indígenas son especialmente vulnerables a la iniciación temprana en el alcohol y empiezan a beber a edades más tempranas que otros grupos (57), lo cual es un factor de riesgo bien establecido de desarrollar dependencia del alcohol en etapas posteriores de la vida (18). La iniciación temprana en el consumo de alcohol puede dar lugar a un nivel más bajo de escolaridad y llevar a un mayor gasto en bebidas alcohólicas que pueden contribuir a la disminución del ingreso, la falta de alimentos y la pobreza (58). De manera análoga, los jóvenes indígenas de América del Norte que dicen haber sentido discriminación corren un riesgo mayor de padecer trastornos por el consumo de alcohol (59). El consumo frecuente de bebidas alcohólicas es también un factor de riesgo de que los hombres indígenas de México cometan actos de violencia contra su pareja íntima (60), y el alcohol aumenta el riesgo de suicidio en las poblaciones indígenas de toda América Latina (61).

En un estudio de caso de Venezuela se analiza el contexto histórico y cultural del consumo de alcohol donde se acostumbraba, antes de 1945, producir un alcohol de un porcentaje muy alto como parte de las tradiciones indígenas (62). El alcohol se consideraba un ofrecimiento sagrado y esencial que debían consumir todos los miembros de la comunidad: hombres, mujeres, niños y niñas, y hasta las embarazadas (62). Sin embargo, el impacto del consumo del alcohol sobre la salud de las embarazadas y la población infantil es profundo. La prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo en la población general de la Región de las Américas es de 11,2%, lo que puede tener efectos negativos tanto para la madre (por ejemplo, mortalidad materna) como para el recién nacido (por ejemplo, tasas elevadas de mortinatos, nacimientos prematuros y de peso bajo al nacer que pueden ocasionar trastornos para toda la vida conocidos como trastornos fetales causados por el alcohol) (63).

El impacto del colonialismo ha dejado una cicatriz visible en las comunidades indígenas. La dura realidad de sus vidas cotidianas, que son el resultado directo de influencias coloniales, se complica aún más por los múltiples factores socioculturales interconectados que determinan la salud. La falta de acceso a tierra, la vivienda inadecuada y las condiciones de hacinamiento tienen una repercusión profunda sobre los pueblos indígenas que puede causar mayor estrés emocional, traumas y falta de espacio personal, todo lo cual puede a su vez contribuir a una mayor dependencia del alcohol (58). Además, las comunidades autóctonas son generalmente desplazadas de sus espacios geográficos, lo que afecta su acceso a alimentos nutritivos (y la seguridad alimentaria general) y a los servicios de atención de salud (58).

Los determinantes socioculturales de la salud demuestran el profundo impacto del alcohol sobre esta población desatendida. La influencia de la civilización occidental ha transformado su vida; sin embargo, también la ha dejado sin herramientas y aptitudes para adaptarse plenamente a este nuevo cambio. Es necesario prestar mayor atención a la reducción de las cargas y a obtener resultados mejores y equitativos en materia de salud para esta población. Lo que es más importante, las medidas futuras deben tener en cuenta la perspectiva y el conocimiento tradicional de los pueblos indígenas, especialmente en lo que se refiere a su salud. .

Morbilidad

El alcohol es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades y traumatismos, pero la mayoría de los daños relacionados con el alcohol no son mortales. La **discapacidad** surge de las consecuencias físicas o psicológicas del consumo de alcohol que impiden que una persona goce de un nivel de plena salud que de otro modo hubiera tenido. Existen dos tipos de daños que a menudo están íntimamente relacionados con los niveles generales de discapacidad atribuible al alcohol en un lugar: los daños que se sufren durante la niñez y las afecciones graves. En la presente sección se examinan primero cuatro causas clave de discapacidad en la Región de las Américas: síndrome de alcoholismo fetal, trastornos por consumo de alcohol, lesiones y trastornos cardiovasculares. Seguidamente se describen y utilizan tres indicadores para cuantificar la carga de enfermedad atribuible al alcohol en la Región en el 2016.

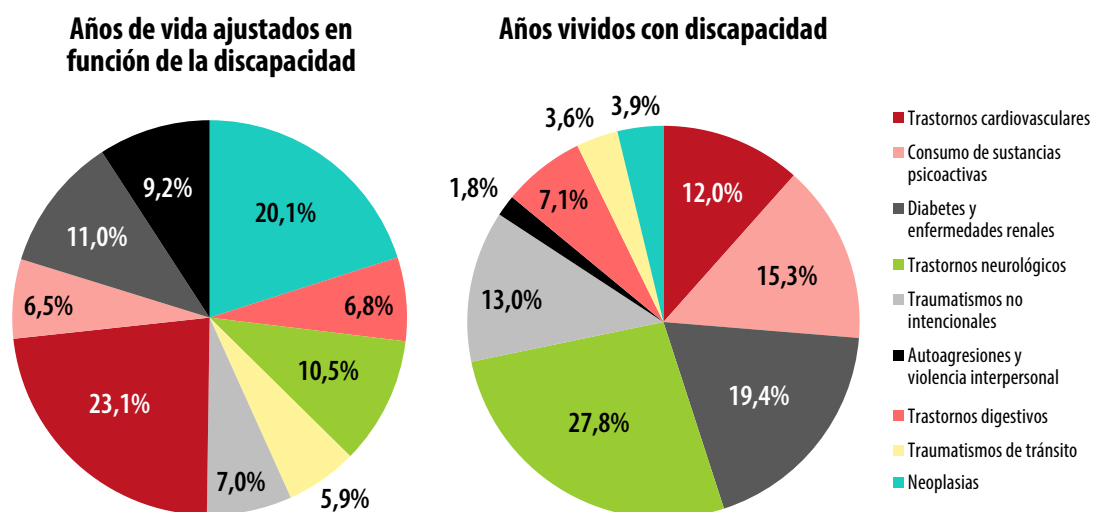
Indicadores de morbilidad

Años de vida ajustados en función de la discapacidad

Se puede calcular un nivel promedio de discapacidad usando los **años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)**, donde cada AVAD representa un año completo de vida sana perdido. Cuando se suman a nivel de población, los AVAD proporcionan una estimación de la diferencia entre el estado de salud real y el estado de salud ideal. Luego de considerar los efectos beneficiosos y perjudiciales del alcohol para la salud, se calculó que el alcohol causó un 6,7% neto de todos los AVAD en la Región de las Américas en el 2016 (véase la figura 18 para un resumen de los AVAD por causa). En comparación con las otras regiones de la OMS, la de las Américas registró el segundo porcentaje más alto de AVAD atribuibles al alcohol. Las diferencias entre los sexos en los AVAD atribuibles al alcohol siguieron

patrones similares a los patrones de consumo: los hombres tuvieron una carga mayor de AVAD atribuibles al alcohol (99.700 AVAD en los hombres frente a 69.200 AVAD en las mujeres) porque consumieron más alcohol y de formas más riesgosas. Entre los AVAD de los hombres, los trastornos cardiovasculares (21,8%), el cáncer (17,3%) y la autoagresión y violencia interpersonal (12,9%) fueron los principales contribuyentes (figura 19). Entre los AVAD de las mujeres atribuibles al alcohol, los trastornos cardiovasculares (23,7%) y el cáncer (22,9%) también representaron porciones sustanciales. Sin embargo, los trastornos neurológicos (15,1%) y la diabetes y las enfermedades renales (12,6%) fueron la causa de una proporción mayor de los AVAD de las mujeres atribuibles al alcohol que la observada en los AVAD de los hombres atribuibles al alcohol.

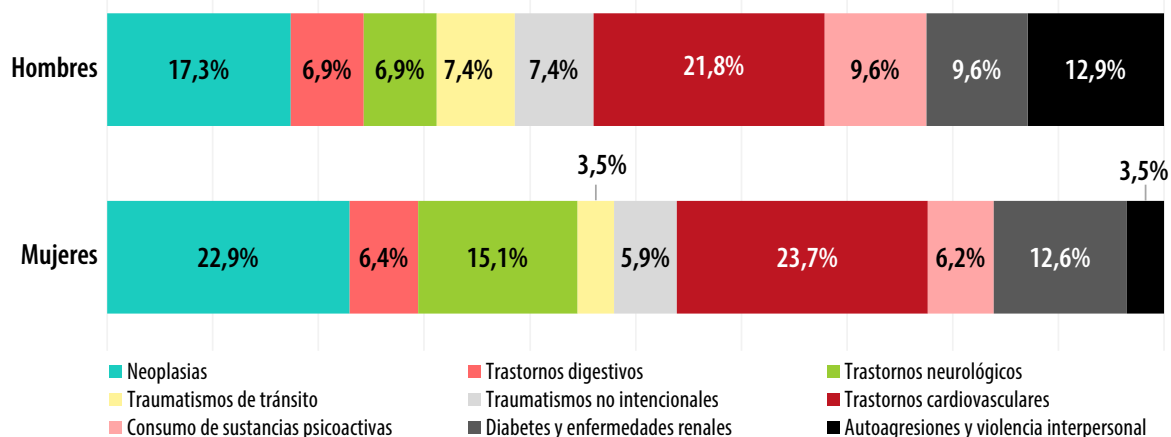
Figura 18. Porcentaje de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y años vividos con discapacidad (AVD) atribuibles al alcohol en la Región de las Américas en el 2016 por tipo de causa



NOTA: Los años de vida perdidos se tratan en la sección de mortalidad.

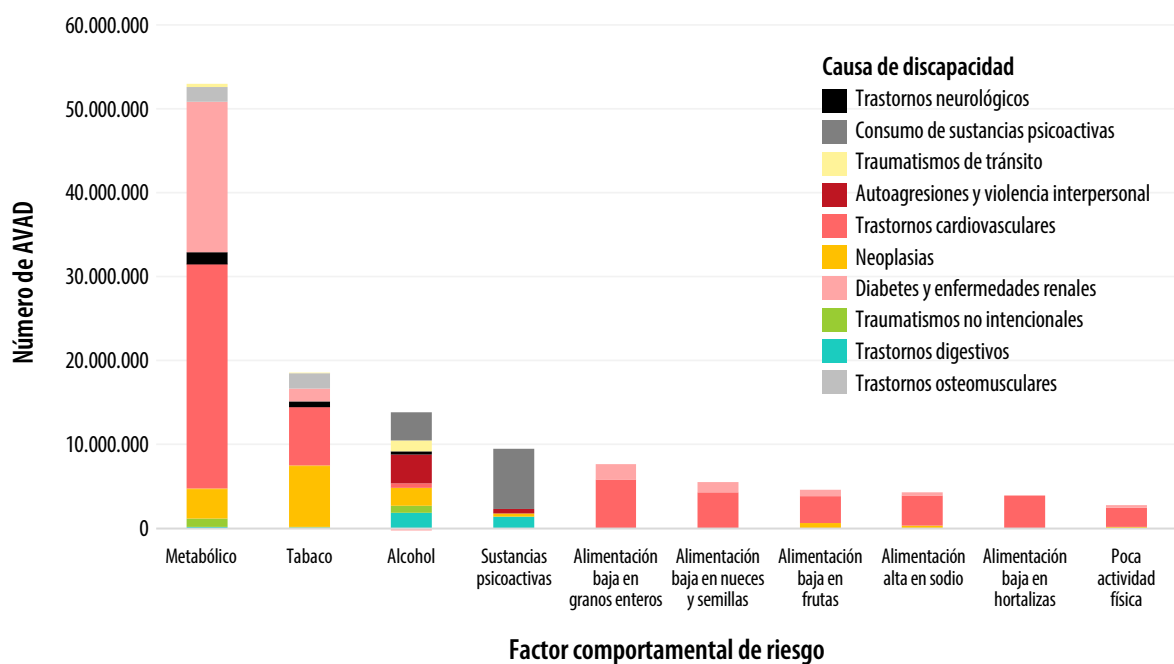
Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), 2018.

Figura 19. Porcentaje de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y años vividos con discapacidad (AVD) atribuibles al alcohol en la Región de las Américas en el 2016 por tipo de causa y género



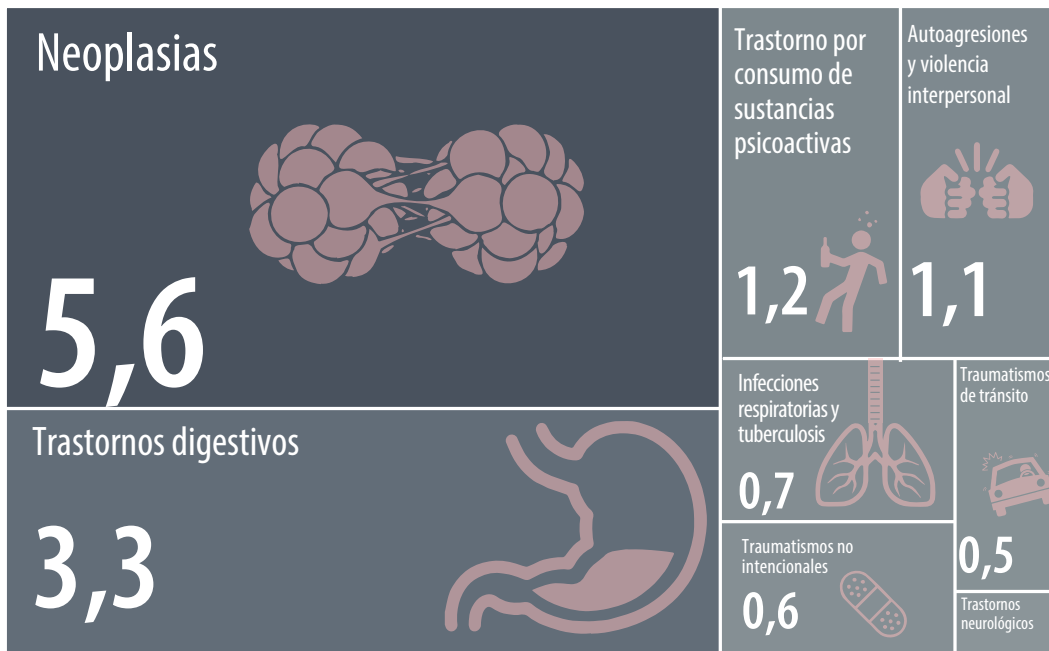
Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Global Burden of Disease 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), 2018.

Figura 20. Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles a los principales factores comportamentales de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles (ENT) en la Región de las Américas, 2016

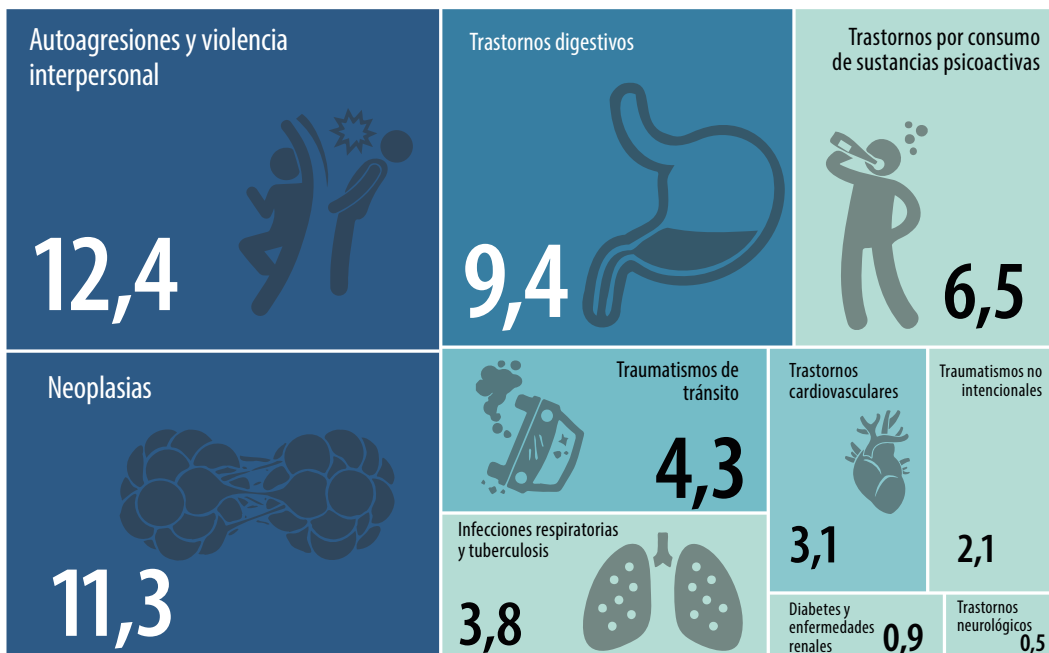


Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Global Burden of Disease 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), 2018.

Figura 21. Tasas de enfermedades y lesiones atribuibles al alcohol por 100.000 personas en la Región de las Américas por tipo de afección y género, 2016



Hombres



Mujeres

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

Años vividos con discapacidad

Existen tres causas principales que contribuyen a los **años vividos con discapacidad (AVD)** en la Región de las Américas. Los trastornos por consumo de alcohol representaron la gran mayoría de los AVD —3 de cada 5— en el 2016 (figura 18). Esto se debe probablemente a que los trastornos por consumo de alcohol son inusualmente comunes en la Región, se producen en los primeros años de la edad adulta y son afecciones relativamente graves. Las otras dos causas primarias de los AVD son las lesiones no intencionales y los trastornos neurológicos (que incluye el síndrome de alcoholismo fetal y los trastornos fetales causados por el alcohol). Aparte de las tres mencionadas, ninguna otra causa contribuyó más de 5% de los AVD en la Región.

Causas de morbilidad

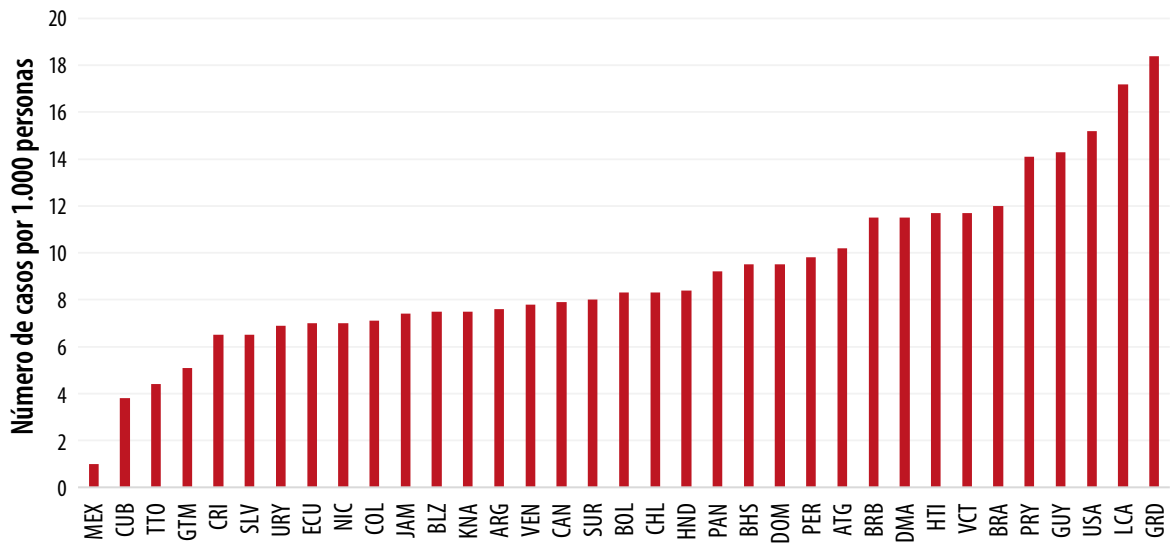
Síndrome de alcoholismo fetal y trastornos fetales causados por el alcohol

El alcohol es un **teratógeno**, que es un agente que puede atravesar la placenta y causar malformaciones de los embriones en desarrollo. Esto significa que el consumo de alcohol por parte de mujeres en edad reproductiva entraña riesgos únicos, especialmente cuando se considera que el consumo de alcohol y drogas también puede demorar el reconocimiento de que la mujer está embarazada (64). La exposición prenatal al alcohol, en particular durante el primer trimestre, tiene consecuencias graves, incluido los mortinatos, los abortos espontáneos, el peso bajo al nacer y los **trastornos fetales causados por alcohol** (65, 66). “Trastornos fetales causados por el alcohol” es un término general que incluye varias afecciones específicas, una de las cuales es el **síndrome alcohólico fetal**. El síndrome alcohólico fetal es una de las consecuencias más graves de la exposición prenatal al alcohol: es una afección de toda la vida caracterizada por daños al sistema nervioso central, anomalías congénitas, deficiencias de crecimiento y déficits en el desarrollo cognoscitivo, comportamental y emocional. A nivel mundial, la Región de las Américas y Europa tienen las tasas más elevadas de trastornos fetales causados por el alcohol (67).

En un metanálisis reciente se estableció la prevalencia de la exposición prenatal al alcohol y los trastornos fetales causados por el alcohol en América del Norte. Una de cada 10 embarazadas (10,0%) en Canadá consumió alcohol, mientras que una de cada siete (14,8%) embarazadas en Estados Unidos consumieron alcohol (67). Las tasas de exposición prenatal al alcohol son mucho más altas en las poblaciones indígenas. Por ejemplo, aproximadamente una de cada tres mujeres indígenas (36,5%) de Canadá bebió alcohol durante el embarazo (67). De manera análoga, dos de cada cinco mujeres indígenas (42,9%) de Estados Unidos bebieron durante su embarazo (67). Tanto en Estados Unidos como en Canadá, aproximadamente 3,0% de las mujeres del público general tuvieron CEE estando embarazadas (67). Sin embargo, en las poblaciones del norte, 22,1% bebió de manera excesiva durante su embarazo en Canadá y 14,6% lo hizo en Estados Unidos (67). Los investigadores también han usado modelos estadísticos para estimar los porcentajes de la población que bebieron durante el embarazo. En estos modelos, aproximadamente 11,2% de las mujeres consumieron alcohol estando embarazadas en toda la Región (67).

A nivel mundial, uno de cada 13 bebés nacidos de mujeres que consumieron alcohol durante su embarazo tendrá trastornos fetales causados por el alcohol (67). En la figura 22 se muestra el número de casos de trastornos fetales causados por el alcohol por 1.000 nacidos vivos en la Región en el 2012. En promedio, cerca de 9 de 1.000 niños nacidos en la Región en el 2012 tuvieron este tipo de trastornos (68). Granada (18,4), Santa Lucía (17,2) y Estados Unidos (15,2) registraron las tasas más elevadas de trastornos fetales causados por el alcohol, mientras que Trinidad y Tobago (4,4), Cuba (3,8) y México (1,0) tuvieron las más bajas (68). En todos los países excepto México, la prevalencia de trastornos fetales causados por el alcohol fue superior al 1% (68). Como señalan Lange et al. (2017), esto significa que los trastornos fetales causados por el alcohol son más comunes en estos países que el síndrome de Down, la espina bífida y la trisomía en Estados Unidos de América.

Figura 22. Prevalencia (#) de casos de trastorno fetal causado por el alcohol por 1.000 personas en la Región de las Américas por país, 2012



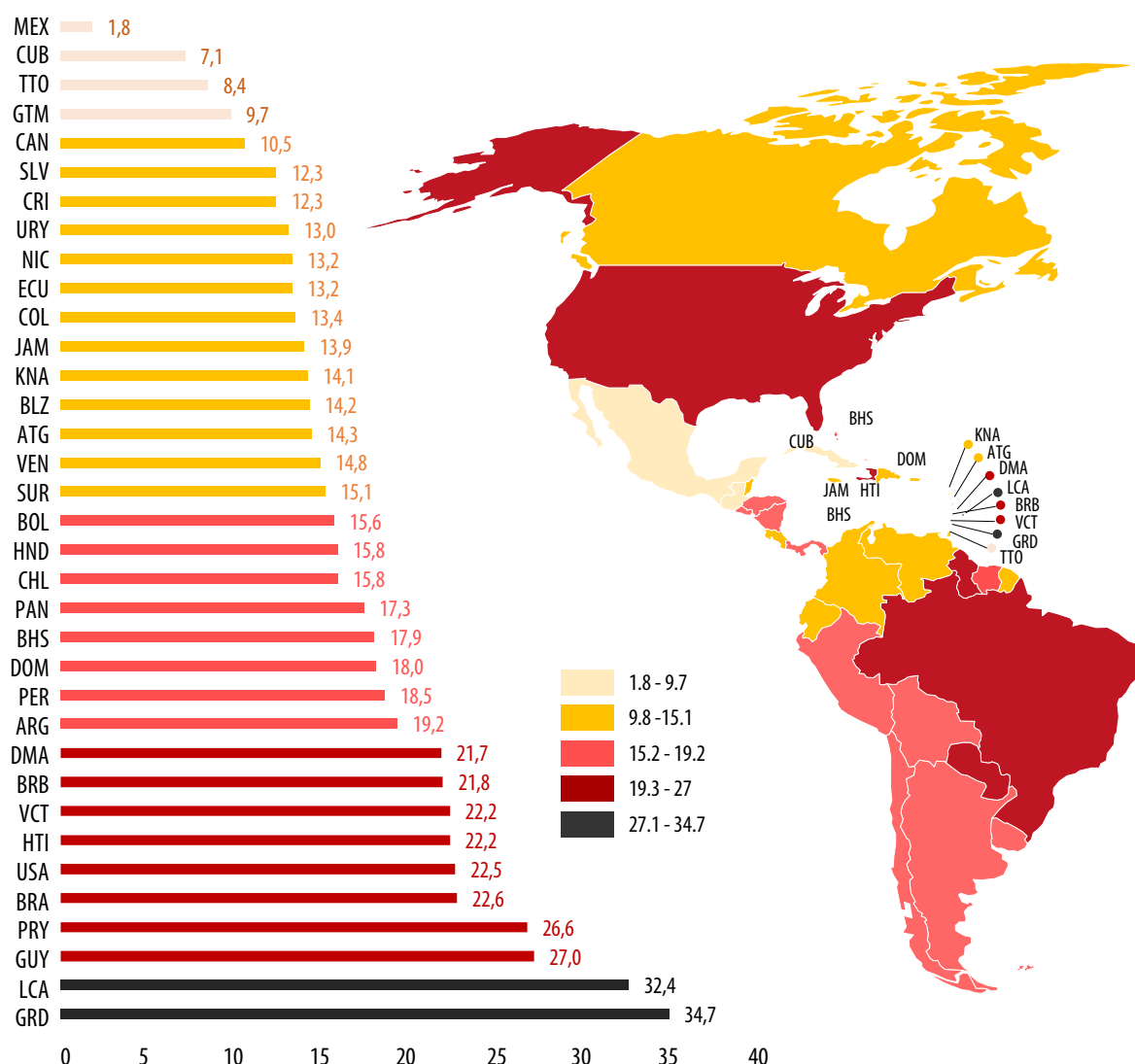
Fuente: Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948-956.

En la figura 23 se muestra la prevalencia del síndrome de alcoholismo fetal en la Región en el 2012. Hubo un promedio de 16,6 casos de síndrome de alcoholismo fetal por 10.000 nacidos vivos en la Región en el 2012 (67). La prevalencia más alta de este síndrome se registró en Granada (34,7 casos por 10.000 nacidos vivos) y Santa Lucía (32,4 casos por 10.000 nacidos vivos). Se observan tasas atípi-

camente elevadas del síndrome de alcoholismo fetal en el Caribe no latino (20,6 por 10.000 personas), la zona andina (18,4 por 10.000 personas) y el Cono Sur (16,6 por 10.000 personas) (67). Todas estas tasas subregionales están por encima del promedio mundial de 14,6 casos de síndrome de alcoholismo fetal por 10.000 personas (67).



Figura 23. Prevalencia (número) de casos de síndrome alcohólico fetal por 10.000 personas en la Región de las Américas, por país, 2012



NOTA: Colores determinados con base en umbrales naturales o Jenks.

Fuente: Lange, Shannon et al. Prevalencia real y prevista del consumo de alcohol durante el embarazo en América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica sistemática y metanálisis. Revista Panamericana de Salud Pública. 41, e89, 8 Jun. 2017, doi:10.26633/RPSP.2017.89

Trastornos debidos al consumo de alcohol

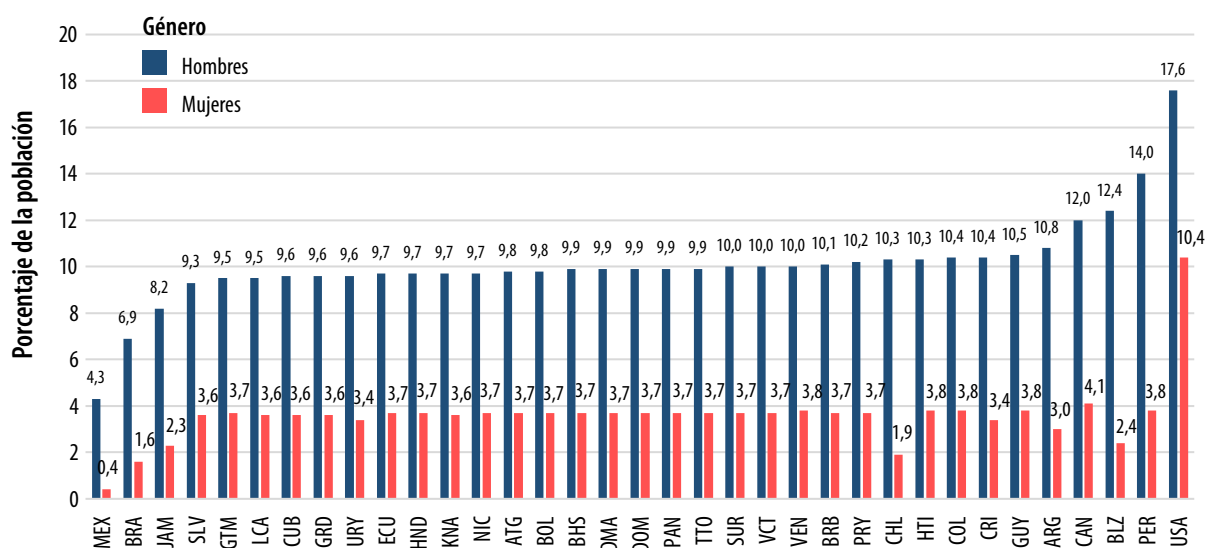
El alcohol sigue siendo la única sustancia psicoactiva y adictiva legal, y 15,4% de las personas que prueban el alcohol se tornan dependientes (69). Los **trastornos por consumo de alcohol** son trastornos crónicos marcados por el deterioro de la capacidad para limitar la cantidad de alcohol consumida. Estos trastornos pueden clasificarse a lo largo de un continuo que va desde leve hasta grave. La gravedad de estos trastornos (definida como el número de síntomas de la dependencia del alcohol) aumenta de una manera más o menos lineal a medida que aumenta al APC (70), incluso en los países con un patrón de consumo excesivo más intermitente, donde el alcohol se consume con irregularidad, pero en grandes cantidades.

La discapacidad resultante de los trastornos por consumo de alcohol incluye a las personas con dependencia del alcohol (el extremo grave del espectro de trastornos) así como a los consumidores que sufren daños físicos, mentales o sociales por su consumo de alcohol (el extremo leve del espectro). Los trastornos por consumo de alcohol están asociados a un alto riesgo de padecer otras afecciones, pero este riesgo no es igual para todos. Las tasas de mortalidad en las mujeres con trastornos por consumo de alcohol son aproximadamente entre 50% y 100% más altas que las tasas de mortalidad de los hombres por suicidios, lesiones relacionadas con el alcohol, cardiopatías y hepatopatías (38). Si bien las intervenciones pueden ser eficaces para tratar los trastornos por consumo de alcohol, algunas alcanzan las tasas más bajas de tratamiento de todos los trastornos de salud mental (71).

La tasa de trastornos por consumo de alcohol en hombres fue aproximadamente dos veces la tasa de las mujeres en la Región de las Américas en el 2016; cerca de uno de cada 9 hombres (11,5%) y una de cada 20 mujeres (5,1%) tuvieron un trastorno por consumo de alcohol (figura 24). De manera análoga, aproximadamente uno de cada 17 hombres presentaba dependencia del alcohol (5,8%), pero menos de la mitad de esa cifra —solo una de cada 40 mujeres (2,5%)— cumplía los criterios de dependencia. Aunque un número menor de mujeres cumplía los criterios sobre los trastornos por consumo de alcohol, las mujeres que consumen altos niveles de alcohol con el transcurso del tiempo tienden a tener un riesgo mayor de desarrollar este tipo de trastornos que los hombres que consumen volúmenes similares. Por un fenómeno denominado “telescopio”, las mujeres tienden a comenzar a consumir alcohol a mayor edad, pero progresan más rápidamente a etapas problemáticas del consumo que los hombres con trastornos por consumo de alcohol (72).

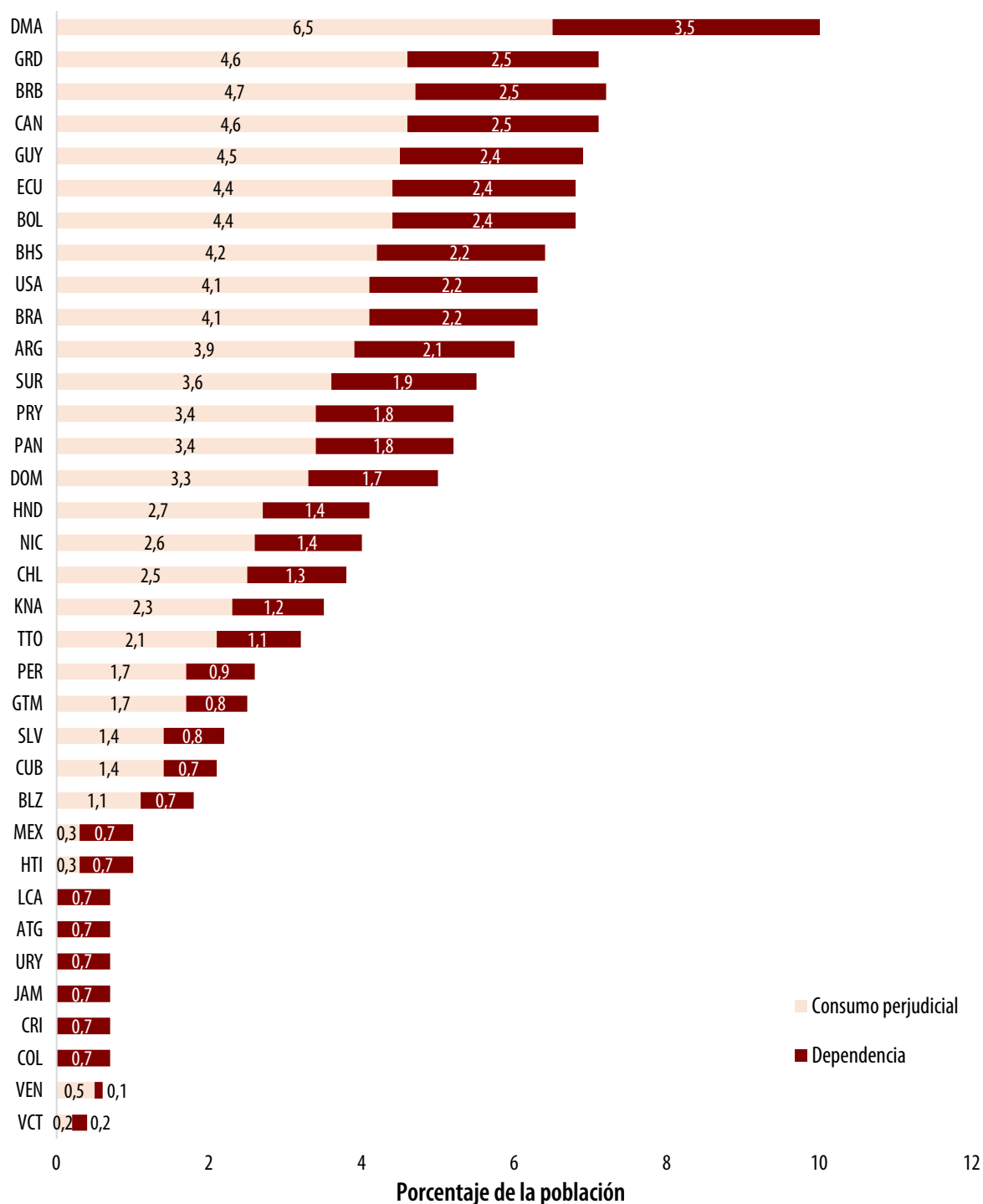
En el 2016, América del Norte (8,1%) y América Latina y el Caribe (6,7%), respectivamente, tuvieron el segundo y tercer porcentajes más altos de la población que cumplieron los criterios de un trastorno por consumo de alcohol (datos no mostrados). Solo Europa (8,3%) registró un porcentaje mayor de la población con este tipo de trastornos. En la Región de las Américas, casi uno de cada 15 adultos (6,7%) satisfizo los criterios de un trastorno por consumo de alcohol en el 2016, valor que es 26,4% mayor que el promedio mundial (5,3%). Los países de la Región donde estos trastornos fueron más comunes tendieron a encontrarse en América del Sur (figura 25). Por ejemplo, Perú (8,9%), Guyana (7,2%), Colombia (7,0%) y Paraguay (7,0%) tuvieron algunos de los porcentajes más altos de adultos con un trastorno por consumo de alcohol. Además de este patrón geográfico, la prevalencia de este tipo de trastornos aumentó con los ingresos. Los países con porcentajes altos de personas que cumplen los criterios de los trastornos por consumo de alcohol tendieron a tener ingresos mediano-altos (por ejemplo, Belice, Perú) o altos (por ejemplo, Canadá, Estados Unidos).

Figura 24. Prevalencia (%) de trastornos por consumo de alcohol en la Región de las Américas, por país y género, 2016



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Alcohol use disorders (15+), 12 month prevalence (%), Harms and Consequences, Morbidity.* Puede encontrarse: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Figura 25. Prevalencia (%) de trastornos por consumo de alcohol en la Región de las Américas, por país, 2016



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Alcohol use disorders (15+), 12 month prevalence (%), Harms and Consequences, Morbidity.* Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

En promedio, 4,1% de los habitantes de la Región cumplieron los criterios que definen la dependencia del alcohol, lo que constituye el porcentaje más alto del mundo; el promedio mundial fue de 2,6%. En el continente, Dominica es un resultado atípico, con 3,5% de la población con dependencia del alcohol en el año anterior. Además, algunos países del Caribe

no latino (Granada, Bahamas y Guyana), América del Norte (Canadá y Estados Unidos), Cono Sur (por ejemplo, Argentina y Brasil) y la zona andina (Bolivia y Ecuador) también tuvieron tasas altas de prevalencia de la dependencia del alcohol.

Traumatismos

Los traumatismos son una de las causas principales de muerte en los jóvenes, y el alcohol es una de las causas principales de traumatismos. Dado que los traumatismos en los que ha tenido que ver el alcohol se asocian con los jóvenes, estas pueden representar un costo particularmente alto si dan lugar a discapacidad permanente o muerte. El consumo de alcohol puede aumentar las probabilidades de sufrir traumatismos intencionales (por ejemplo, violencia interpersonal, suicidio) o no intencionales (por ejemplo, caídas, ahogamientos, quemaduras, intoxicación, incluida la intoxicación etílica). Cuando el consumo de alcohol se vincula con los traumatismos, es la intensidad del consumo lo que define el riesgo de traumatismo, porque determina el nivel de intoxicación. A medida que aumenta la intoxicación, el alcohol deteriora el control de los impulsos, las capacidades psicomotoras y los procesos decisorios (73). Esto da lugar a una asociación dosis-respuesta exponencial entre el alcohol y el riesgo de traumatismo (74, 75). Además de aumentar la probabilidad de sufrir traumatismos, el alcohol también puede aumentar su gravedad (74, 76). Por ejemplo, en un metanálisis reciente se concluyó que un nivel bajo de consumo de alcohol (por ejemplo, entre 1 y 3 bebidas alcohólicas estándar para las mujeres y entre 1 y 4 bebidas alcohólicas estándar para los hombres) está asociados a aproximadamente 2,7 veces las probabilidades de un intento de suicidio, pero este valor aumentó a 37,2 veces las probabilidades con niveles altos de consumo de alcohol (por ejemplo, 4+ bebidas alcohólicas estándar para las mujeres y 5+ bebidas alcohólicas estándar para los hombres) (77). En lugares como la Región de las Américas, donde un número menor de bebedores está aumentando la cantidad de alcohol que consumen cuando lo hacen, la carga de los traumatismos relacionados con el consumo de alcohol tiene probabilidades de aumentar.

La violencia interpersonal, incluidas la violencia de pareja y la violencia contra los niños, es un tipo de traumatismo particularmente prevalente en las Américas. Si bien el alcohol no es necesario ni suficiente para causar violencia, es un factor de riesgo prominente, y el riesgo difiere por género. Por ejemplo, el alcohol fue uno de los factores contribuyentes que con mayor frecuencia notificaron las mujeres que sufrieron violencia a manos del compañero íntimo en las encuestas de la Región (78, 79). Además, se observó en un metanálisis que el consumo o consumo indebido del alcohol mostraba una asociación entre moderada y fuerte con la violencia interpersonal del hombre hacia la mujer y una asociación pequeña con la violencia interpersonal de la mujer hacia el hombre (80).

Trastornos cardiovasculares

En todo el mundo, los trastornos cardiovasculares son la principal causa de muerte. Es de destacar que la asociación entre el alcohol y los trastornos cardiovasculares ha sido objeto de gran controversia. La denominada “paradoja francesa” —la creencia de que el consumo moderado de alcohol, en particular el vino tinto, disminuye las probabilidades de desarrollar cardiopatías— sigue siendo tema común de conversación hasta el día de hoy. Sin embargo, es cada vez mayor la preocupación de que los estudios que señalaron estos efectos protectores quizá no hayan definido apropiadamente los niveles de riesgo del alcohol. Estos estudios a menudo combinan a abstemios de toda la vida con antiguos bebedores, también llamados “exconsumidores enfermos”. Muchos exconsumidores dejan de ingerir alcohol porque empiezan a acumular las secuelas de su consumo. El mezclar al grupo saludable de abstemios de toda la vida con el grupo de exconsumidores enfermos haría que los abstemios de toda la vida parecieran más enfermos de lo que verdaderamente están, lo que, a su vez, haría que los bebedores moderados lucieran más saludables de lo que realmente son (81). Si esta hipótesis es cierta, significa que los beneficios que a menudo se mencionan del consumo moderado son solo un elemento de confusión residual.

Los investigadores están trabajando activamente para aclarar la relación del alcohol con los trastornos cardiovasculares, y el consenso emergente es que dicha relación es complicada (82, 83). Unos volúmenes más altos y patrones de consumo más riesgosos están asociados a un riesgo mayor de padecer cardiopatía hipertensiva (84), miocardiopatía (85), accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y otros accidentes cerebrovasculares no isquémicos (66). La asociación entre el alcohol y las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares es más matizada. Los consumidores que mantienen un consumo de volúmenes de alcohol bajos tienden con el transcurso del tiempo a tener un riesgo menor de padecer estas afecciones, pero esto solo ocurre si no beben en exceso, incluso ocasionalmente (82, 86). Si los consumidores presentan consumo excesivo episódico de alcohol, no solo se evaporan los efectos cardioprotectores, sino que además aumenta el riesgo de sufrir cardiopatías isquémicas (82, 86).

Mortalidad

Si bien la mayoría de los daños relacionados con el alcohol no son mortales, el alcohol desempeña una función mucho mayor entre las causas de los daños más graves. Al igual que en la sección sobre morbilidad, esta sección comienza por examinar algunas de las principales causas de muerte relacionadas con el alcohol en la Región de las Américas: violencia interpersonal, traumatismos por colisiones de tránsito, neoplasias malignas (cáncer) y hepatopatías. Luego se describe y utiliza un conjunto de indicadores para cuantificar la carga de la mortalidad atribuible al alcohol en la Región en el 2016.

Indicadores de mortalidad

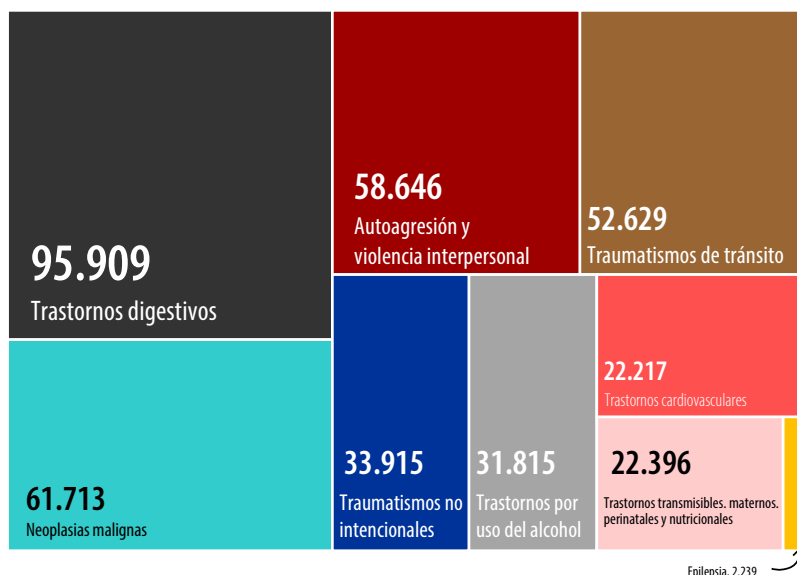
Número de muertes y tasas de mortalidad

El alcohol fue la causa de más de 379.000 muertes en la Región de las Américas en el 2016.⁶ Comparada con el resto del mundo, la Región de las Américas registró tasas más altas de muertes atribuibles al alcohol por 100.000 habitantes debidas a trastornos por consumo de alcohol (2,9 frente a 1,9). Las tasas de mortalidad por trastornos digestivos (8,4),

neoplasias malignas (5,1) y epilepsia (0,2) atribuibles al alcohol fueron similares a las del resto del mundo. En el continente, los trastornos digestivos (95.909), las neoplasias (61.713) y la autoagresión y la violencia interpersonal (58.646) atribuibles al alcohol fueron las causas de muerte que cobraron la mayor cantidad de vidas en el 2016 (figura 26).

De las 379.031 muertes, 320.623 (84,6%) fueron hombres y las otras 58.408 (15,4%) fueron mujeres. En la figura 27 se muestran las tasas de muertes de hombres y mujeres atribuibles al alcohol en la Región de las Américas en el 2016 (87). Las muertes por causas atribuibles al alcohol en la Región fueron desproporcionadamente en hombres; en promedio, se registraron aproximadamente 832,0 muertes atribuibles al alcohol por 10.000 hombres y 156,7 por 10.000 mujeres. La tasa de mortalidad atribuible al alcohol por 10.000 personas fue más baja en los países de ingresos altos tanto para los hombres (751,5) como para las mujeres (125,3) y fue más alta en los países de ingresos mediano-altos (hombres: 856,6; mujeres: 158,0) y mediano-bajos (hombres: 861,3; mujeres: 194,5).

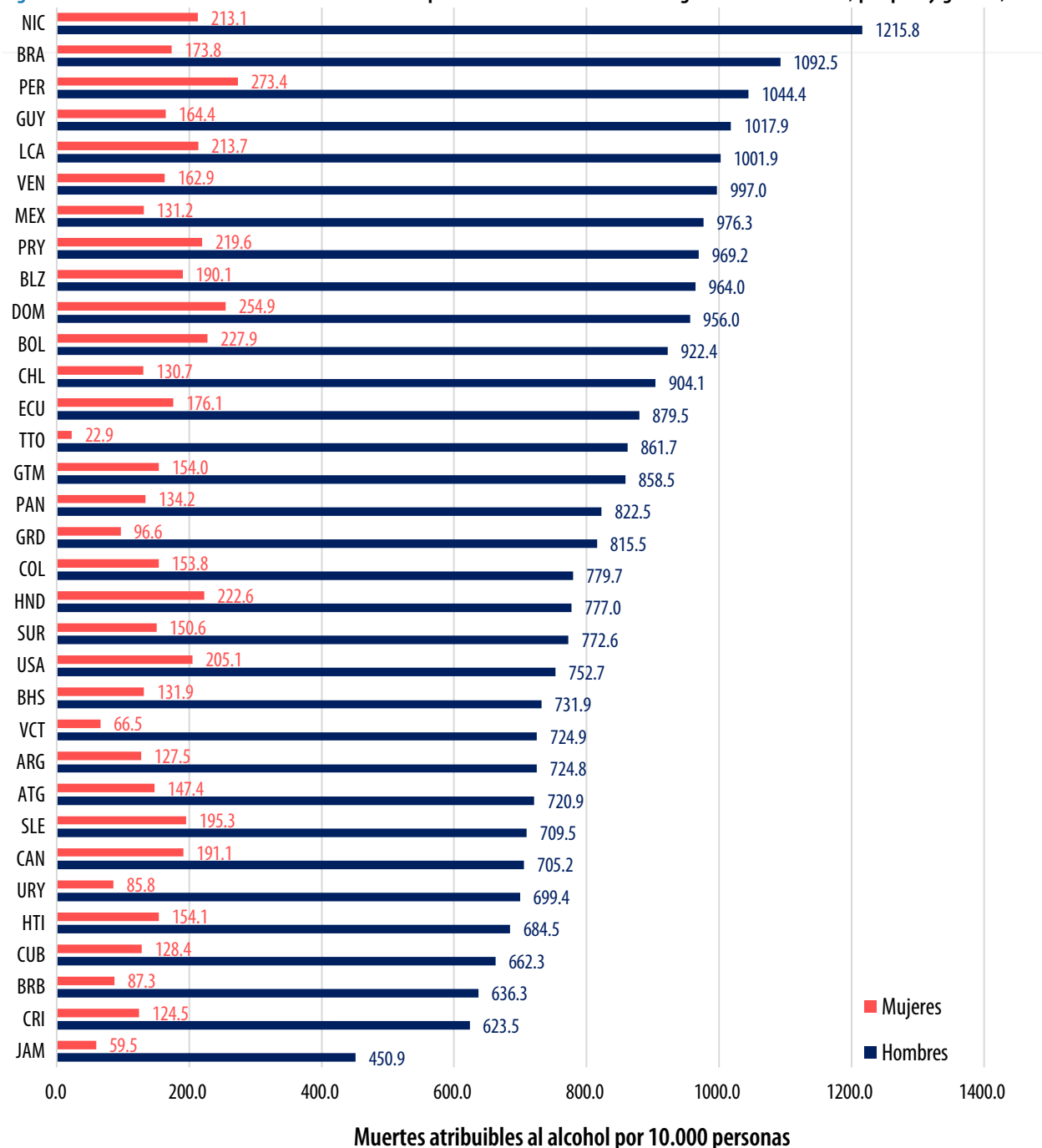
Figura 26. Número de muertes atribuibles al alcohol por causa de muerte en la Región de las Américas, 2016



NOTA: El tamaño de cada recuadro es proporcional al número de muertes. La estimación del alcohol fue hecha para no incluir 6.107 casos de diabetes en el 2016 que no se reflejan en la figura 27.

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

⁶ Esta estimación incluye las consecuencias perjudiciales y beneficiosas para la salud del consumo de alcohol. El valor presentado aquí es el número neto de muertes (perjudicial - beneficioso). IMPORTANTE: Esta transmisión es para uso por el destinatario previsto y puede contener información privilegiada, patentada o confidencial. Si usted no es el destinatario previsto o la persona responsable de hacer llegar esta transmisión al destinatario previsto, no puede revelar, copiar o distribuir esta transmisión ni tomar medida alguna con base en la misma. Si recibió esta transmisión por error, sírvase borrarla. Gracias.

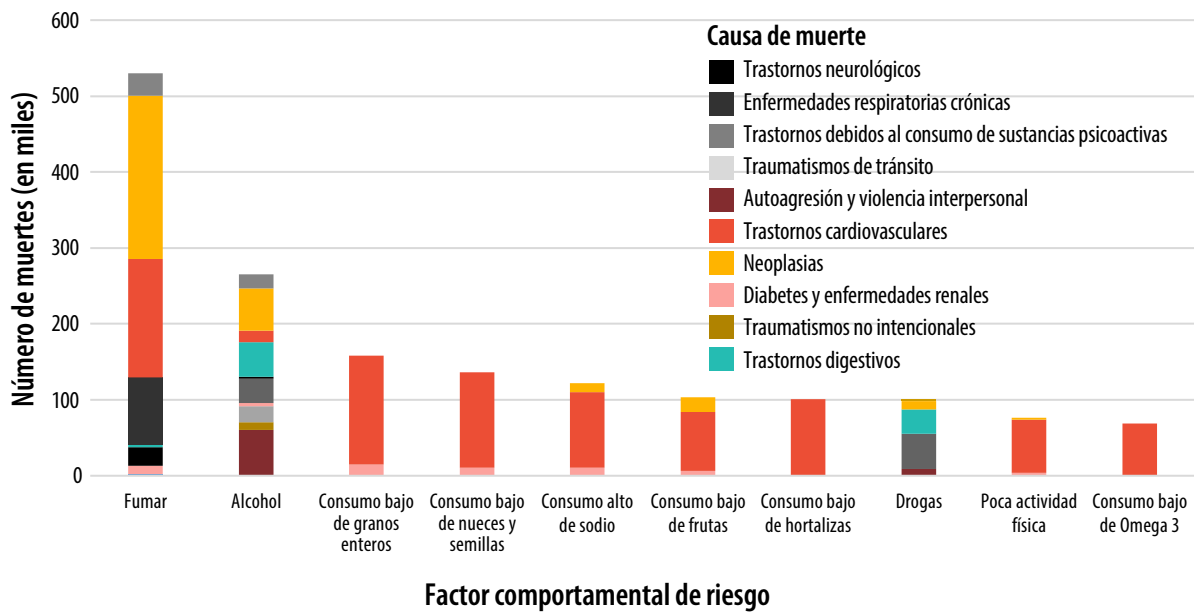
Figura 27. Tasas de mortalidad atribuible al alcohol por 10.000 habitantes en la Región de las Américas, por país y género, 2016


Fuente: Organización Mundial de la Salud. *World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDG*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016.

Al comparar las principales causas comportamentales de muerte en la Región en el 2016, el alcohol se ubicó en el segundo lugar del total (figura 28) para los hombres y en el quinto para las mujeres (49). Muchas de las principales causas de muerte atribuibles al alcohol en el continente fueron enfermedades no transmisibles como el cáncer, los trastornos cardiovasculares y la diabetes. Las **enfermedades no transmisibles (ENT)** se han convertido rápidamente en la principal causa de muerte en muchos países. La clave

para prevenir la aparición de las ENT radica en modificar los factores comportamentales de riesgo subyacentes, centrándose especialmente en los factores ambientales. El alcohol contribuye a una variedad de ENT, y es una de las razones por las que el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 incluyó amplias restricciones al consumo de alcohol.

Figura 28. Mortalidad atribuible a los principales factores comportamentales de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) en la Región de las Américas, 2016



Nota: La estimación general de muertes atribuibles al alcohol por ENT es más baja debido a las diferencias en cuanto a la forma en que el IHME hace los cálculos.

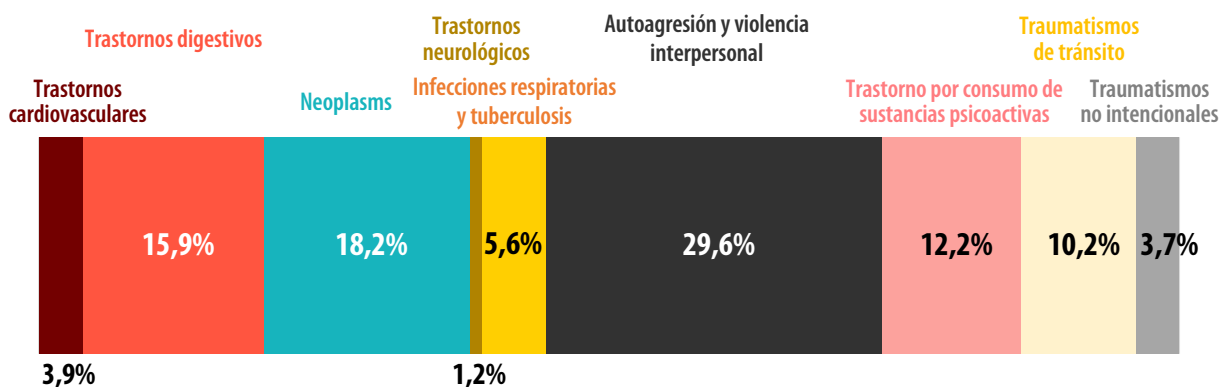
Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), 2018.

Años de vida perdidos

2017. Los **años de vida perdidos (AVP)** son un indicador que mide el impacto de las causas principales de muerte. El AVP es particularmente sensible a las muertes de jóvenes, que son importantes porque los jóvenes son un sector fundamental del mercado laboral y representan el futuro. En la figura 29 se

muestran las afecciones atribuibles al alcohol que contribuyeron a la mayor pérdida de vidas. Las causas principales de los AVP relacionados con el alcohol en la Región en el 2016 fueron la autoagresión y la violencia interpersonal (29,6%), las neoplasias (18,2%) y los trastornos digestivos (15,9%).

Figura 29. Años de vida perdidos por causas atribuibles a alcohol en la Región de las Américas, 2016, por tipo de causa



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

Causas de mortalidad

Homicidios

En una revisión sistemática reciente se concluyó que la asociación entre el alcohol y la violencia es enorme, inequívoca y se remonta a los años treinta (88). La asociación transversal entre el alcohol y la violencia interpersonal se ha observado en todos los continentes, y se registra a nivel tanto individual como poblacional. Hay una asociación clara entre el consumo de alcohol y la agresión, al punto que unas dosis más grandes de alcohol están asociadas a cargas mayores de violencia (89); de allí que la conexión entre los CEE y los homicidios sea particularmente fuerte. En otro análisis reciente que usó datos de diez países de América Latina y el Caribe se determinó que 86% de los traumatismos sufridos por personas que consumieron alcohol antes de cometer un acto de violencia interpersonal fueron causados por el alcohol, y 32,7% de todos los traumatismos fueron atribuibles al alcohol (90). Es posible que el alcohol contribuya a estos eventos porque reduce el autocontrol y la capacidad para negociar resoluciones no violentas y aumenta factores estresantes como las dificultades financieras, la tensión marital y la infidelidad.

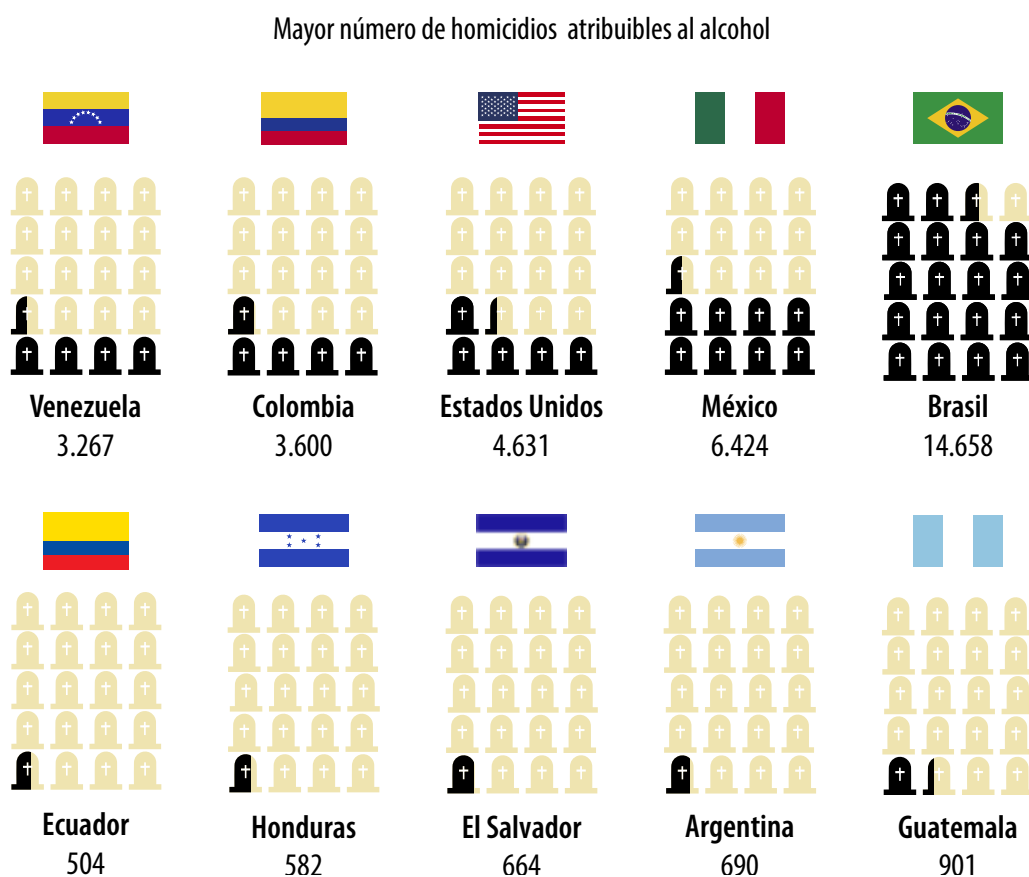
La conexión entre el alcohol y el homicidio es particularmente fuerte en los lugares donde los consumidores a menudo beben hasta la intoxicación, como la Región de las Américas. En un estudio se calculó que en Estados Unidos, 48% de las personas en prisión por homicidio habían consumido alcohol antes de cometer el crimen, y 37% estaban intoxicadas al momento de cometer el homicidio (91, 92). Además, aproximadamente una de cada tres víctimas de homicidio estaba intoxicada en el momento del homicidio (91, 92). Los hombres y los adultos jóvenes (de 21 a 29 años de edad) conforman un segmento grande de las víctimas de homicidio que dieron positivo por alcohol y también tienen probabilidades sustancialmente mayores de estar intoxicados en el momento del homicidio (93).

En la figura 30 aparecen los países con el número mayor de homicidios atribuibles al alcohol, así como los países donde los homicidios atribuibles al alcohol representaron el mayor porcentaje de muertes. Los mayores números de muertes por homicidios atribuibles al alcohol se registraron en los países con mayor población (Brasil, México y Estados Unidos). Las tasas más elevadas de muertes por violencia atribuible al alcohol se registraron en El Salvador (35,0 muertes por 100.000), Venezuela (34,3 muertes por 100.000), Belice (24,3 muertes por 100.000), Colombia (24,2 muertes por 100.000) y Brasil (21,7 muertes por 100.000). Sin embargo, la diferencia más grande entre la tasa de mortalidad correspondiente a los hombres y la población general se observó en Trinidad y Tabago (3,3), Panamá (3,3), Estados Unidos (3,3), Venezuela (3,2), Santa Lucía (3,2) y Uruguay (3,2).

Brasil es un resultado atípico con respecto a los homicidios atribuibles al alcohol: el país registró 3,3 veces más homicidios atribuibles al alcohol que Estados Unidos en el 2016, aunque solo tiene 62% de la población. Los investigadores han examinado el vínculo entre el alcohol y la violencia interpersonal en Brasil en los últimos años, y los resultados demuestran que esa relación es compleja. Por ejemplo, en un estudio en São Paulo se determinó que un tercio (32,4%) de las víctimas de homicidios dieron positivo por alcohol (94). Además, incluso aquellas personas que tuvieron traumatismos no mortales por causa de la violencia interpersonal tienen un riesgo mayor de morir a largo plazo; las mujeres brasileñas víctimas de violencia tienen un riesgo de muerte ocho veces mayor que el de la población general (95).



Figura 30. Los diez países con el mayor número de homicidios atribuibles al alcohol en la Región de las Américas en el 2016



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

Traumatismos por colisiones de tránsito

El alcohol es una causa principal de traumatismos debidos al tránsito. La abrumadora mayoría (90,0%) de las muertes causadas por el tránsito ocurre en los países de ingresos bajos y medianos, aunque estos países tienen 60% de las carreteras del mundo. (96). Los traumatismos por colisiones de tránsito son en gran parte un fenómeno asociado a los hombres jóvenes, y la muerte prematura en estos casos lleva un alto precio. Aproximadamente tres de cada cuatro colisiones de tránsito incluyen a un hombre joven (de 25 años o menos), y la probabilidad de que los hombres jóvenes fallezcan en una colisión de tránsito es tres veces mayor que la de las mujeres jóvenes (96). Los datos de los departamentos de urgencias de 16 países de América Latina y el Caribe indicaron que las personas que consumieron alcohol tenían probabilidades cinco veces más altas de resultar heridas en una colisión de tránsito que las personas que no habían bebido (75). Además, aproximadamente 14% de todos los traumatismos causados por incidentes de tránsito fueron atribuibles al alcohol (7% para las mujeres y 19% para los hombres) (75).

En América Latina y el Caribe, las tasas de letalidad de las colisiones de tránsito aumentaron de 14,8 a 17,9 por 100.000 entre el 2000 y el 2010, una tasa que duplica la de los países de ingresos altos (97). La carga de estas muertes por colisiones de tránsito causadas por el consumo de alcohol es desigual en la Región de las Américas; por ejemplo, las tasas de mortalidad en el Caribe no latino (13,8 por 100.000) son inferiores a los de la zona andina (18,5 por 100.000). La carga de estas muertes repercutió con frecuencia en las familias, ya que casi todas las familias de ingresos bajos (73%) que perdieron a alguien en una colisión de tránsito informó que su nivel de vida había descendido después de la colisión, y muchas de ellas (61%) tuvieron que pedir dinero prestado para sufragar sus costos (97).

Neoplasias malignas

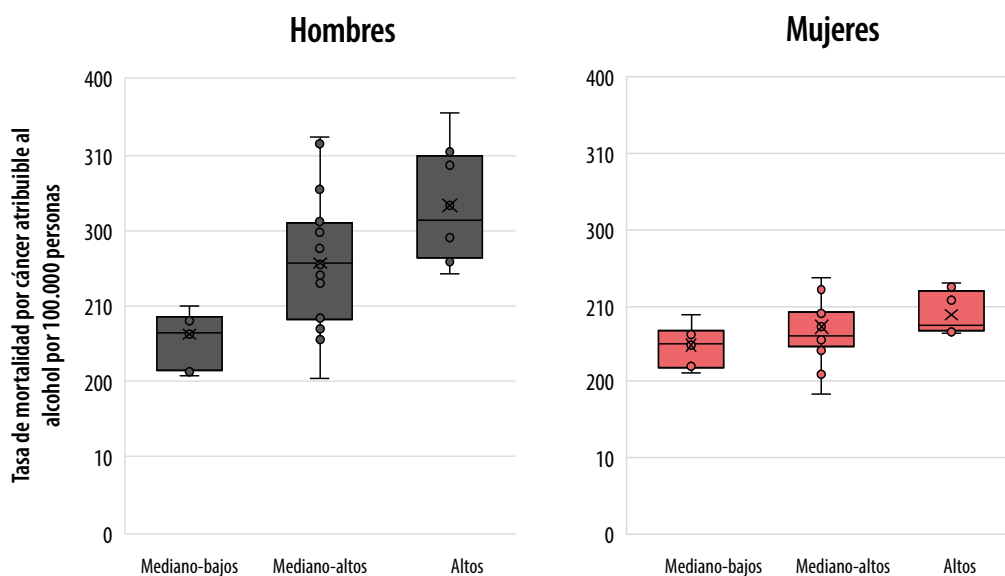
Al igual que el tabaco, el alcohol es un carcinógeno del grupo 1, lo que significa que se sabe que causa cáncer en los seres humanos (98, 99). El riesgo de contraer cáncer aumenta con cada bebida de alcohol consumida. En el caso

de las mujeres, cada bebida adicional de alcohol consumida al día aumenta hasta 10% el riesgo de cáncer (100). Desde una perspectiva de prevención del cáncer, no hay un nivel inocuo de consumo de alcohol. Los sitios del cuerpo donde el alcohol puede causar cáncer siguen el camino que el alcohol de la bebida recorre por el cuerpo: la boca, el esófago, el hígado, el estómago y la región colorrectal. El riesgo de cáncer por consumo de alcohol es más grande en las mujeres que en los hombres, debido principalmente a la gran carga del cáncer de mama en general: el alcohol es causante de aproximadamente uno de cada siete casos de cáncer de mama (15, 100). Sin embargo, el porcentaje de cáncer causado por el alcohol es mucho mayor en algunos lugares de la Región de las Américas. Por ejemplo, el alcohol fue la causa de 37% de los casos de cáncer en mujeres en el Caribe (101, 102).

A medida que los países de la Región aumentan su desarrollo, se incrementa la prevalencia y carga del cáncer (103). La asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de cáncer también difiere de acuerdo con la situación socioeconómica a nivel individual y de la sociedad. A nivel

individual, las personas de ingresos bajos tienden a correr un riesgo mayor de contraer cáncer de cabeza y cuello, mientras que las personas adineradas tienen un riesgo mayor de contraer cáncer de mama (52). A nivel de la sociedad, los ingresos pueden marcar diferencias en las tendencias. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de alcohol y las tasas de muerte por cáncer de mama están descendiendo en muchos países de ingresos altos, pero las tasas de cáncer de mama han aumentado 37% desde 1990 en el Caribe, donde es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres (104). El peso de los ingresos en la tasa de mortalidad por cáncer atribuible al alcohol puede observarse más claramente en la figura 31. La tasa de mortalidad por cáncer atribuible al alcohol normalizada según la edad aumenta linealmente de los países de ingresos bajos y mediano-bajos (hombres: 127,9 por 100.000 personas y mujeres: 123,5 por 100.000 personas) a los países de ingresos mediano altos (hombres: 178,9 por 100.000 personas y mujeres: 132,8 por 100.000 personas), hasta alcanzar los niveles más altos en los países de ingresos altos (hombres: 216,2 por 100.000 personas y mujeres: 144,3 por 100.000 personas).

Figura 31. Tasa de mortalidad por cáncer atribuible al alcohol por 100.000 personas en la Región de las Américas en 2016, por género y grupo de ingresos del Banco Mundial



Los países de ingreso altos se definen como aquellos países con un ingreso nacional bruto per cápita superior a US\$ 12.376 (30). Los países de ingresos mediano-altos se definen como aquellos países con un ingreso nacional bruto per cápita entre US\$ 3.996 y US\$ 12.375 (30). Los países de ingresos bajos y mediano-bajos se definen como aquellos países con un ingreso nacional bruto per cápita menor o igual a US\$ 3.995 (30).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Harms and Consequences, Mortality. Cancer, age-standardized death rates.* Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.














Enfermedades hepáticas

La hepatopatía es a menudo uno de los primeros tipos de daños relacionados con el alcohol que vienen a la mente, y el nexo causal entre el alcohol y el daño hepático está bien establecido. Aproximadamente de 10% a 15% de los bebedores empedernidos desarrollan cirrosis (105, 106), y el alcohol es una de las causas más frecuentes de lesión hepática. Como primera línea de defensa del cuerpo contra las toxinas externas, el hígado sobrelleva la mayor parte de la carga de los subproductos nocivos que fluyen por el cuerpo a medida que este descompone el alcohol (107). Además de las toxinas que se liberan a medida que el cuerpo metaboliza el alcohol, este también puede dañar el hígado al causar desnutrición (107). Las enfermedades hepáticas también representan una carga pesada. Casi la mitad de las personas con hepatitis alcohólica aguda morirá por causa

de esa enfermedad, y el paciente promedio con cirrosis hepática avanzada sobrevivirá solo entre 1 y 2 años después de recibir ese diagnóstico (108).

También se observan desigualdades notables en la distribución de las hepatopatías atribuibles al alcohol. Las mujeres son más susceptibles que los hombres a los efectos tóxicos del alcohol sobre el hígado, por lo que corren aproximadamente el doble del riesgo de desarrollar hepatopatías alcohólicas y cirrosis a niveles similares de consumo (109). Además, se han observado disparidades raciales y étnicas en los trastornos hepáticos en Estados Unidos de América: en términos más específicos, las personas latinas y las indígenas tienen un riesgo mayor de morir de cirrosis que los pacientes blancos (109).

Cuadro 1. Los diez países de la Región de las Américas con las tasas más altas de mortalidad por cirrosis hepática atribuible al alcohol normalizadas según la edad (por 100.000 habitantes), por país y género, 2016

| Hombres | | | Mujeres | | |
|---------------|---|---|---------------|--|---|
| Clasificación | País | Tasa de mortalidad por cirrosis hepática en hombres | Clasificación | País | Tasa de mortalidad por cirrosis hepática en mujeres |
| 1 |  Nicaragua | 67 | 1 |  Bolivia | 31 |
| 2 |  Guatemala | 61 | 2 |  Perú | 26 |
| 3 |  Perú | 58 | 3 |  Belice | 25 |
| 4 |  El Salvador | 58 | 4 |  Guatemala | 25 |
| 5 |  Guyana | 54 | 5 |  Nicaragua | 23 |
| 6 |  México | 53 | 6 |  Honduras | 22 |
| 7 |  Bolivia | 53 | 7 |  El Salvador | 21 |
| 8 |  Belice | 46 | 8 |  República Dominicana | 20 |
| 9 |  Suriname | 40 | 9 |  Ecuador | 18 |
| 10 |  Haití | 36 | 10 |  Haití | 18 |

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Harms and Consequences, Mortality. Liver cirrhosis (15+), age-standardized death rates.* Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Aunque las hepatopatías son producto del consumo de volúmenes sostenidos de alcohol, la prevalencia alta de estos trastornos significa que pueden detectarse cambios en el consumo de manera relativamente fácil usando las tendencias de las enfermedades hepáticas. Por ejemplo, la prevalencia y los niveles de consumo en las mujeres, que han aumentado en los últimos años, estuvieron asociados a un incremento de 57% de las tasas de mortalidad por cirrosis en Estados Unidos entre el 2000 y el 2015. La prevalencia de las muertes por cirrosis atribuible al alcohol varía en toda la Región de las Américas. En América del Norte, 8,8% de las muertes atribuibles al alcohol fueron por cirrosis, mientras que en Centroamérica y América del Sur las tasas son de 20,2% y 14,0%, respectivamente. Aunque, en general, la prevalencia en los hombres es mayor, no ocurre así en el Caribe (mujeres: 0,4%; hombres: 0,6%) y la subregión andina de América Latina (mujeres: 1,5%; hombres: 1,7%), donde son aproximadamente iguales.

Las investigaciones sobre las infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC) relacionadas con el alcohol continúan aumentando, lo que permite estimar la proporción de la población que tiene el VHC. Hay dos tipos de infecciones por

VHC. Las infecciones agudas a menudo persisten por menos de 12 meses y desaparecen en cerca de un tercio (30-40%) de los casos sin tratamiento médico (110). Los pacientes en los que no desaparece la infección aguda contraen infecciones crónicas por el VHC. El consumo de alcohol está asociado al aumento del riesgo de contraer infecciones por el VHC y progresar hacia etapas posteriores de la enfermedad (111-114). Para quienes tienen la infección por el VHC, cada bebida alcohólica consumida al día aumenta aproximadamente 12,6% el riesgo de desarrollar cirrosis hepática (115).

En el 2016, 3.312 personas murieron de cáncer hepático causado por el consumo de alcohol entre las personas con infección por el VHC, y otras 4.990 personas de esta población murieron de cirrosis hepática atribuible al alcohol (115). En conjunto, estos dos trastornos fueron la causa de 246.638 AVAD (115). La fracción de personas con infección por el VHC que murieron por la progresión de la enfermedad atribuible al alcohol (cáncer de hígado: 16,1%, cirrosis hepática: 15,8%) fue superada solo por la registrada en la Región de Europa (cáncer hepático: 18,3%, cirrosis hepática: 17,1%) (115).

Costo

El alcohol entraña con frecuencia un costo elevado para las sociedades. A nivel individual, el costo para la sociedad es aproximadamente \$412 por persona en Canadá (2014) y \$807 por persona en Estados Unidos (2010) (116). El **costo** incluye la carga financiera total del alcohol para una población dada. A menudo, los análisis de costos calculan el costo del alcohol para la sociedad, lo cual incluye el total de los costos pagados por los bebedores, otros (por ejemplo, víctimas de crímenes, niños nacidos con síndrome de alcoholismo fetal) y el gobierno. De estar disponibles, los datos sobre los costos pueden ayudar a los responsables de las políticas a asignar recursos para las diferentes opciones de prevención al convertir la carga de alcohol en un elemento común de medición (dinero) y compararla con otros riesgos importantes para la salud. Dado que el consumo de alcohol es tan prevalente en muchos países de la Región de las Américas, sus costos para la sociedad son a menudo relativamente elevados. Por ejemplo, el alcohol fue la sustancia con el precio más alto (\$14.600 millones) en Canadá en el 2014; el tabaco (\$12.000 millones) fue la única otra sustancia que se acercó a ese monto (117).

Existen dos tipos principales de costos: los costos directos y los indirectos. Los **costos directos** son costos en los que se incurre como resultado de la producción, venta o consumo de alcohol. Normalmente, los costos directos del consumo de alcohol abarcan varias áreas, como la salud y la medicina, la justicia penal (por ejemplo, servicios policiales, legales y carcelarios) y otros costos (por ejemplo, colisiones de tránsito, lesiones por incendios, investigación financiada por los gobiernos). Los **costos indirectos** por lo general incluyen las pérdidas de productividad, los salarios e ingresos perdidos y otros costos intangibles (por ejemplo, dolor y sufrimiento). Generalmente, las pérdidas de productividad representan

el grueso de los costos asociados al consumo de alcohol. Esto se debe a que los daños atribuibles al alcohol a menudo recaen sobre los jóvenes, quienes son de vital importancia para los sectores económicos de los países y viven con discapacidad por períodos más largos.

Los trastornos atribuibles al alcohol pueden representar costos financieros sustanciales. En esta sección se estableció que los trastornos fetales causados por el alcohol son inusualmente comunes en la Región de las Américas. Estos trastornos también están asociados a costos elevados porque están presentes desde el nacimiento y están relacionados con más de 400 trastornos concomitantes posibles (118), por lo que pueden acumularse costos elevados durante el transcurso de la vida. Por ejemplo, las personas nacidas con un trastorno fetal causado por el alcohol pueden representar costos porque tienen que utilizar los servicios de atención de salud con mayor frecuencia (por ejemplo, hospitalizaciones, tratamiento especializado), así como por el mayor uso de recursos para la observancia de la ley y carcelarios (es decir, servicios de policía, procesos judiciales y prisiones), educación especial y capacitación para el trabajo (119). En un estudio reciente se estimó el costo total de los trastornos fetales causados por el alcohol en Canadá en el 2013. De acuerdo con ese estudio, este tipo de trastorno costó entre \$1.300 millones y \$2.300 millones a la sociedad (119). Calculadas entre \$532 millones y \$1.200 millones, las pérdidas de productividad por trastornos concomitantes y muerte prematura fueron el principal componente de estos costos (42,2%) (119), y le siguieron los servicios de justicia penal y prisiones (30,0%, \$378,3 millones) y los servicios de atención de salud (10,2%, de \$128,5 a \$226,3 millones) con las porciones más grandes de la carga total (119).



POLÍTICAS EN MATERIA DE ALCOHOL

Panorama de las políticas en materia de alcohol

Cada sociedad debe decidir cómo regular los productos que causan intoxicación y posiblemente la muerte. Las **políticas en materia de alcohol** son leyes, regulaciones y normas que prescriben quién, qué, dónde y cuándo puede consumirse alcohol (31). En muchos aspectos, el alcohol es igual que otros productos disponibles en los mercados de venta al por menor, puesto que está sujeto a impuestos sobre las ventas y a las leyes relacionadas con su estructura comercial. Sin embargo, hay otros aspectos que hacen del alcohol un producto atípico. En consecuencia, muchas sociedades agregan consideraciones especiales que procuran proteger la salud del público. Estas regulaciones pueden centrarse en los grupos de personas que pueden

comprar y consumir alcohol, dónde y cuándo puede venderse alcohol, así como en los límites en cuanto al diseño de los productos o las restricciones al marketing.

En la presente sección se resume la base de evidencia, haciendo hincapié en la investigación realizada en la Región de las Américas, para destacar qué estrategias son las más eficaces para proteger la salud del público. También se busca resaltar aquellas políticas e intervenciones que son de reconocida eficacia para prevenir los patrones de consumo y los daños documentados en las dos secciones anteriores. En particular, esta sección contiene un análisis de la situación en cuanto al nivel de adopción de políticas en la Región.

Recuadro 4. Tipos de políticas

Las intervenciones y políticas pueden enfocarse en varios tipos de poblaciones, por lo que definir el objetivo de una intervención o política dada puede ayudar a determinar si es una respuesta apropiada para un problema dado (véase la figura 32). Las políticas **universales** afectan a toda la población. Estas estrategias dirigidas a la población en general a menudo buscan prevenir el consumo y los problemas conexos antes de que estos se presenten. Como ejemplos de dichas estrategias cabría mencionar los impuestos selectivos al consumo de alcohol a nivel nacional, la edad legal mínima para comprar alcohol, la regulación del horario de venta y las restricciones de la publicidad. Las intervenciones y políticas **selectivas** están dirigidas a prevenir el consumo potencialmente nocivo de alcohol, pero limitan su alcance a grupos poblacionales específicos que corren un riesgo mayor (por ejemplo, los jóvenes y los estudiantes universitarios). Algunos ejemplos de estas políticas selectivas en materia de alcohol son la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en los recintos universitarios y el establecimiento de límites más bajos de concentración de alcohol en la sangre para conductores principiantes. Por último, las intervenciones y políticas **indicadas** se centran en grupos poblacionales más pequeños, ya sea para reducir el daño producido por el alcohol en aquellos que ya han sufrido las consecuencias de alguna manera o para separar la ingesta de alcohol de otros riesgos o daños. La finalidad de los enfoques indicados es tratar los problemas temprano y prevenir futuros problemas y complicaciones. El tratamiento de las personas con dependencia del alcohol y la aplicación de medidas para impedir la conducción bajo los efectos del alcohol (como los dispositivos detectores de aliento alcohólico y de bloqueo del encendido del vehículo) son ejemplos de intervenciones indicadas relacionadas con el alcohol.

Figura 32. Políticas en materia de alcohol desde la prevención primaria al tratamiento y la reducción de daños



Políticas de precios

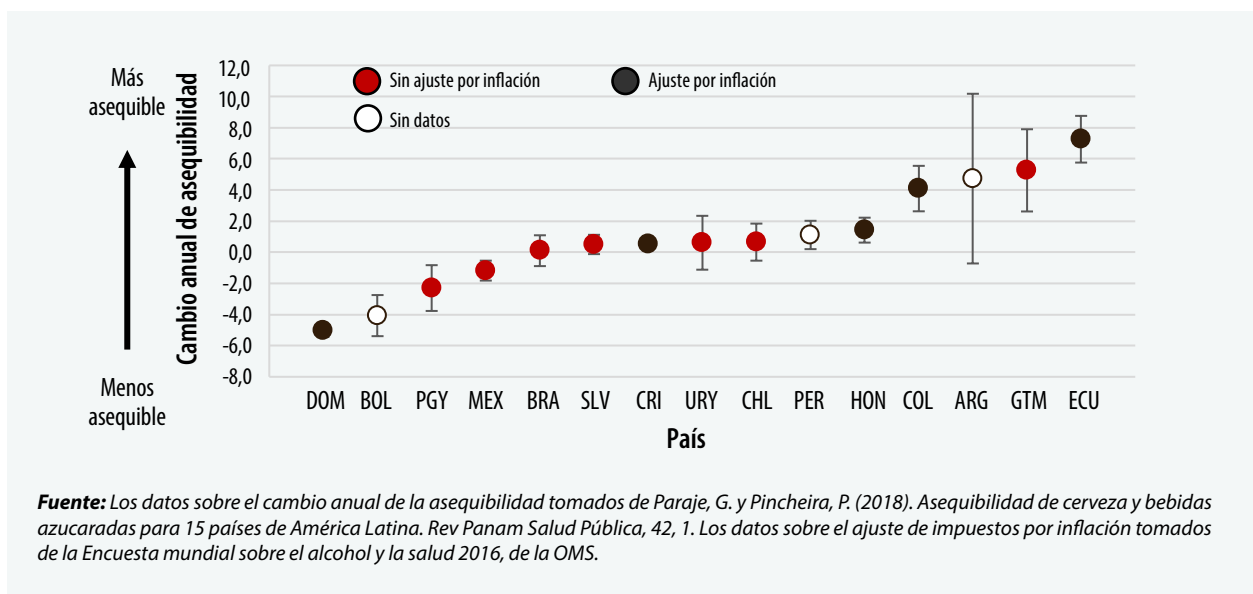
La **política de precios** es una herramienta poderosa que con suma frecuencia es subutilizada por los responsables de las políticas y las decisiones. Varias revisiones sistemáticas y metanálisis muestran que existe una asociación inversa sólida y fiable entre el precio del alcohol y el consumo de alcohol y sus daños, igual a la asociación que se observa en relación con el tabaco y las bebidas azucaradas. Otra razón por la cual las políticas de precios son tan vitales es que para los gobiernos resulta relativamente fácil recaudar impuestos sobre las bebidas alcohólicas; sin embargo, el problema se

presenta por lo difícil que resulta aprobar estas políticas. El consumo de alcohol es común; las bebidas alcohólicas son relativamente sencillas de categorizar por ingredientes, contenido de alcohol o tamaño; y son pocas las empresas que controlan el mercado de alcohol. En algunos estudios, realizados principalmente en países de ingresos altos, se ha establecido que los aumentos de precios están asociados a la disminución de los porcentajes de personas que consumen alcohol, la frecuencia con que consumen alcohol y la cantidad de alcohol que ingieren en cada ocasión dada (120, 121).

Recuadro 5. Impuestos a la cerveza y las bebidas azucaradas en América Latina

La mayoría de los países de América Latina grava la cerveza y las bebidas azucaradas, ambas asociadas a daños a la salud pública, pero la finalidad de estos impuestos es a menudo recaudar ingresos y no alcanzar objetivos de salud pública (122). La introducción en México de un impuesto al consumo de bebidas azucaradas en el 2014, de un peso por litro, demostró los beneficios que pueden obtenerse con los impuestos: el consumo descendió 5,5% durante el primer año y otro 9,7% en el segundo año (123, 124). Aunque casi todos los países de América Latina gravan la cerveza y las bebidas azucaradas, el consumo de estas bebidas sigue aumentando. Entre el 2012 y el 2016, 13 países latinoamericanos registraron aumentos anuales del consumo de cerveza de alrededor de 2,9%, los cuales fueron superiores al crecimiento demográfico (1,2%) (125, 126). Este desfase evidente motivó una investigación reciente sobre si los impuestos a la cerveza y las bebidas azucaradas estaban controlando la asequibilidad de estas bebidas en América Latina a lo largo del tiempo mediante el cálculo de las variaciones interanuales del precio relativo para 15 países (127).

La asequibilidad de la cerveza se mantuvo constante o aumentó en la mayoría de los países latinoamericanos (véase la figura 33) (127). Paraguay, Brasil, El Salvador, Uruguay, Chile, Costa Rica, Argentina y Perú no registraron ningún cambio en la asequibilidad de la cerveza durante el período de estudio (127). La asequibilidad aumentó a una tasa anual promedio de 1,4% en Honduras, 5,3% en Guatemala, 7,3% en Ecuador y 4,1% en Colombia (127). También disminuyó 5,0% cada año en la República Dominicana, 4,1% en Bolivia y 1,2% en México (127).



Es fundamental que los países procuren obtener beneficios tanto fiscales como sanitarios de los impuestos al alcohol. Tradicionalmente, los países solo han utilizado los impuestos al alcohol para recaudar fondos; estos fondos no se usaron directamente para prevenir y controlar el consumo nocivo de alcohol. De esa manera se pierde la posibilidad de adoptar una política beneficiosa para todos que podría proporcionar fondos adicionales y, al mismo tiempo, lograr un cambio significativo a nivel de la salud pública (128). Por ejemplo, si los 15 países miembros de pleno derecho de la Comunidad del Caribe (CARICOM) aumentaran los impuestos al consumo de cerveza, ron y cigarrillos lo suficiente para reducir el consumo 5%, se generarían aproximadamente US\$ 86,32 millones, cifra que excede la cantidad que la Región calcula que se necesita para responder a las ENT incluso después de un aumento de 50% del costo per cápita de la respuesta a dichas enfermedades (US\$ 78,87 millones) (129).

La lógica de por qué el aumento del precio del alcohol reduciría su consumo y los daños conexos es similar a la teoría de disponibilidad para las políticas de disponibilidad física. Las políticas de precios se basan en la ley de la oferta y la demanda: la demanda de productos más asequibles es mayor en comparación con las alternativas más costosas. Por lo tanto, el aumento deliberado de los precios de las bebidas alcohólicas (a través de los impuestos u otros medios) debería reducir la demanda, y por extensión, el consumo y sus daños. El precio no es lo único que determina si los precios del alcohol repercutirán sobre el consumo; es importante considerar la **asequibilidad** de las bebidas

alcohólicas, que es el costo del alcohol en relación con otros productos y el ingreso real del consumidor (salario ajustado por la tasa de inflación). La asequibilidad se calcula como el ingreso dividido por el precio, lo que significa que hay dos maneras de manipular la asequibilidad de las bebidas: cambiar el nivel de ingreso de los bebedores o cambiar el precio del alcohol propiamente dicho (127).

Todos los grupos de consumidores de alcohol, en particular los jóvenes y los bebedores empedernidos, ingieren menos después de un aumento de precios. El precio del alcohol es inelástico, lo que significa que los cambios de consumo son más pequeños que los cambios de precio. Las **elasticidades de precio** se calculan como el cambio porcentual del consumo que se espera lograr con un aumento de 1% del precio. Las elasticidades tienden a ser mayores en lugares donde los niveles de ingreso son más bajos y el alcohol se considera un bien de lujo (122). Por ejemplo, las elasticidades de precio tienden a variar alrededor de -0,51 a -0,77 en los países de ingresos altos (es decir, un aumento de 10% del precio de las bebidas alcohólicas dará lugar a una reducción del consumo de 5,1% a 7,7%) y de -0,64 en los países de ingresos bajos y medianos (122). Hay pocos estudios en los que se han evaluado los cambios de los precios del alcohol y sus efectos sobre el consumo o los daños conexos en los países de ingresos bajos y medianos, pero los datos sobre el tabaco (130, 131) y las bebidas azucaradas (123, 132, 133) establecen que los precios son más elásticos en los países de ingresos más bajos.

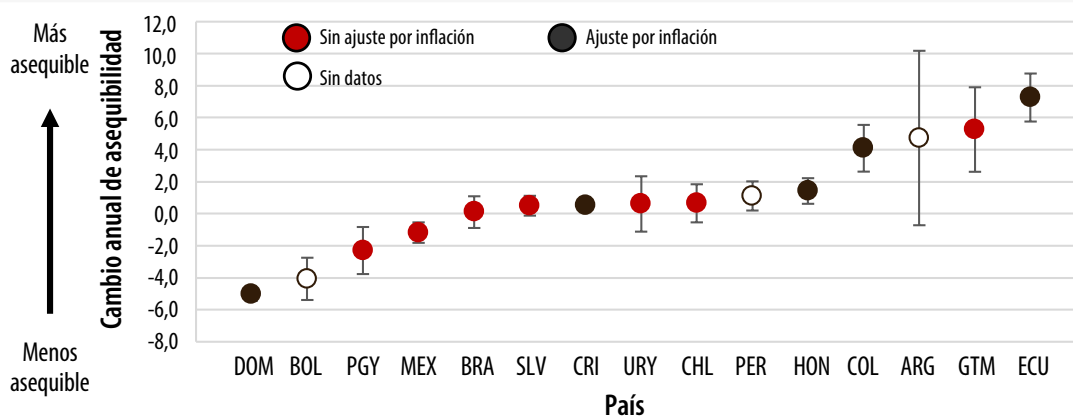
Recuadro 6. Aumento del impuesto al consumo de alcohol en Perú

A medida que aumentan su desarrollo, muchos países de la Región de las Américas están también registrando aumentos notables de la carga de las enfermedades no transmisibles. En consecuencia, muchos están considerando aplicar impuestos a productos básicos que están asociados a factores comportamentales que promueven estas enfermedades. En el 2018, Perú se convirtió en uno de los primeros países en promulgar políticas de precios dirigidas a frenar esta epidemia emergente (134). Aumentó los impuestos a las bebidas alcohólicas que tuvieran al menos 20% de alcohol como parte de una política centrada en los determinantes de las enfermedades no transmisibles: tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y vehículos automotores muy contaminantes (134). En tiempos de escasos recursos para la atención de salud y un consumo cada vez mayor de productos nocivos, había una doble motivación para aplicar estos impuestos: procurar revertir las tendencias de un uso creciente y, al mismo tiempo, generar nuevas corrientes de ingreso para financiar iniciativas adicionales de tratamiento y prevención. Las enfermedades no transmisibles resultantes del alcohol, el tabaco, la obesidad y la contaminación cuestan a Perú aproximadamente \$24.000 millones por año, que es aproximadamente 11% de su **producto interno bruto (PIB)** (135). En comparación, el gobierno peruano gasta cerca de 3,7% de su PIB en la atención de salud.

Los impuestos al consumo de alcohol son impuestos aplicados específicamente a las bebidas alcohólicas. Son la política de control del alcohol más costo-eficaz y pueden reducir los niveles de consumo y retrasar o impedir que los jóvenes comiencen a ingerir alcohol (136). Aunque todos los tipos de impuestos al alcohol generarán ingresos financieros, existen dos tipos principales de impuestos que pueden aplicarse a las bebidas alcohólicas: impuestos al consumo e **impuestos a las ventas** (figura 33). Los impuestos a las ventas se aplican a una amplia gama de bienes y servicios, lo que quiere decir que no son específicos para el alcohol. Los **impuestos al consumo**, por otro lado, pueden aplicarse específicamente a las bebidas alcohólicas; por consiguiente, estos tienden a promover mayores cambios en los patrones de consumo (122). Los impuestos al consumo pueden aplicarse con base en uno de tres factores o una combinación de los mismos: 1) volumen de la bebida, 2) contenido de alcohol (cantidad de alcohol puro) y 3) precio de la bebida alcohólica. Los impuestos que se basan en el volumen general o la cantidad de alcohol de

la bebida se denominan **impuestos específicos al consumo**, y los impuestos que se basan en el precio del producto se llaman **impuestos ad valorem**. Cuando se usan para moderar el consumo, los impuestos específicos al consumo se dirigen a los jóvenes, los bebedores empedernidos y las personas con ingresos bajos (136). Los impuestos específicos al consumo también pueden aplicarse a categorías de productos, lo que significa que pueden reducir las opciones de los consumidores para recurrir a marcas más baratas al impedir las diferencias de precios entre marcas cuando se aplican de forma estratégica (122). Además, los impuestos específicos al consumo que vinculan el tamaño del impuesto al contenido de alcohol pueden tener más beneficios para la salud que los impuestos basados en el volumen del producto, porque el contenido de alcohol es el principal determinante de los daños relacionados con el alcohol (137). Al diseñar una estructura tributaria para el alcohol, los gobiernos deberían considerar los niveles actuales de consumo, los grupos poblacionales de interés y los objetivos de generación de ingresos (136).

Figura 33. Tipos de impuestos al alcohol



Fuente: Basado en Organización Panamericana de la Salud. Sinopsis de política. Políticas tributarias y de precios del alcohol en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Un enfoque de salud pública para fijar los precios del alcohol tiene tres objetivos comunes: 1) igualar el alcohol consumido con base en el contenido de alcohol; 2) ajustar los impuestos específicos al consumo según la inflación; y 3) fijar un precio mínimo. En la sección siguiente se describirán las políticas de precios del alcohol vigentes en la Región de las Américas en el 2016, con especial énfasis en determinar cuán bien funcionaron dichas políticas para alcanzar estos tres objetivos. La comparación de los índices de asequibilidad y los patrones de consumo por tipo de bebida permitirá determinar si los países están logrando igualar el consumo de alcohol por contenido. Entre los países con un impuesto nacional a las bebidas alcohólicas, se evaluará el segundo objetivo usando una tabulación de los países que también dijeron haber ajustado regularmente sus precios por inflación. Por último, la frecuencia de las políticas de precio mínimo permitirá evaluar si los países están alcanzando el tercer objetivo.

Impuestos o gravámenes al alcohol

De los 35 países de la Región de las Américas, 29 informaron que aplicaban un impuesto nacional al consumo de cerveza, vino y licores destilados en el 2016. Argentina y Uruguay informaron de impuestos nacionales al consumo de cerveza y destilados, pero no al vino, mientras que Antigua y Barbuda y Cuba informaron que no tenían impuesto alguno al consumo.

Los precios del alcohol están asociados al consumo de alto riesgo; los datos del estudio internacional sobre el control del alcohol indican que los bebedores empedernidos tienden a pagar menos por las bebidas alcohólicas (138). Además, la compra de alcohol barato en establecimientos de venta para llevar (pero no en locales de consumo) está asociada al consumo diario (138). En términos generales, la asequibilidad más baja tiende a darse en países de ingresos altos como Canadá, Uruguay, Saint Kitts y Nevis y Chile. Los países de ingresos más bajos, como Nicaragua, Guatemala, Belice y Jamaica, tendieron a tener bebidas alcohólicas más asequibles. Además, los países de ingresos mediano-bajos que tenían una asequibilidad baja para la cerveza (por ejemplo, Argentina, Costa Rica) tenían licores locales o importados que tendieron a ser más asequibles. Esto indica que los países de ingresos más bajos tenían una probabilidad menor de utilizar los precios para igualar el consumo de bebidas alcohólicas sobre la base de su contenido de alcohol.

Ajuste de los impuestos específicos al alcohol por inflación y costo de vida

El segundo objetivo de las políticas de precios del alcohol era ajustar regularmente los impuestos específicos al alcohol de forma que mantuvieran el mismo ritmo que los aumentos de la inflación y los salarios y pudieran continuar reduciendo o previniendo el consumo de alcohol y sus daños (téngase presente que esto no es necesario para los impuestos *ad valorem*). Esto se logra cuando el ajuste tributario es igual al índice de precios al consumidor (136). De los 26 países que informaron que tenían un impuesto al consumo nacional sobre el alcohol, solo seis (23,1%) dijeron que también habían ajustado esos impuestos regularmente. Ni un solo país de ingresos altos de la Región de las Américas informó de ajustes a los impuestos al alcohol por inflación, pero dos tercios de los países de ingresos bajo-medianos y mediano-altos ajustaron sus impuestos al consumo de alcohol para seguir el mismo ritmo de la inflación.

Otras políticas de precios

Otras políticas de precios, incluido el precio mínimo, figuraron como casos excepcionales en la Región de las Américas. Canadá fue el único país de la Región que informó de algún tipo de política de precios mínimos en el 2016, y esa política se puso en práctica a nivel subnacional. En consecuencia, la Región de las Américas (3,0%), junto con la Región del Mediterráneo Oriental (<0,1%), registraron el porcentaje más bajo de países con una política de precios mínimos por unidad, aunque la Región de Asia Sudoriental (12,5%) y la Región del Pacífico Occidental (5,9%) tuvieron el mismo número de países con este tipo de política (n=1). Múltiples países de las regiones de África (n=2, 4,3%) y Europa (n=6, 11,5%) informaron que habían usado políticas de precios mínimos.

Reducir la disponibilidad física de alcohol

La **disponibilidad física de alcohol** se refiere a la manera en que las bebidas alcohólicas se ofrecen en cada entorno (139). Las políticas que regulan la disponibilidad física de las bebidas alcohólicas buscan cambiar los **patrones regulares de consumo** (es decir, los lugares y comportamientos asociados al consumo de alcohol) mediante el aumento

del **precio total** del alcohol (es decir, la suma del precio real más los costos de oportunidad y conveniencia) (139). En términos específicos, estas políticas de disponibilidad procuran limitar la facilidad de obtener alcohol para reducir su consumo y los daños que causa.

Monopolios y licencias

En una **prohibición total**, los gobiernos tienen control total de la cadena de suministro y facultad para prohibir a los residentes de un país adquirir o consumir bebidas alcohólicas. Luego de las prohibiciones totales, los monopolios son la siguiente opción de política más restrictiva. Las prohibiciones totales se confinan en gran parte a los países de África del Norte y subregiones del Mediterráneo Oriental, y no representan una opción realista para la Región de las Américas. En cambio, los países de la Región a menudo utilizan un sistema de licencias o monopolios como la base de sus políticas. Los **sistemas monopólicos** confieren a los gobiernos el control total de algunos o todos los niveles de la cadena de suministro de alcohol. En la Región de las

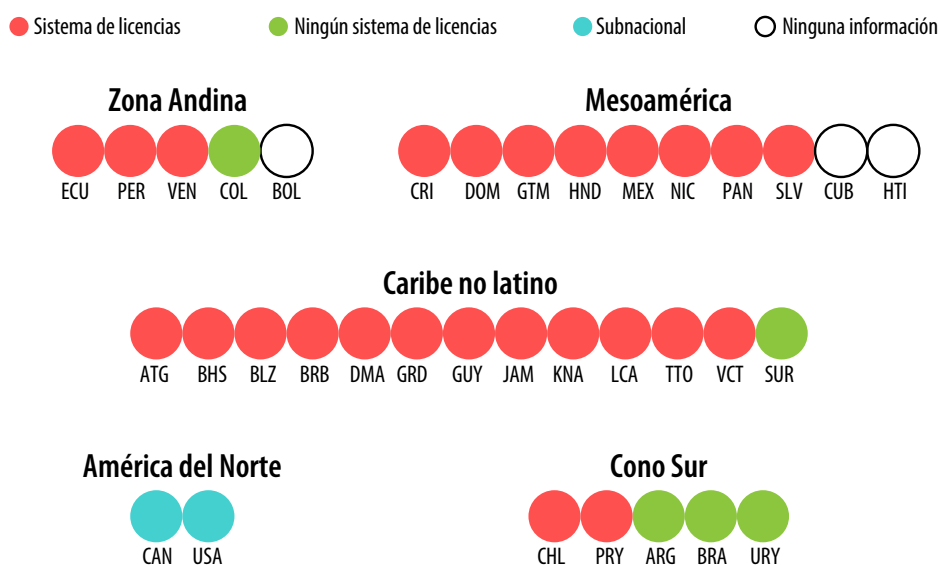
Américas, los monopolios solo existen a nivel subnacional en América del Norte. Al 2016 existían porciones de monopolios gubernamentales en Estados Unidos y Canadá, pero el ánimo por poner fin a estos monopolios ha ido aumentando en los últimos años. La concesión de licencias es el enfoque menos restrictivo, y es el medio más común de regular la cadena de suministro de alcohol en la Región. En los países con **sistemas de concesión de licencias**, las empresas pueden solicitar una licencia que a menudo es específica para una sección de la cadena de suministro. A través del sistema de concesión de licencias, las empresas a menudo aceptan plegarse a un conjunto de normas y regulaciones, pero la industria privada supervisa las operaciones diarias. La mayoría (78,1%) de los países encuestados respaldó la aplicación de un sistema público de concesión de licencias para las ventas al por menor de cerveza, vino y destilados (véase la figura 34). Solo cinco países —Argentina, Brasil, Colombia, Suriname y Uruguay— informaron que no tenían ni un monopolio ni un sistema de concesión de licencias a cargo del gobierno en el 2016.

Recuadro 7. Justificaciones de las políticas en materia de alcohol

Existen dos justificaciones que se utilizan comúnmente para implantar políticas de control del alcohol. La primera supone que los consumidores no pueden predecir con exactitud los peligros de consumir alcohol, tanto para sí mismos como para otros, porque los bebedores desconocen muchos de los riesgos del consumo de alcohol. Esto implica que hay una falla del mercado, ya que los consumidores pueden adquirir y consumir más alcohol del que comprarían o beberían si estuvieran plenamente informados acerca de los posibles riesgos de su consumo. En este sentido, las políticas de control del alcohol procuran corregir esta falla del mercado y armonizar mejor el conocimiento y el comportamiento. Si extendemos esta perspectiva, los jóvenes tienden a subestimar cuánto daño causarán sus acciones y pronostican incorrectamente cómo se sentirán acerca de sus decisiones en el futuro. Siguiendo esta lógica, la implantación de protecciones adicionales para reducir y prevenir el consumo de alcohol por parte de los jóvenes también alinearía mejor su consumo con los posibles daños.

La otra manera de justificar las políticas que aumentan el precio de las bebidas alcohólicas es procurar compensar los perjuicios del consumo de alcohol para la sociedad. En economía, estos daños se denominan “externalidades negativas”, que son perjuicios o costos que recaen sobre alguien diferente del bebedor. Si bien las ventas de alcohol pueden ser lucrativas para las industrias del alcohol y la hostelería (entre otras), los costos para la sociedad también pueden acumularse, lo cual puede generar diferencias considerables entre ingresos y pasivos públicos. Por ejemplo, en Estados Unidos, el bebedor promedio paga \$0,03 (por cerveza y vino) y \$0,05 (por licores) en impuestos del gobierno por una bebida (140), pero cada bebida le cuesta el gobierno \$0,87 (116). Estos costos se acumulan con las cargas adicionales de los costos de atención de salud (16,8%), productividad perdida (56,8%), justicia penal (23,9%), pérdidas por incendios (2,1%) y educación especial por el síndrome de alcoholismo fetal (0,3%) (116).

Figura 34. Políticas de concesión de licencias para la venta al por menor de cerveza en la Región de las Américas por subregión y país, 2016



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Licensing requirements, Alcohol control policies.* Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Control de las ventas al por menor

Muchas políticas sobre la disponibilidad física se aplican a los negocios minoristas que venden alcohol (es decir, **puntos de venta de alcohol**). Además, las políticas pueden centrarse en tipos específicos de puntos de venta. Una distinción común se centra en si los puntos de venta venden alcohol para consumirlo **en el local** (por ejemplo, bares o restaurantes) o **para llevar** (por ejemplo, tiendas de productos envasados). Los países a menudo establecen límites de horario y días de venta de alcohol al por menor, así como restricciones en cuanto al lugar o la densidad de los puntos de venta (es decir, concentración en una determinada zona).

Los controles de los puntos de venta de alcohol se han asociado sistemáticamente a los daños atribuibles al alcohol que son comunes en la Región de las Américas, como la violencia interpersonal, las colisiones de tránsito y los trastornos por consumo de alcohol. Por ejemplo, un experimento natural realizado en Colombia permitió observar que la limitación de la disponibilidad de alcohol después de la 1 de la mañana estaba asociada a una disminución de 30% del riesgo de muerte por colisiones viales en automóviles y una reducción de 45% en el caso de los motociclistas (141). De manera análoga, en Brasil una ley que obligaba a cerrar a las 11 de la noche los bares que tradicionalmente permanecían abiertos durante 24 horas dio lugar a una disminución de 44% de los homicidios (142). La densidad de los puntos de venta de alcohol, en particular los

puntos de venta para llevar, se ha asociado sistemáticamente a tasas más altas de violencia (143-146). Algunos resultados recientes del estudio internacional sobre el control del alcohol en Perú y Saint Kitts y Nevis indican que la mayoría de los consumidores obtiene alcohol de estas tiendas para llevar, y la mayoría de los bebedores (72% para Saint Kitts y Nevis y 94% para Perú) compra alcohol después de la medianoche en los locales de consumo (147). En una orientación reciente basada en la evidencia se ha recomendado fijar límites a las ventas de alcohol al por menor, incluidos horarios de venta, días de venta y densidad de los puntos de venta, como una manera de prevenir la violencia (148-150), que fue una de las principales causas de morbilidad y mortalidad resumidas en la sección anterior. A excepción de dos países (Argentina y Suriname), todos los otros tienen controles sobre al menos una de las formas de disponibilidad de alcohol al por menor. Al comparar los tipos de políticas que los países pusieron en práctica, más de la mitad restringió los horarios de venta en los locales de consumo (65,6%) y de venta al por menor para llevar (56,3%), así como las ubicaciones de los puntos de venta (54,8%). Sin embargo, no son muchos los casos de regulación de los días de venta al por menor y la densidad de los puntos de venta de alcohol; solo uno de cada cuatro países (25,8%) limitó los días de la semana para la venta de alcohol o la densidad de los puntos de venta para llevar, como las licorerías. De manera similar, aproximadamente uno de cada tres países (32,3%)

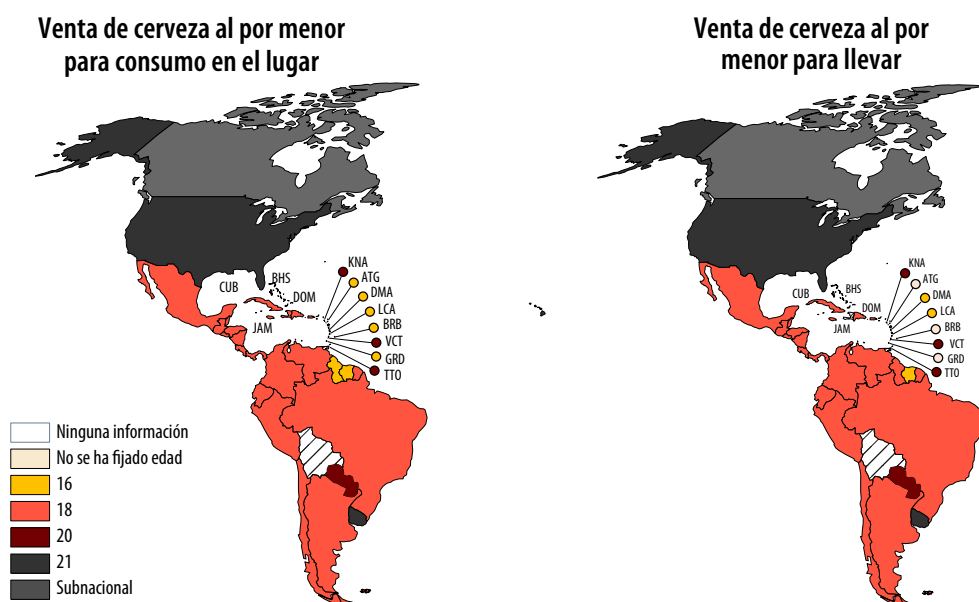
estableció topes en cuanto al número de establecimientos de consumo (por ejemplo, bares y clubes nocturnos) que pueden abrir en un área determinada.

Edad legal mínima para comprar alcohol

En vista de que el alcohol entraña un riesgo mayor para la juventud, un objetivo común de las políticas en materia de alcohol es evitar y retardar la iniciación de los jóvenes en su consumo. Las políticas sobre la edad legal mínima para comprar alcohol figuran entre los medios más eficaces para alcanzar esta meta. Todos los países de la Región de las Américas que respondieron tenían una edad mínima establecida para la compra y consumo de cerveza, vino y licores

en establecimientos públicos. Cerca de 90,9% de los países ha establecido una edad legal mínima para comprar cerveza, vino y licores al por menor para llevar. Los tres países que no establecieron una edad mínima para la venta para llevar (Antigua y Barbuda, Barbados y Granada) estaban en el Caribe. Como se muestra en la figura 35, la edad mínima para comprar más común estipulada en las leyes fue los 18 años (n=23 para las ventas para consumir en el lugar y n=24 para las ventas para llevar). El otro límite de edad común fue unos pocos años menos, a los 16 años (n=6 para las ventas para consumir en el lugar y n=3 para las ventas para llevar). Son pocos los límites de edad más altos. Un país estableció un límite de edad de 20 años (Paraguay), y otro fijó su límite un año más, a los 21 años (Estados Unidos).

Figura 35. Edad legal mínima para comprar de cerveza para consumo en el lugar y para llevar, 2016



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Age limits – Alcohol service/sales by country, Alcohol control policies. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Marketing de las bebidas alcohólicas

El **marketing del alcohol** incluye la publicidad, las promociones (incluidas las promociones digitales), los diseños y envases creativos para el producto, colocación de productos, patrocinios y campañas de responsabilidad social de las empresas (151). La publicidad está diseñada para vender productos; para ello, normaliza el consumo de alcohol y da forma a las expectativas del público para que consuman alcohol por medio de temas relacionados con “estilos de vida”

que presentan a los bebedores como personas más felices, más exitosas, audaces, divertidas y sexy (151). El marketing del alcohol es motivo de preocupación importante en la Región de las Américas porque es sumamente prevalente. Por ejemplo, en un análisis reciente de películas relacionadas con la juventud que se proyectaron durante el período 2004-2012 se concluyó que la mayoría de ellas contenía escenas de consumo de alcohol en Argentina (93%), México y Estados

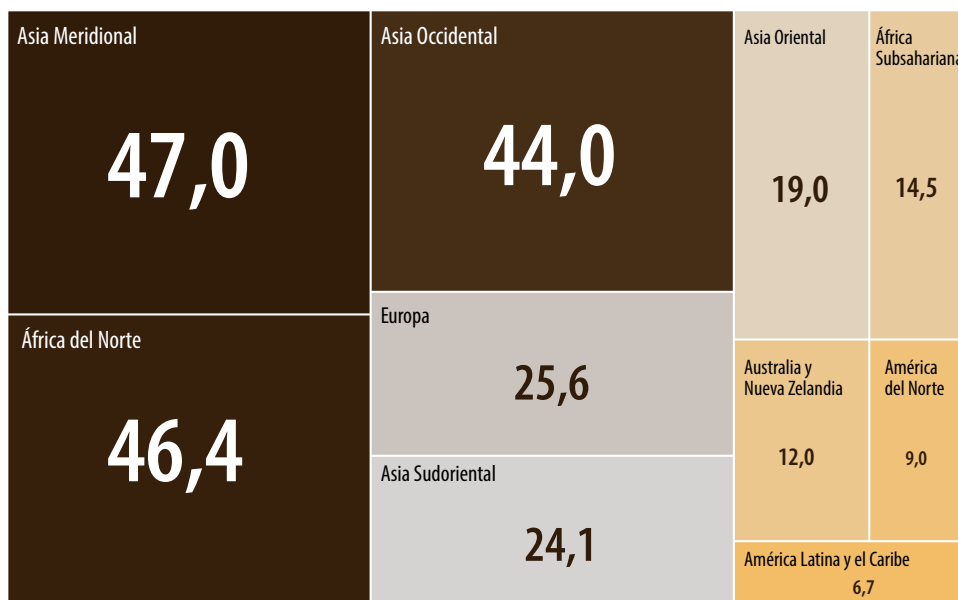
Unidos (ambos con 83%) (152). De manera análoga, en un análisis de 14 países de la Región se observó que el porcentaje de jóvenes que dijeron haber visto anuncios publicitarios sobre el alcohol a diario o casi a diario en los 30 días anteriores fue más alto en Santa Lucía (44,6%), Argentina (42,7%) y Uruguay (35,5%) (153).

Si bien las políticas sobre disponibilidad física y precios contribuyen a aumentar el costo total de la compra y el consumo de bebidas alcohólicas, los controles del marketing del alcohol procuran perturbar un aspecto del mercado del alcohol que está asociado a aquellos que son sumamente vulnerables, como las mujeres y los jóvenes. Existe un claro vínculo entre la exposición al marketing del alcohol (y más recientemente, al marketing del alcohol en las redes sociales) y la iniciación al consumo de alcohol. Dos revisiones sistemáticas de estudios longitudinales de 1990 al 2016 revelan una relación definitiva entre la exposición a la publicidad del alcohol y tanto la iniciación como el aumento del consumo de alcohol (si este ya se ha iniciado), incluido el consumo compulsivo, en los jóvenes (154, 155).

Una manera de comparar el rigor del marketing del alcohol a nivel regional y de país es calcular una puntuación

de restricción. Estas puntuaciones asignan puntos con base en el rigor de las políticas que restringen el marketing de alcohol en una variedad de plataformas mediáticas. Esser y Jernigan crearon una puntuación para calificar el grado de restricción de la publicidad para el informe mundial sobre la situación del alcohol y la salud correspondiente al 2011. Su esquema de puntuación asigna 2 puntos a una prohibición, 1 punto a una prohibición parcial y 0 puntos a la regulación voluntaria y la autorregulación o si no existe ninguna restricción, para los 10 tipos de medios incluidos en la encuesta mundial sobre el alcohol y la salud. Después de calcular estas puntuaciones de restricción para cada uno de los tres tipos principales de bebida (cerveza, vino y destilados), la puntuación máxima total posible es 60 puntos. En la figura 36 se compara la puntuación de restricción de la publicidad por subregión. Con una puntuación promedio de 6,7, América Latina y el Caribe fue la subregión que obtuvo la puntuación más baja de restricción de la publicidad del mundo. América del Norte tuvo la siguiente puntuación más baja en restricción de la publicidad, con una puntuación promedio de 9,0. Esto indica que la mayoría de los países de la Región de las Américas no tiene políticas en materia de publicidad o tiene políticas que solo son ligeramente restrictivas.

Figura 36. Puntuación promedio de restricción⁷ de la publicidad por subregión de las Naciones Unidas, 2016



NOTA: El tamaño de cada cuadro es proporcional a la puntuación de restricción de la publicidad de cada país.
Fuente: Puntuación calculada a partir de datos de Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Advertising restrictions, Alcohol control policies.* Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

.....
 7 La puntuación de restricción de la publicidad asigna puntos a los países de acuerdo con el nivel de restricción de sus políticas (2 puntos a una prohibición, 1 punto a una prohibición parcial y 0 puntos a la regulación voluntaria y la autorregulación o si no existe ninguna restricción), para 10 tipos de medios. Una puntuación más alta significa que el país tiene políticas más restrictivas del marketing del alcohol.

En términos generales, las tendencias mundiales hacia el aumento de las restricciones a la publicidad no encontraron eco en la Región de las Américas, y cuando comenzó a avanzarse hacia la adopción de políticas más restrictivas, el progreso ocurrió a un ritmo más lento que los cambios al nivel mundial. En los 194 Estados Miembros se produjo un aumento lineal del número de países que pusieron en práctica políticas restrictivas de la publicidad del alcohol del 2008 al 2012 y nuevamente en el 2016. Sin embargo, no hubo señales de tales tendencias en los países de la Región. En la figura 37 se muestran las tendencias de las puntuaciones de restricción de la publicidad en el tiempo. Ningún país del continente

registró aumentos sostenidos del grado de restricción de las políticas sobre la publicidad del 2008 al 2012, como tampoco del 2012 al 2016. Sin embargo, unos cuantos países de la Región tenían políticas más restrictivas en el 2016 que en el 2008, como Colombia (de 3 a 12), Ecuador (de 24 a 45), Costa Rica (de 24 a 27), Jamaica (de 0 a 12) y Paraguay (de 0 a 24). Estos avances son positivos, pero incluso con estos progresos recientes, el nivel de protección de las personas que viven en la Región de las Américas es bajo. Por ejemplo, una puntuación de 12 indica que dos de los tres tipos de bebida no tienen restricciones de publicidad en cuanto a colocación, contenido o volumen.

Figura 37. Puntuaciones de restricción de la publicidad en la Región de las Américas por país, 2008-2016

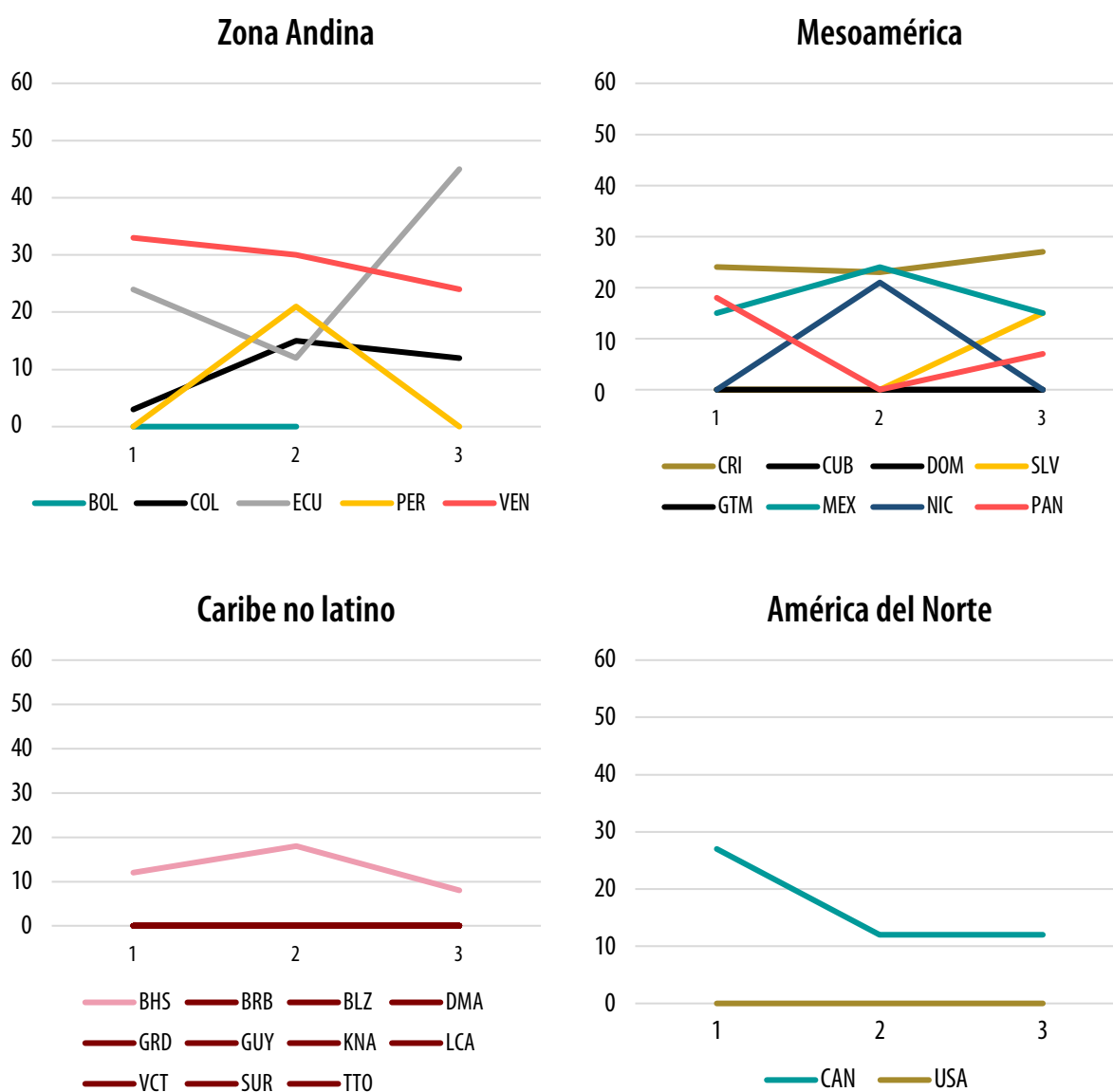
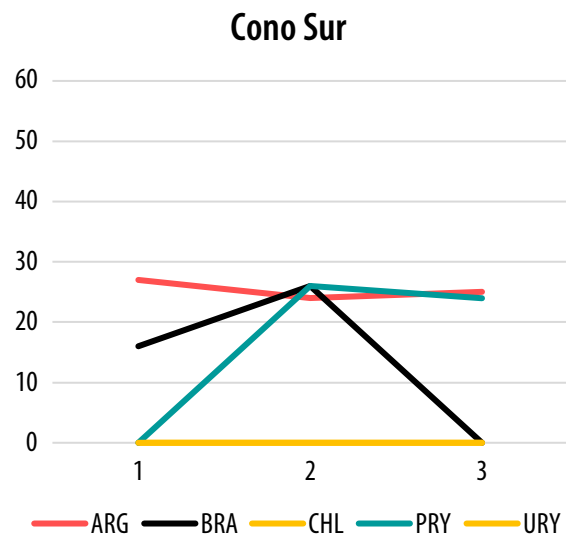


Figura 37. Puntuaciones de restricción de la publicidad en la Región de las Américas por país, 2008-2016 (Cont.)



NOTA: En esta figura solo se incluyeron países con datos para los tres años.

Fuente: Puntuaciones calculadas a partir de datos del 2016 y datos históricos tomados de la Encuesta mundial sobre el alcohol y la Salud.

Cuadro 2. Restricciones al marketing de la cerveza en la Región de las Américas en el 2016 por país y plataforma mediática

| País | Televisión Nacional | Televisión privada o comercial | Radio nacional | Radio local | Prensa impresa | Carteleras publicitarias | Punto de venta | Cine | Internet | Redes Sociales |
|------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ARG | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna |
| ATG | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| BHS | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| BLZ | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| BRA | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| BRB | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| CAN | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| CHL | Voluntaria / autorregulación | Ninguna | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| COL | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| CRI | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial |
| DMA | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| DOM | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| ECU | Prohibición | Prohibición parcial | Prohibición | Prohibición | Prohibición | Prohibición parcial | Ninguna | Prohibición | Prohibición parcial | Prohibición parcial |
| GRD | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| GTM | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| GUY | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| HND | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| JAM | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| KNA | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| LCA | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| MEX | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna |
| NIC | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| PAN | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| PER | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Ninguna | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| PRY | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna |
| SLV | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Prohibición parcial | Ninguna | Ninguna |
| SUR | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| TTO | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| URY | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| USA | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación | Voluntaria / autorregulación |
| VCT | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| VEN | Prohibición | Prohibición | Prohibición | Prohibición | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global Information System on Alcohol and Health. Advertising restrictions, Alcohol control policies.* Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol

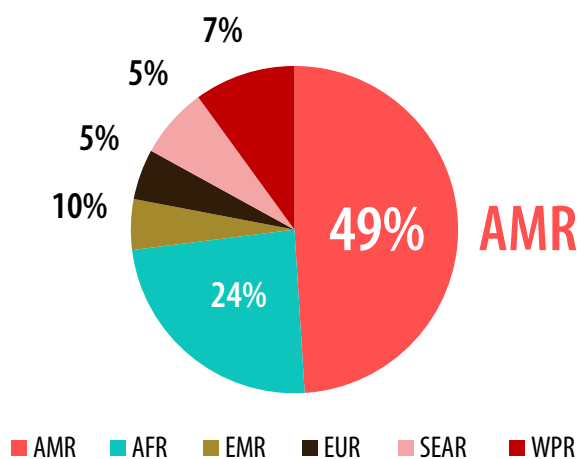
El consumo de alcohol antes de conducir un vehículo automotor (conducción bajo los efectos del alcohol) es un factor principal de riesgo de traumatismos por colisiones de tránsito que es totalmente prevenible; el riesgo de colisión aumenta considerablemente a concentraciones de alcohol en la sangre por encima de 0,05%. Esta relación es particularmente importante en el caso de los jóvenes, porque los traumatismos por colisiones de tránsito son una causa principal de muerte en las personas de 15 a 49 años de edad en la Región de las Américas; y de todos los conductores, los jóvenes corren el riesgo más alto de verse involucrados en colisiones de tránsito (96). El establecimiento de un nivel máximo de **concentración de alcohol en la sangre (CAS)** para toda la población es una política universal para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol. El alcohol puede menguar la capacidad de manejar vehículos automotores con seguridad porque desacelera los reflejos y el tiempo de reacción de los bebedores, y reduce la coordinación física.

Se obtuvieron datos sobre el CAS máximo permisible a nivel nacional para los conductores jóvenes de 34 países que respondieron a la encuesta, incluido un país (México) que cuenta con una política subnacional de alcoholemia. Tres países (Brasil, Paraguay y Uruguay) tenían una política de tolerancia cero para los conductores jóvenes o principiantes, y ocho países fijaron el límite de alcoholemia en 0,05% para dichos conductores. Seis países fijaron ese límite por debajo de 0,05%, y diez países lo fijaron por encima de 0,05%. Además, cinco países no tenían un límite legal máximo de alcoholemia a nivel nacional para conductores jóvenes al volante de un vehículo.

En el 2016, 30 países informaron que contaban con una edad legal mínima nacional o subnacional para comprar cerveza, vino y destilados para llevar, mientras que 33 países tienen este tipo de límites para el consumo en el lugar de venta. En los países que tienen una edad legal mínima para la compra de alcohol, los límites varían entre los 16 y los 21 años, siendo el más común los 18 años de edad tanto para las ventas en el lugar de consumo (23 países) como para las ventas para llevar (24 países). Sin embargo, tres países (Antigua y Barbuda, Barbados y Granada) dijeron no tener ningún límite de edad para las ventas para llevar.

La disminución de los límites de alcoholemia a 0,05% puede reducir entre 6% y 18% el número de muertes por colisiones de tránsito (156). En un metanálisis reciente se determinó una asociación dosis-respuesta entre los límites de CAS y la disminución de los traumatismos por colisiones de tránsito (157). El establecimiento de un límite de alcoholemia a cualquier nivel estuvo asociado a una caída de 5,0% de las colisiones relacionadas con el alcohol (157). Los límites de CAS de al menos 0,08% estuvieron asociados a una disminución de 9,2% de las colisiones letales debidas al consumo de alcohol (157). Los límites de alcoholemia más restrictivos (0,05%) estuvieron asociados a la mayor disminución de las colisiones relacionadas con el alcohol, que fue de 11,1% (157).

Figura 38. Porcentaje de países con límites de CAS por encima de 0,05% por Región de la OMS, 2016



Solo ocho países de la Región de las Américas (Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) siguen prácticas óptimas relacionadas con las leyes sobre la conducción bajo los efectos del alcohol, que consisten en establecer límites de alcoholemia de 0,05% o inferior para la población general y de 0,02% para los conductores jóvenes y principiantes (156, 158). Cuando se comparan los límites de CAS de la Región de las Américas con los de otras regiones, los países con límites por encima de 0,05% se encuentran en número desproporcionado en el continente. Solo 18% de los países del mundo están ubicados en las Américas, pero 49% de los países con los límites de CAS por encima de 0,05% se encuentran en dicha región (figura 38). Las investigaciones sobre los potenciales beneficios de reducir el límite de alcoholemia de 0,08% a 0,05% lo muestran claramente: los países que redujeron sus límites de CAS de 0,08% a 0,05% obtienen sistemáticamente como resultado disminuciones

de 5% a 15% de las colisiones automovilísticas mortales y los traumatismos por colisiones de tránsito (159-162). Por ejemplo, si cada estado de Estados Unidos redujese el límite de CAS a 0,05%, salvaría aproximadamente 1.790 vidas por año (157).

En la figura 39 se muestran los límites de alcoholemia de los países para la población general en la Región de las Américas. Casi todos los países de América del Norte y del Sur han establecido límites de CAS para la población general. Sin embargo, menos de la mitad (42,4%) de las personas que viven en la Región están protegidas por un límite para la población general de 0,05% o inferior (figura 40). Además, pocos países del Caribe establecieron límites de CAS, y aquellos que lo hicieron lo fijaron en 0,08% (a saber, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y Trinidad y Tabago).

Figura 39. Límites de CAS para la población general en la Región de las Américas por subregión y año, 2008-2016

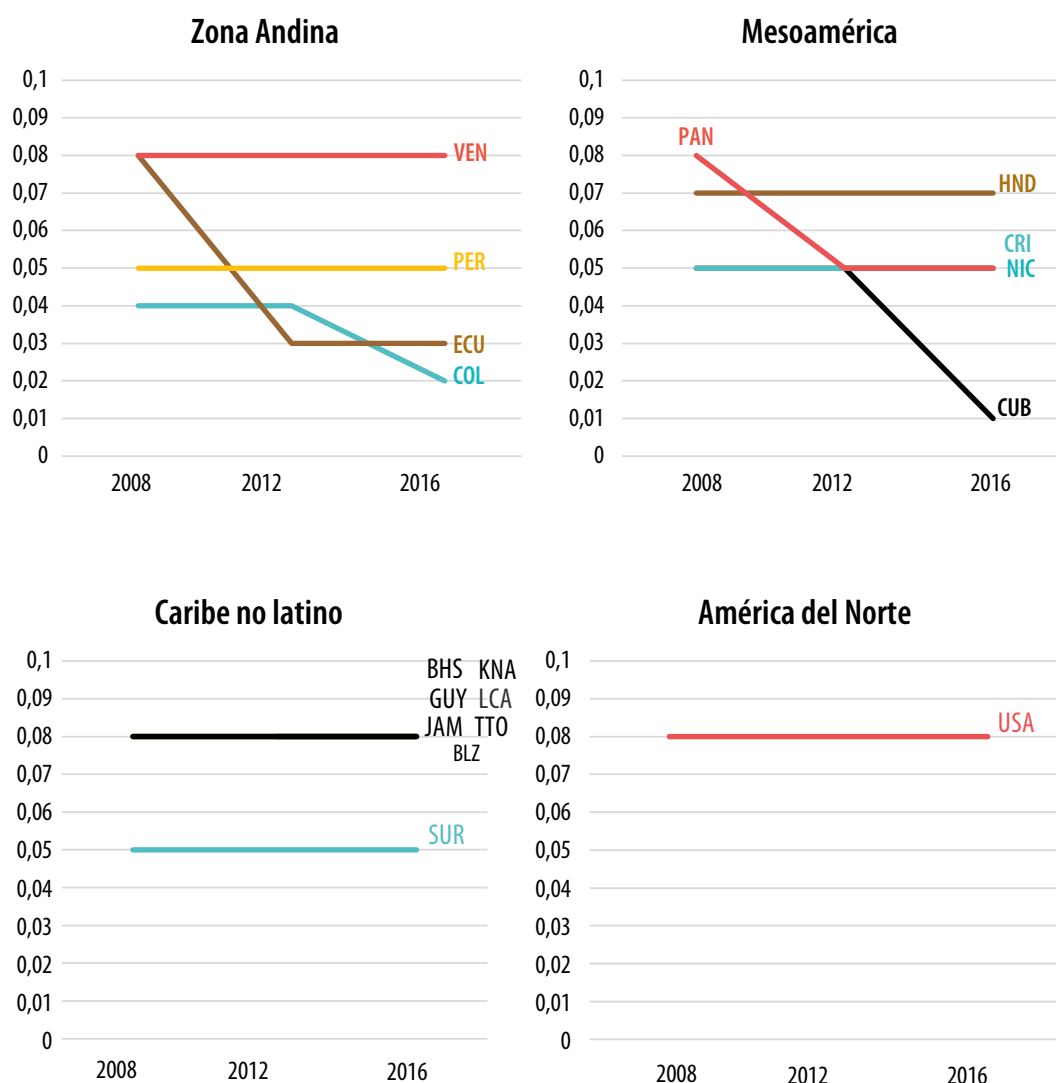
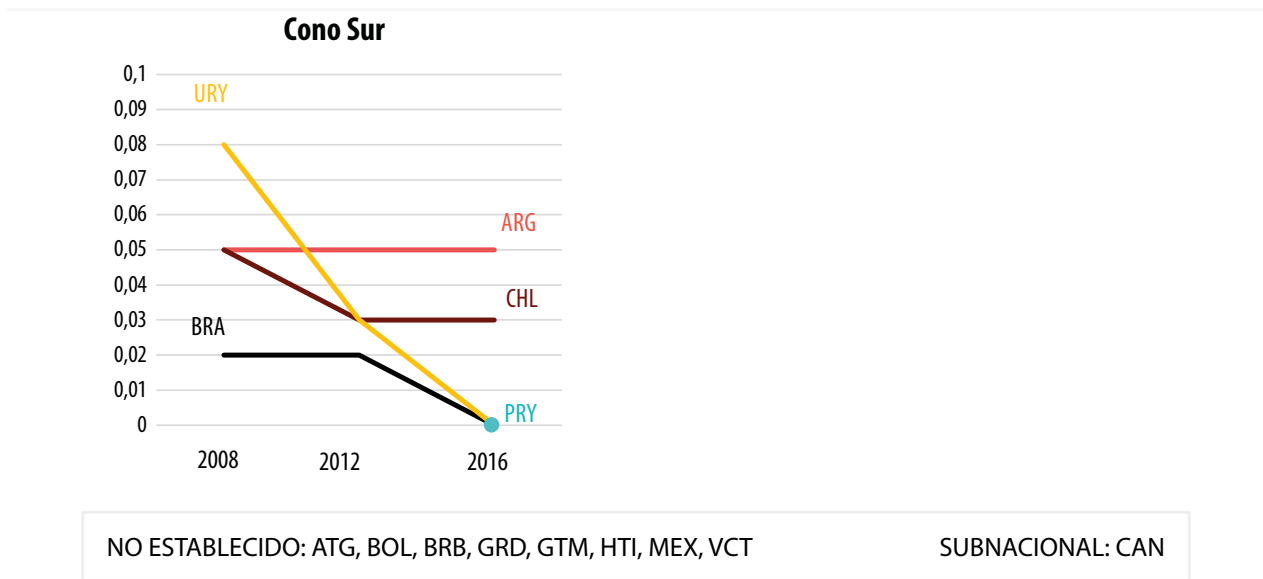
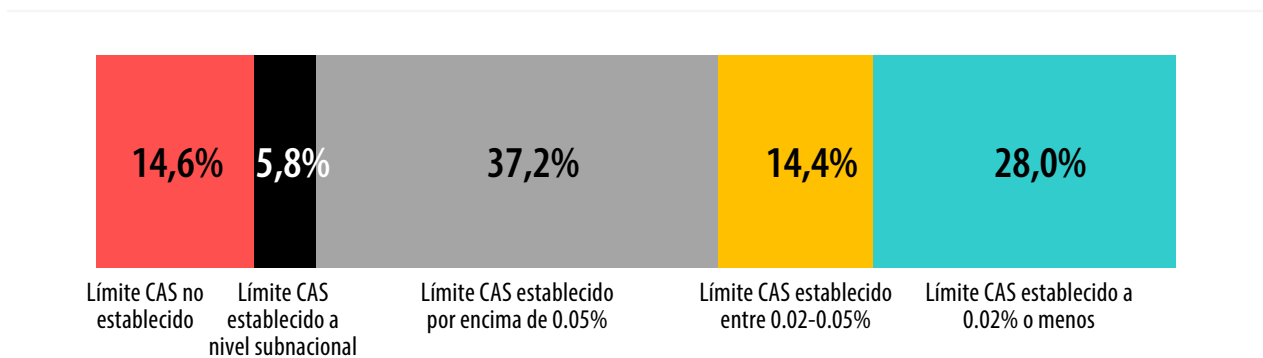


Figura 39. Límites de CAS para la población general en la Región de las Américas por subregión y año, 2008-2016 (Cont.)



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Legal BAC limits, Drink driving, Alcohol control policies. Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Figura 40. Cobertura poblacional de los límites de CAS para la población general en la Región de las Américas, 2016



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Legal BAC limits, Drink driving, Alcohol control policies. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Respuesta de los servicios de salud

Como se analizó en las secciones anteriores, los trastornos por consumo de alcohol están asociados a una carga excepcionalmente grande para los bebedores y otras personas. Estos trastornos son difíciles de tratar y prevenir. La negación es una señal distintiva de los trastornos por consumo de alcohol, por lo que las personas que necesitan servicios de tratamiento a menudo no son conscientes de los beneficios que pueden obtener de ellos. Si el bebedor es consciente de que necesita ayuda, los trastornos se estigmatizan, su tratamiento es a menudo una rareza y resulta costoso en muchas culturas. Todas estas características disminuyen aún más las probabilidades de que aquellos que necesitan tratamiento lo reciban.

La **cobertura del tratamiento** es el porcentaje de personas que necesitan y reciben tratamiento para los trastornos debidos al consumo de alcohol y las **brechas de tratamiento** son la diferencia entre la necesidad de tratamiento y la cobertura del tratamiento. Estas brechas pueden surgir por una falta de detección de los trastornos debidos al consumo de alcohol, limitada capacidad de tratamiento, poco conocimiento sobre los servicios prestados u otros obstáculos (por ejemplo, costo, conveniencia de ubicación). En el 2016, dos de cada cinco países de la Región de las Américas (n=13, 41%) no conocían el porcentaje de personas que necesitaban y recibieron tratamiento para los trastornos debidos al consumo de alcohol en el país, lo que pone de manifiesto la falta de datos sobre la detección y las derivaciones relacionadas con el alcohol a nivel de país.

Recuadro 8. Aumentar la capacidad de detección de trastornos por consumo de alcohol en Colombia, México y Perú

La detección e intervención breve es un enfoque eficaz a nivel individual de importancia fundamental a la hora de formular soluciones de política a múltiples niveles para combatir los daños relacionados con el consumo de alcohol. A pesar de la sólida evidencia en cuanto a su eficacia, pocos países realizan este enfoque ampliamente como componente de la atención médica regular. Los beneficios potenciales de ampliar el uso de este enfoque son grandes: en un estudio se calculó que un aumento de 30% de la detección e intervención breve generaría una reducción de 10% a 15% del consumo nocivo de alcohol y una disminución de 5% a 14% de la incidencia de la dependencia del alcohol (163). Las bajas tasas de utilización de este enfoque a menudo se atribuyen a obstáculos como el costo de la capacitación de quien ha de aplicar el enfoque, la carga para los prestadores del servicio de tratar el asunto con los pacientes y formular recomendaciones, y el énfasis exclusivo en los prestadores en lugar de en la manera en que las estructuras de atención de salud cohiben o fomentan el uso de la detección e intervención temprana.

Recuadro 9. La herramienta de detección de trastornos por consumo de alcohol en encuestas poblacionales

La OMS elaboró la **prueba para la detección de trastornos por consumo de alcohol (conocida como AUDIT por su sigla en inglés)** para evaluar de una manera oportuna y costo-eficaz el riesgo que representa el consumo de alcohol de una persona. La finalidad es detectar patrones peligrosos y perjudiciales de consumo de alcohol y el riesgo de padecer trastornos por el consumo de alcohol. La información puede aportar sugerencias y consejos inmediatos sobre los pasos que deben seguirse, según corresponda. El método AUDIT abarca tres áreas: consumo peligroso de alcohol, síntomas de dependencia y consumo nocivo del alcohol. Cada pregunta se califica usando una escala de 0 a 4 en la cual los valores más altos indican patrones de consumo más perjudiciales. Después de llenar la prueba AUDIT, se suman los puntajes obtenidos en cada área: un puntaje total de 8 o mayor es indicativo de un riesgo de salud y otros problemas si el consumo de alcohol no cambia o aumenta. Un prestador de atención de salud puede usar la distribución para tratar el patrón específico de una persona, a fin de ver cómo y dónde encajan en el espectro. Sin embargo, la prueba AUDIT no es una herramienta de diagnóstico, por lo que las personas que tienen una puntuación de 20 o más pueden o no satisfacer los criterios clínicos de un trastorno por consumo de alcohol.

Liderazgo, concientización y compromiso

La Región de las Américas registra algunos de los porcentajes más bajos de países con políticas nacionales sobre el alcohol. De los 31 países que regulan el alcohol a nivel nacional, solo ocho (25,8%) tenían una política nacional escrita en vigor en el 2016 (figura 41). Aproximadamente un número de países tres veces mayor (n=23) no contaba con un documento

similar. En términos generales, 22,9% de los países de la Región tenía una política nacional escrita implantada, porcentaje que es sustancialmente inferior al de otras regiones como Europa (71,2%), el Pacífico Occidental (76,5%) y el Sudeste Asiático (55,6%), pero que es comparable al de África (29,8%).

Figura 41. Estado de las políticas nacionales escritas de los países de la Región de las Américas relativas al alcohol en el 2016

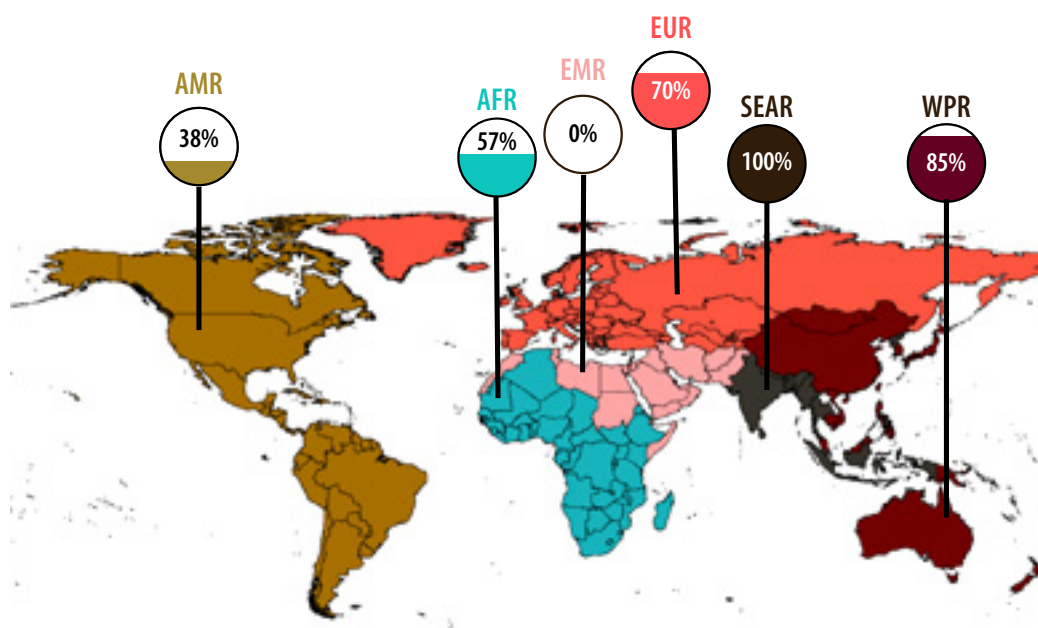


NOTA: No hay información con respecto a Bolivia y Haití. Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Information System on Alcohol and Health. Adopted and written national policy on alcohol, National policy, Alcohol control policies. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

Las prioridades de un país pueden resultar más evidentes en sus presupuestos y en las áreas a las cuales asignan la mayor cantidad de fondos. A excepción de la Región del Mediterráneo Oriental (donde muchos países tienen una prohibición total de consumo de alcohol), la Región de las Américas tiene los niveles más bajos de financiamiento público para la formulación y ejecución de políticas en materia de

alcohol (figura 42). Como se examinará en la próxima sección, algunas políticas relativas al alcohol, como los impuestos al consumo, las tarifas por concesión de licencias o la aplicación de multas fiscales por infracciones de marketing, pueden ayudar a recaudar dinero para que los gobiernos locales puedan compensar estas limitaciones de fondos.

Figura 42. Porcentaje de países que informaron que destinaban fondos públicos a la ejecución de sus políticas nacionales en materia de alcohol para el 2016 por subregión de la OMS



Fuente: Encuesta mundial sobre el alcohol y la salud 2016.

Recuadro 10. Día Nacional contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas de México

El alcohol es un factor de peso en muchas de las principales causas de muerte de adultos jóvenes en México, incluidos los traumatismos por colisiones de tránsito y la violencia interpersonal. Esta carga llevó al gobierno nacional y al Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios a declarar la prevención del consumo de alcohol una prioridad de primer orden. Una manera en que se materializó este compromiso tuvo lugar cuando la Cámara de Diputados decretó el 15 de noviembre como el día para crear conciencia sobre los daños asociados al consumo de alcohol. Este nuevo día feriado se celebró por primera vez en el 2018, con la realización de actividades de sensibilización sobre el alcohol en los 31 estados mexicanos (164). La celebración incluyó una variedad de actividades interactivas, incluida una marcha de Durango a La Laguna, materiales didácticos que describían los daños agudos y crónicos del consumo de alcohol y talleres como “Cero muertes por alcohol al volante”, dirigido a los jóvenes (165, 166). Se puso énfasis en la prevención de los daños a los jóvenes por el consumo de alcohol, con lemas como el que se usó en el evento inaugural, “A los menores de edad ni un solo trago”, y actividades dirigidas a crear conciencia sobre la vigilancia del cumplimiento de las normas sobre la venta de alcohol a menores de edad incluidas en la Estrategia Nacional para la Prevención de Consumo de Bebidas Alcohólicas en Menores de Edad (166).

Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol

Con base en la premisa de que el consumo nocivo de alcohol es una prioridad de salud pública, la OMS dio a conocer en el 2010 la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (en lo sucesivo denominada la “estrategia mundial sobre el alcohol”), con el respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud (158). En esta estrategia se define el consumo nocivo de alcohol como “el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la

sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales” (158).

En esta estrategia se definieron diez esferas de acción (figura 43) para alentar a los Estados Miembros a considerar la aplicación de enfoques para la prevención del consumo de alcohol que abarcan múltiples sectores y múltiples niveles de ejecución (158).

Figura 43. Diez esferas de acción de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol



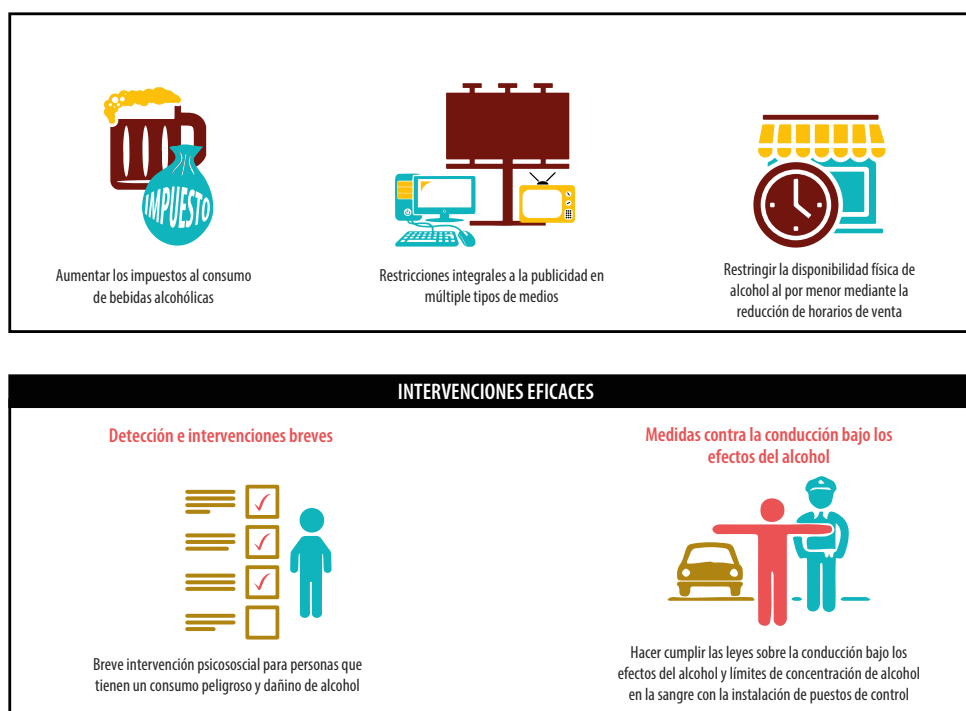
Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020

En el **Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020** de la OMS se señaló el consumo nocivo de alcohol como un factor de riesgo clave de las enfermedades no transmisibles (ENT) en el 2011 (167). La contribución sustancial de este documento fue definir las estrategias de prevención más costo-eficaces. La estrategia se actualizó en el 2017 y en esa revisión se crearon tres categorías de políticas e intervenciones en materia de alcohol de acuerdo con su nivel de efectividad y costo efectividad. Las **“mejores inversiones”** contenían las intervenciones más eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol en la población general y costaban menos de \$100 dólares internacionales por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) evitado (figura 44). La siguiente categoría fueron las **intervenciones eficaces**, que incluían estrategias que pueden lograr reducir los daños relacionados con el alcohol a nivel de la población pero que cuestan más de \$100 internacionales por AVAD evitado.

Por último, las **intervenciones recomendadas** incluían estrategias de prevención para apoyar la ejecución de las mejores inversiones y las intervenciones eficaces (168, 169).

Estas clasificaciones se basan en varios estudios internacionales publicados desde el 2017. Por ejemplo, en un análisis reciente que recopiló datos de más de 275.000 jóvenes en 84 países se determinó que la disponibilidad, el precio y las políticas de marketing tenían un alto potencial para impedir que los jóvenes se convirtieran en bebedores (170). En otro análisis de 78 países de ingresos bajos y medianos se concluyó que cada US\$ 1 invertido en una mejor inversión generaría un rendimiento de US\$ 9,1 para el 2030, que es un resultado más alto que los rendimientos previstos para inversiones similares en el control del tabaco (US\$ 7,4) o en la prevención de la inactividad física (US\$ 2,8) (171)⁸.

Figura 44. Políticas e intervenciones descritas en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020



⁸ Se incluyeron todos los países de ingresos bajos y medianos de la Región de las Américas que son Estados Miembros de la OMS: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VCT y VEN.

El camino a seguir: La iniciativa SAFER

La manera más eficiente de progresar hacia el logro de las metas mundiales sobre el consumo del alcohol es ejecutar de forma estratégica las políticas más eficaces en materia de alcohol. En el 2018, la OMS puso en marcha la iniciativa SAFER para ayudar a los países a reunir y poner en práctica un conjunto de directrices e instrumentos recientes relacionados con la prevención del alcohol, como la **Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol** del 2010 (la estrategia mundial), el **Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020** (el plan de acción de las ENT) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) (169).

Las estrategias SAFER

Reconociendo los retos que los países enfrentan a lo largo de todo el proceso de formulación de políticas en materia de alcohol, la OMS definió un marco para la iniciativa SAFER usando tres estrategias —implementar, dar seguimiento y proteger— a fin de alentar a los países a adoptar una orientación firme hacia la protección de la salud del público en todo este proceso. Con la primera estrategia, implementar, se alienta a los países a considerar las cinco intervenciones del paquete técnico SAFER (descritas en la siguiente sección), muchas de las cuales requieren la promulgación de nuevas leyes o la revisión de las existentes. Durante la fase de implementación, también es fundamental que los países piensen de forma previsoramente acerca de los recursos que se requerirán para las fases futuras, como los recursos destinados al cumplimiento y la vigilancia. La implementación eficaz de la iniciativa SAFER requiere de la colaboración multisectorial, porque los daños relacionados con el alcohol abarcan sectores diversos y las responsabilidades de elaboración y observancia de la normativa probablemente correspondan a competencias y ámbitos diferentes.

Una vez implementadas las estrategias, es fundamental que los países lleven a cabo una vigilancia regular y vigorosa de la implementación y observancia de la política o programa. Los datos que genere este seguimiento servirán para evaluar la calidad, la cobertura poblacional y el conocimiento y apoyo del público. La OMS recomienda que los sistemas de seguimiento incluyan los cinco elementos siguientes:

- **Implementación de las políticas:** puesta en práctica de las políticas y programas, de conformidad con las prácticas óptimas
- **Vigilancia del alcohol:** Seguimiento regular del consumo y las ventas de alcohol
- **Vigilancia sanitaria:** Vigilancia de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el alcohol
- **Daños sociales:** Vigilancia de las consecuencias sociales atribuibles al alcohol (por ejemplo, violencia)
- **Notificación regular:** Difusión pública regular de los resultados de la vigilancia

El medio más importante para proteger la labor de los países para poner en práctica la iniciativa SAFER es apoyarse firmemente en la evidencia. Como se describirá en la próxima sección, es muy clara la evidencia que sustenta cuáles políticas y programas en materia de alcohol son las más efectivas y costo-eficaces. A pesar de la solidez de estos datos, a menudo se observa en el ámbito de las políticas relativas al alcohol la tendencia a hacer afirmaciones que son especulativas, infundadas o que causan confusión. Independientemente de la posible buena intención de tales afirmaciones, los datos indican con claridad que las políticas y los programas de las iniciativas SAFER producen algunos de los mayores beneficios para la salud pública.

Para proteger la labor de prevención del consumo de alcohol, debe brindarse especial atención al papel de la industria del alcohol. La interferencia de la industria es un reto para la formulación de políticas en materia de alcohol basadas en la evidencia, tanto en la Región de las Américas como en otras regiones. Esta interferencia puede adoptar muchas formas, que van desde las acciones más evidentes como el participar directamente en la formulación de las políticas nacionales sobre el alcohol hasta tácticas más subversivas como campañas de responsabilidad social de las empresas que pueden difundir información incorrecta. Muchas de las políticas en materia de alcohol más efectivas y costo-eficaces restringen la actividad comercial de la industria de las bebidas alcohólicas y pueden ir en contra de sus intereses financieros; por consiguiente, la industria del alcohol tiene un conflicto de intereses financieros con la formulación de políticas en materia de alcohol.

Políticas y programas de la iniciativa SAFER

La iniciativa contiene cinco políticas y programas principales. En el 2013, el plan de acción de las ENT fue el primer documento en el que se definieron las “mejores inversiones”, es decir, las intervenciones más efectivas y costo-eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol, en particular en los países de ingresos bajos y mediano (169).

Las tres mejores inversiones son las intervenciones efectivas y costo-eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Cuatro años después, la Asamblea Mundial de la Salud afinó el objetivo de las mejores inversiones y agregó medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.

Figura 45. El paquete técnico SAFER



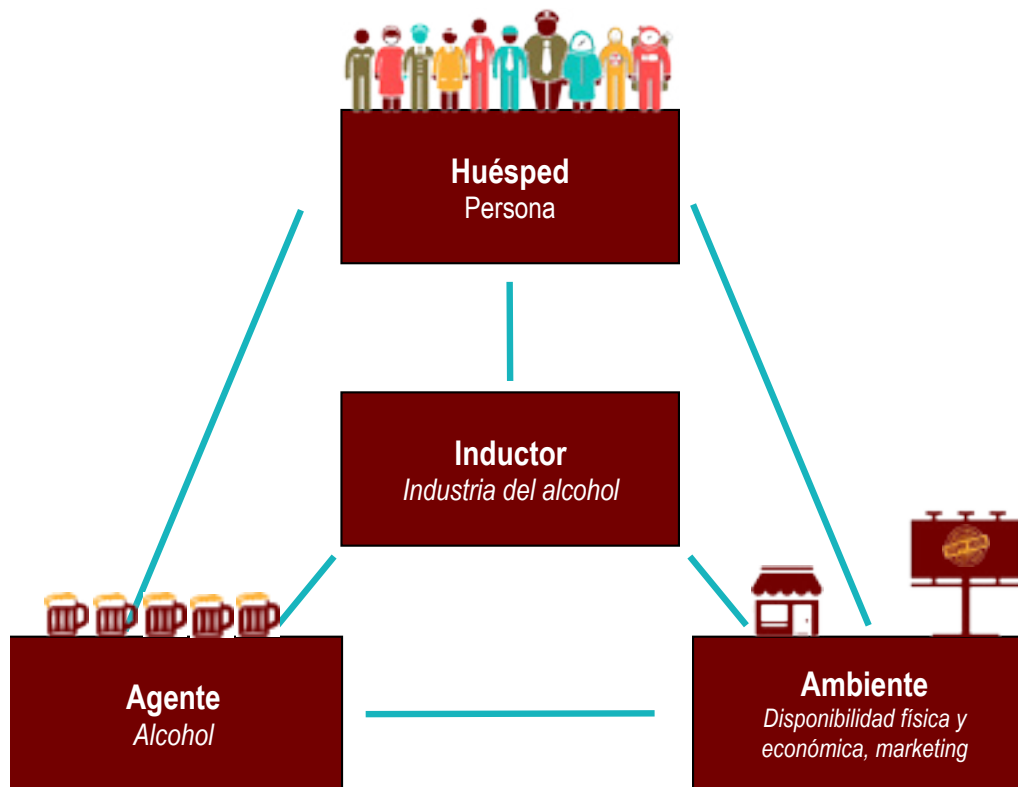
La industria del alcohol

Todo análisis integral del papel del alcohol en una sociedad debe considerar la industria del alcohol, puesto que el alcohol es un producto comercial que se produce, distribuye, comercializa y vende legalmente. La **industria del alcohol** comprende a un grupo heterogéneo de actores que colaboran en torno a un interés común en la supervivencia y el crecimiento del mercado de las bebidas alcohólicas (la cerveza, los licores destilados y, en menor grado, el vino). Esto significa que la industria del alcohol tiene un interés financiero en extender las ventas de alcohol hacia nuevos mercados y grupos de consumidores así como incrementar el consumo de alcohol en los mercados existentes, lo cual puede tener consecuencias más adelante para la salud pública.

La noción de las **epidemias industriales** puede ser una analogía útil para comprender el papel de la industria en

la situación epidemiológica y las políticas en materia de alcohol (172). La investigación de las epidemias industriales utiliza una versión modificada de la tríada epidemiológica tradicional para describir los efectos sobre la salud de los productos fabricados comercialmente (figura 46). En los modelos tradicionales, el **huésped** es la persona susceptible a una enfermedad y el **ambiente** es el contexto que apoya la transmisión de un **agente** al huésped. Las dos modificaciones primarias para los marcos de las epidemias industriales son considerar que los agentes son comerciales en lugar de infecciosos y reemplazar la noción de **vectores** (es decir, otro medio de propagar el agente a otros huéspedes) por la de **inductores** (es decir, la industria del alcohol y su manera de coordinar a los huéspedes, agentes y ambientes) (172).

Figura 46. Tríada de la epidemiología industrial



Fuente: Basado en Jahiel, R. I., & Babor, T. F. (2007). *Industrial epidemics, public health advocacy and the alcohol industry: lessons from other fields. Addiction, 102(9), 1335-1339.*

A nivel mundial, las empresas productoras de bebidas alcohólicas figuran entre las más lucrativas del mundo. También ha aumentado su consolidación, sobre todo en el sector de la cerveza (la participación en el mercado mundial aumentó de 28% en 1979-1980 a 67% en el 2017), seguida de los licores destilados (de 42,3% a 50,5%) (173). Esta concentración del mercado facilita sobremedida el marketing (agencia de la marca, diseño del producto, colocación del producto, patrocinios, marketing a los interesados directos) y los gastos por concepto de marketing, responsabilidad social de las empresas e incidencia de la industria del alcohol en la formulación de políticas a los niveles nacional e internacional.

Desde esta perspectiva, puede observarse entonces que la industria del alcohol tiene un interés en configurar los entornos en los cuales las personas deciden acerca del consumo de alcohol para hacer que dichos entornos sean más propicios. Cuando esto sucede, es mayor la probabilidad de que las personas aumenten su consumo de alcohol y de que, en consecuencia, se eleven también los niveles de las enfermedades crónicas y las lesiones. A menudo,

estos perjuicios se producen en los más vulnerables (por ejemplo, los jóvenes, las embarazadas) y en los grupos que ya ingieren grandes volúmenes de alcohol. Esto subraya la razón por la cual la salud pública debe ser consciente de las maneras en que la industria está controlando el ambiente del alcohol, en particular en lo que tiene que ver con las mejores inversiones: aumento de los impuestos al alcohol, reducción de la disponibilidad física y restricción del marketing. Estas políticas efectivas y costo-eficaces van en contra de los intereses financieros de la industria. En cambio, la industria del alcohol a menudo prefiere usar enfoques de alto riesgo como el tratamiento de la dependencia del alcohol y las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol que afectan a poblaciones más pequeñas de bebedores (174). Si bien estos consumidores de alto riesgo representan porciones desproporcionadamente grandes de las ventas de la industria, son un número más pequeño.

A medida que las poblaciones de ingresos altos en otras regiones del mundo están comenzando a consumir menos bebidas alcohólicas, la industria está buscando maneras de

reemplazar esos mercados. Los países de ingresos bajos y medianos, en particular aquellos ubicados en la Región de las Américas y África, donde existen pocas regulaciones, son candidatos atractivos (175). Más específicamente, el reclutamiento de abstemios actuales que viven en países de ingresos bajos y medianos para convertirlos en bebedores podría generar oportunidades económicas para la industria. Dado que los países de ingresos bajos y medianos destinan sus limitados recursos a atender problemas más apremiantes como la desnutrición y las enfermedades infecciosas, el consumo de alcohol está aumentando (175). Con el aumento del consumo de alcohol, también ha de aumentar el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles a las cuales el alcohol contribuye.

Retos

Figura 47. Circuito de retroalimentación de definición del problema



El progreso hacia la implementación de la estrategia mundial y la eliminación de la epidemia de daños atribuibles al alcohol en la Región de las Américas ha sido lento y subsisten los retos. Se observa la aparición de varios temas comunes cuando se pide a los países que describan los retos más apremiantes. Una de las razones citadas con mayor frecuencia para explicar la falta de acción en torno a la política sobre el alcohol es que los gobiernos, incluso aquellos que enfrentan costos elevados por concepto de los diversos daños relacionados con el alcohol, no atribuyen dichos daños al consumo de alcohol. El consumo de alcohol está profundamente anidado en las culturas de la Región, lo cual puede hacer

más difícil el definir los daños relacionados con el alcohol a partir de un marco de salud pública. Esta tolerancia cultural hacia el consumo de alcohol, la intoxicación y el consumo excesivo puede facilitar la propagación de información incorrecta, y estas dinámicas culturales que menoscaban los esfuerzos de prevención empeoran en aquellas zonas con un marketing de alcohol prevalente y la interferencia de la industria del alcohol. En particular, puede resultar más difícil para las autoridades “ver” el papel que pueden desempeñar para reducir los daños relacionados con el alcohol (figura 47) mediante la implantación de políticas costo-eficaces en toda la población. En su lugar, muchos países siguen adoptando el marco de la industria del alcohol sobre los daños relacionados con el alcohol, que define el problema como algo causado por *personas* de alto riesgo y no por un *producto* de alto riesgo. Esto a menudo lleva a los gobiernos a concentrarse únicamente en los perjuicios más extremos relacionados con el alcohol, como la dependencia del alcohol. El consumo de alcohol es uno de los factores principales que contribuyen a las ENT, los traumatismos y las muertes en la Región de las Américas, y es muy poco probable que los países puedan combatir los daños relacionados con el alcohol exclusivamente a nivel individual, ya que las intervenciones individuales son más costosas de ejecutar y las disminuciones del consumo de alcohol son a menudo más difíciles de mantener en el tiempo. Además, el no poder determinar la diversidad de daños que causa el consumo de alcohol deja a muchos gobiernos en una situación en la cual el nivel de los recursos financieros y humanos asignados para prevenir el consumo de alcohol y los daños conexos se quedan cortos ante los daños atribuibles al alcohol.

Esta falta de financiamiento a menudo se traduce en una falta de datos para describir la magnitud y la naturaleza del problema. Estos datos locales son particularmente importantes al momento de abogar por un cambio de política, pues los datos de países de ingresos altos en América del Norte o Europa pueden percibirse como no válidos o inaplicables a la situación local y, por consiguiente, inapropiados para usarlos como base para tomar decisiones de política. También hacen falta datos sobre las soluciones; la mayoría de los países cuenta con pocos o ningún dato local que pueda usarse para calcular el costo de la implementación de intervenciones o de las reducciones del consumo o los daños asociadas a las estrategias de prevención. Independientemente del tipo de datos que los países procuren, la tecnología con la que cuentan es a menudo caduca y puede limitar el nivel de complejidad de lo que estarían en capacidad de hacer.

tratar la situación actual del alcohol y la salud en la Región, examinar el progreso logrado a nivel mundial, regional y nacional, así como determinar contratiempos surgidos en la implementación de políticas e intervenciones. También se pidió a las participantes formular recomendaciones sobre

cómo los Estados Miembros podrían avanzar en la reducción del consumo nocivo de alcohol a todos los niveles. Los resultados de la reunión se presentaron a nivel mundial en la 146.ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, del 3 al 8 de febrero del 2020.

Recuadro 11. Comentarios de la consulta regional sobre el papel de la industria del alcohol

Durante la consulta regional del 2019, surgió un claro consenso de que la participación de la industria del alcohol estaba impidiendo la formulación de políticas en materia de alcohol. Una inquietud que los participantes en la consulta tuvieron en común fue que eran pocas las oportunidades en el ámbito de sus funciones para documentar esta interferencia. Además, se ha permitido que esta interferencia continúe porque otros funcionarios de gobierno y el sector público desconocen el conflicto de intereses de la industria del alcohol con la salud pública. En otros casos, los funcionarios de gobierno responsables de formular la política en materia de alcohol mantenían relaciones con la industria del alcohol y tenían sus propios conflictos de intereses financieros. Como prueba de las consecuencias de esta interferencia, varios participantes ofrecieron ejemplos de las maneras en que el ambiente del alcohol está inclinado hoy en día en favor de la industria. Por ejemplo, la industria del alcohol paga mucho menos impuestos que la carga del alcohol en la sociedad, los grupos vulnerables se ven sobreexpuestos a la publicidad del alcohol y los mensajes de marketing no se verifican en cuanto a su exactitud científica y pueden inducir a error tanto al público como a los funcionarios públicos.

En respuesta a esta interferencia, los puntos focales de los ministerios de salud de la Región solicitaron la preparación de un conjunto de directrices que describieran claramente las funciones y responsabilidades apropiadas de la industria del alcohol. Además, pidieron apoyo técnico para hacer mediciones y determinar métodos para limitar la interferencia de la industria.

En los casos de los países que cuentan con la capacidad de poner en práctica políticas basadas en la evidencia, los presupuestos destinados a tales labores son con frecuencia tan limitados que no sobran recursos para interactuar con los medios de comunicación a fin de fomentar la sensibilización del público ante las nuevas medidas y procurar su respaldo a las mismas. La industria del alcohol también se ha consolidado en los últimos decenios hasta formar un puñado de empresas transnacionales con sustanciales cuotas de mercado. Estos cuasimonopolios significan que la industria tiene a menudo muchos más recursos con los cuales ejercer presión en favor de políticas específicas o difundir sus mensajes acerca del consumo de alcohol que los Estados Miembros a nivel local. Esto también puede tentar a los Estados Miembros a aceptar recursos de la industria en apoyo a sus actividades de prevención.

Además de los recursos financieros, los recursos humanos también pueden ser escasos. Las administraciones públicas pueden cambiar en plazos relativamente cortos. Esto crea oportunidades para interactuar con funcionarios nuevos que pudieran estar abiertos a considerar soluciones de política; sin embargo, también significa que los Estados Miembros pueden

tener que destinar preciosos recursos a la reeducación continua de funcionarios públicos y otras instituciones y a la generación de la capacidad técnica, la pericia en el área temática y las redes vitales que se pierden con el cambio de administración.

Otro reto mencionado reiteradamente en la Región fue que la industria del alcohol estaba muy involucrada en el proceso de formulación de las políticas. Como la industria también tiene interés en configurar el ambiente del consumo de alcohol, puede intentar asociarse con la sociedad civil y hacerse de un lugar en la mesa de las conversaciones sobre la formulación de políticas. Esto no es apropiado porque la industria del alcohol no tiene la pericia en materia de política pública o salud pública que se requiere para conducir esas deliberaciones. Además, este arreglo inapropiado puede inducir a conflictos de intereses financieros, crear dependencia financiera, dañar reputaciones y servir de marketing de marca.

Por último, otro sentimiento común es que el énfasis en la política sobre el alcohol no llega a brindar apoyo a los Estados Miembros para hacer cumplir las nuevas políticas. Esta es una gran limitación, porque las políticas que no se aplican no podrán alcanzar su potencial de salud pública.

CONCLUSIONES

La evidencia de los daños que causa el consumo de alcohol es contundente e irrefutable. El alcohol tiene una relación causal con más de 200 enfermedades y códigos de lesiones. Desde el último informe que resume la carga del consumo de alcohol en la Región de las Américas, el estudio sobre la carga mundial de enfermedad utilizó datos de 195 países para concluir que no existe un nivel inocuo de consumo de alcohol (4). Además, los investigadores examinaron con sumo detalle la bibliografía sobre los supuestos beneficios que con frecuencia se mencionan del consumo “moderado” de alcohol y concluyeron que probablemente se trate de una anomalía estadística y no un resultado real (81, 176). Con base en esta evidencia, la posición de la OMS es que todo nivel o patrón de consumo de alcohol conlleva cierto riesgo. Persiste la necesidad apremiante de concientizar a los responsables de las políticas sobre la carga del consumo de alcohol y los posibles beneficios de las políticas e intervenciones en materia de alcohol.

El consumo de alcohol y los daños atribuibles al mismo siguen siendo persistentemente altos. La manera en que los bebedores consumen alcohol en la Región, es decir, el consumo excesivo episódico, está asociada a altos niveles de daños producto de la intoxicación etílica, como los traumatismos por colisiones de tránsito y la violencia interpersonal. En consecuencia, muchos países de la Región registran algunas de las tasas más elevadas de traumatismos atribuibles al alcohol en cualquier lugar del mundo. En este informe se puso especial énfasis en el consumo del alcohol en los jóvenes, porque los daños causados en este grupo de la población pueden impedir el desarrollo económico. También se prestó atención a grupos vulnerables como las embarazadas, las poblaciones indígenas y los grupos económicamente desfavorecidos, quienes a menudo sobrellevan una carga desproporcionada de los perjuicios atribuibles al alcohol. El alcohol hace más profundas las brechas de desigualdad, y vistas las tendencias actuales, no se alcanzarán las metas relacionadas con el alcohol, las ENT y los ODS.

Hasta la fecha, la respuesta de política ha sido lamentablemente inadecuada para proteger a las personas de la Región de las Américas de los daños atribuibles al alcohol, tanto de su propio consumo como del consumo de otros a su alrededor. La evaluación del consumo de alcohol y sus riesgos debe formar parte de todos los servicios de salud que se prestan a jóvenes y adultos, en todas partes, y es necesario contar con servicios de tratamiento accesibles, asequibles e integrados a los sistemas de salud junto con otros servicios de salud mental basados en la comunidad y con grupos de apoyo para la recuperación. A menudo, los países que tienen las cargas más altas de daños atribuibles al alcohol han adoptado las políticas menos restrictivas para prevenir y reducir el consumo nocivo de alcohol. Si el ambiente de las políticas permanece igual que hoy, las proyecciones indican que el consumo de alcohol seguirá subiendo y los daños probablemente aumentarán con él.

La información presentada en este documento puede usarse para comprender los patrones actuales de consumo, apreciar la magnitud de la carga del consumo de alcohol y promover las políticas y los programas más efectivos y costo-eficaces para combatir los daños. Además, se tienen ejemplos de países de la Región que han aplicado con éxito estrategias de prevención basadas en la evidencia y que podrían brindar asistencia o apoyo a los países que trabajan en enfoques similares. Para poner fin a la epidemia de daños atribuibles al consumo de alcohol en la Región, los países deberán pensar de forma prospectiva y adoptar un enfoque interdisciplinario y multisectorial, y actuar con coherencia en cuanto a las políticas para que la salud pública prevalezca sobre los intereses comerciales.

A partir de los datos sobre el consumo de alcohol, los daños conexos, el entorno actual sobre las políticas, las oportunidades y los retos muy específicos de la Región de las Américas, se presenta en la siguiente sección un conjunto de recomendaciones para la Región.

RECOMENDACIONES FINALES

Estas recomendaciones finales se basan en los objetivos establecidos en la estrategia regional de la OPS, la estrategia mundial de la OMS, el plan de acción sobre las ENT, los ODS y la investigación que se viene haciendo desde el 2010. En su conjunto, estos documentos recogen la mejor orientación disponible sobre cómo lograr una reducción significativa y sostenible del consumo de alcohol y sus daños.

Existe la necesidad urgente de acelerar el progreso hacia la prevención del consumo de alcohol y sus daños. Las Naciones Unidas fijó metas de gran alcance para aumentar el desarrollo y la salud en todo el mundo. El consumo nocivo de alcohol es una de las pocas áreas en las cuales los países han logrado pocos avances, y esto es particularmente cierto en la Región de las Américas. Se requiere adoptar medidas urgentes para cambiar de curso; de lo contrario, es probable que el aumento del consumo nocivo de alcohol continúe minando la salud y el desarrollo en todo el mundo, dificultando aún más el logro de otras metas. Si nada cambia, aproximadamente 1,5 millones de personas más morirán a consecuencia del consumo de alcohol en la Región entre el 2020 y el 2025.

Concientización y compromiso

La definición del problema es el primer paso en el proceso de salud pública. También es un paso fundamental, porque la manera en que se definen los problemas indica naturalmente qué soluciones se consideran apropiadas. Esto significa que las campañas para ejecutar nuevas políticas e intervenciones deben empezar con una definición clara del problema. Sin embargo, los Estados Miembros de la Región de las Américas a menudo enfrentan dos retos a la hora de definir los problemas relacionados con el alcohol: 1) convencer a otros de que el alcohol causa problemas y 2) presentar el problema usando un marco de salud pública. La

superación de estos retos es uno de los primeros pasos para romper el circuito de definición del problema y generar la voluntad política necesaria para cambiar políticas y normas. Si bien son limitados los datos de muchos Estados Miembros, este informe proporciona datos específicos de cada país sobre la morbilidad y la mortalidad atribuibles a alcohol que pueden servir de base para explicar cómo el alcohol está perjudicando a cada país. No habrá dos historias iguales sobre los daños que causa el alcohol; para conectarse con las comunidades y los responsables de las políticas, cada Estado Miembro debe adaptar su enunciado del problema del consumo de alcohol a su contexto local.

Los Estados Miembros deberían definir sus problemas relacionados con el alcohol teniendo la política o la intervención en mente. En concreto, deberían considerar qué aspecto del producto alcohólico o del entorno que propicia su consumo se pretende abordar con la política o la intervención y centrar la definición del problema en torno a dicho aspecto. En la mayoría de los casos resultará conveniente recordar que el interés común de la industria de las bebidas alcohólicas es presentar los problemas relacionados con el consumo de alcohol como problemas individuales, a fin de definir el problema como un problema asociado al producto (el alcohol) en lugar de la persona (consumidor).

Una vez que los Estados Miembros hayan definido claramente los problemas, deberían mejorar la base de conocimientos mediante la recopilación de nuevos datos sobre el consumo de alcohol, los daños, la política o el apoyo a las políticas. Luego de recopilada esa información, los resultados deberían transmitirse ampliamente al público y las autoridades por igual. Los datos sobre el apoyo a las políticas, a pesar de ser menos comunes, a menudo muestran un apoyo generalizado a las políticas de control del alcohol y pueden contribuir al cambio de políticas. Por ejemplo, datos del estudio internacional sobre el control

del alcohol correspondientes a Perú mostraron un apoyo mayoritario a once políticas relacionadas con la iniciativa SAFER (177). Estos datos sobre el apoyo a las políticas pueden transmitir la voluntad del público a los responsables de las políticas, quienes normalmente son elegidos por ese público. En el caso de aquellos Estados Miembros que no tienen este tipo de datos, deberían considerar la posibilidad de crear conciencia acerca de las lagunas del conocimiento. El seguimiento de rutina del consumo de alcohol, los daños a la salud y los perjuicios sociales son un componente integral para determinar las soluciones más apropiadas para lugares específicos y hacer el seguimiento de la ejecución del plan de acción sobre las ENT.

Los Estados Miembros también deberían explorar opciones para seguir concientizando sobre los daños relacionados con el consumo de alcohol. Por ejemplo, los adelantos registrados en la base de investigación también pueden brindar oportunidades para proseguir con el diálogo. La evidencia cada vez mayor que vincula el alcohol con el cáncer ha abierto varias oportunidades para los países. Primero, es un problema para el desarrollo, porque los países de América Latina y el Caribe están enfrentando la carga doble de enfermedades infecciosas y problemas relacionados con el modo de vida a medida que aumentan su desarrollo (103). En segundo lugar, la evidencia reciente indica que el ser consciente del vínculo entre el alcohol y el cáncer puede aumentar el apoyo a las políticas de control del alcohol (178). Esto ha llevado a los países de otras regiones a emprender campañas de sensibilización o producir etiquetas para advertir acerca del cáncer relacionado con el consumo de alcohol. En vista de ello, algunos países de otras regiones usaron esta investigación como una oportunidad de actualizar sus directrices nacionales y declarar con claridad que el alcohol es un agente carcinogénico y que no existe un nivel de consumo inocuo.

Implementar políticas e intervenciones eficaces

Las mejores inversiones —impuestos al consumo de alcohol, restricciones integrales al marketing y limitación de los horarios de venta de alcohol al por menor— son poderosas herramientas de prevención que están subutilizadas en la Región de las Américas. Es esencial dar prioridad a estas prácticas óptimas en los entornos de recursos limitados, porque permitirán a los Estados Miembros encauzar los

pocos fondos y personal disponibles hacia las estrategias que tengan las mayores probabilidades de lograr un cambio significativo. Esto se debe a que las mejores inversiones permiten ahorrar costos o no inciden sobre ellos, lo que las hace factibles y sostenibles en los entornos de ingresos bajos y medianos. La fijación y recaudación de impuestos al consumo de alcohol es beneficiosa en todos los sentidos. Evita muertes y enfermedades y, al mismo tiempo, permite financiar estrategias adicionales de prevención o actividades de los gobiernos. Si estas mejores inversiones se ejecutaran plenamente, podrían evitar 800.000 muertes prematuras en la Región para el 2030 (171).

Es muy recomendable que los Estados Miembros usen la iniciativa SAFER y las “mejores inversiones” para las ENT a fin de implementar soluciones basadas en la evidencia y fortalecer sus políticas actuales. Los Estados Miembros deberían evaluar críticamente si sus políticas se han establecido a un nivel suficientemente estricto para producir beneficios de salud pública. Por ejemplo, los Estados Miembros que aplican impuestos al consumo de alcohol que no reducen la asequibilidad del producto, edades legales mínimas para la compra por debajo de los 18 años y límites de concentración de alcohol en la sangre por encima del umbral recomendado de 0,05% podrían reducir significativamente el consumo de alcohol y sus daños si revisan y actualizan su legislación.

Énfasis en la equidad

La manera en que los daños relacionados con el alcohol se distribuyen en la sociedad es desigual, y es esencial que en las estrategias de prevención se asigne prioridad explícitamente a la equidad a fin de contrarrestar estos patrones potencialmente perjudiciales. En el presente informe se resumió la forma en que los patrones de consumo varían de un grupo sociodemográfico a otro en la Región de las Américas, con énfasis en grupos de alto riesgo como los hombres y los jóvenes. Además, se examinaron también las disparidades en cuanto a los daños sufridos, que pueden ser el producto de patrones de consumo riesgosos o de la superposición e interacción de vulnerabilidades (por ejemplo, falta de acceso a la atención de salud) que afectan a los grupos marginados. En su conjunto, estos resultados implican que los países deberían considerar qué grupos potencialmente vulnerables de la población viven en sus territorios y actuar de forma proactiva para asegurarse de que dichos grupos tengan un acceso equitativo a políticas e intervenciones a medida que estas se diseñan y ejecutan. Por ejemplo, la detección e intervención

breve es un método eficaz para reducir el consumo a nivel de la población general (179), pero puede acentuar las disparidades si solo se integran en los establecimientos de atención primaria en zonas donde no todos tienen un acceso igualitario a estos servicios (180).

Es posible que la inversión en reducir y prevenir las disparidades relacionadas con el alcohol pudiera ser una estrategia más costo-eficaz. La “paradoja de daños del alcohol” dice que los bebedores de ingresos bajos sufren más perjuicios a niveles similares de consumo de alcohol. Existe la posibilidad de que lo contrario también sea cierto: los grupos marginados pueden tener una asociación más elástica entre el consumo y los daños, de tal manera que las estrategias de prevención enfocadas hacia estos grupos pueden cosechar un mayor rendimiento de la inversión al prevenir más daños con reducciones más bajas del consumo de alcohol.

A nivel local, puede enfatizarse la equidad en la labor de prevención del consumo de alcohol usando un marco de determinantes sociales de la salud para establecer qué grupos tienen acceso a los recursos que se necesitan para ser saludable y prosperar. La OMS define los determinantes sociales de la salud como el resultado de la “situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece” y se caracterizan por “una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios” y un acceso desigual a “atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades” (181). Este entorno de consumo del alcohol, que incluye políticas que establecen parámetros relativos a los puntos de venta, publicidad y precios de las bebidas alcohólicas, encaja claramente en esta definición. El seguimiento provisional o continuo de los niveles de acceso al entorno del alcohol en todos los grupos sociodemográficos puede ayudar a determinar las prioridades para aumentar la equidad.

También debe prestarse atención a los problemas de protección desigual frente a los entornos de consumo de alcohol riesgosos a nivel nacional en la Región de las Américas. En todos los países se observa que el cambio de las políticas es a menudo el área más lenta de la Región y la de menores probabilidades de contar con recursos para tratar los daños relacionados con el alcohol. Ninguno de los países de ingresos bajos o medianos obtuvo una puntuación SAFER

mayor de 50, y ninguno dijo tener una política nacional en materia de alcohol por escrito y en vigor en el 2016. Aunque el porcentaje más alto de población que consume alcohol se registró en los países con los ingresos más altos, los volúmenes de alcohol que consumieron los bebedores y las tasas de muertes atribuibles al alcohol son más elevadas en los países de ingresos bajos y mediano-altos. Dadas las relaciones costo-beneficios favorables para las mejores inversiones y las amenazas que el alcohol representa para el desarrollo sostenible, estos países son quizás los que más tienen que ganar con la implementación de estas políticas basadas en la evidencia.

Acción multisectorial

Los daños relacionados con el alcohol son un problema multisectorial, por lo que requieren de una solución multisectorial. Las políticas e intervenciones más eficaces con frecuencia surgen cuando los interesados directos de diversos sectores del gobierno, la comunidad académica y de investigación y la sociedad civil aúnan esfuerzos y combinan sus conocimientos para crear soluciones factibles basadas en la evidencia. Esta amplia participación de interesados directos es estratégica, ya que cada sector aportará diferentes pericias y recursos; también puede asegurar la coherencia general de la política y las medidas que se adopten, pues se complementan entre sí y persiguen el objetivo común de reducir el consumo nocivo de alcohol.

La industria del alcohol cumple las funciones de productor, distribuidor, comercializador y vendedor de bebidas alcohólicas, y tiene que tomar medidas cuantificables para contribuir a la reducción del consumo nocivo de alcohol. Habida cuenta de sus grandes intereses comerciales en la venta de bebidas alcohólicas, su participación en la formulación de las políticas en materia de alcohol plantea un conflicto de interés inconciliable. Por consiguiente, las autoridades nacionales pueden escuchar su posición en las consultas públicas, de una manera transparente, y considerarlas según corresponda, sin ninguna influencia indebida. El seguimiento de las actividades de responsabilidad social de la industria del alcohol ayudaría a determinar cómo estas influyen en las normas sociales y los criterios del público sobre la política en materia de alcohol y cuán eficaces son para reducir su consumo nocivo.

REFERENCIAS

1. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Villalbí JR, Espelt A, Neira M, et al. Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: the case of Spain. *Population health metrics*. 2016;14(1):21.
2. Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N. International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol research and health*. 2003;27(1):95-109.
3. Stevens GA, Alkema L, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M, et al. Guidelines for accurate and transparent health estimates reporting: the GATHER statement. *PLoS medicine*. 2016;13(6):e1002056.
4. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (Londres, Inglaterra)*. 2018;392(10152):1015-35.
5. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Gmel G, Kantor LW. Gender Differences in Binge Drinking. *Alcohol Res*. 2018;39(1):57-76.
6. Astudillo M, Kuntsche S, Graham K, Gmel G. The influence of drinking pattern, at individual and aggregate levels, on alcohol-related negative consequences. *European addiction research*. 2010;16(3):115-23.
7. Grant BF, Chou SP, Saha TD, Pickering RP, Kerridge BT, Ruan WJ, et al. Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA psychiatry*. 2017;74(9):911-23.
8. White A, Castle IJP, Chen CM, Shirley M, Roach D, Hingson R. Converging patterns of alcohol use and related outcomes among females and males in the United States, 2002 to 2012. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2015;39(9):1712-26.
9. Keyes KM, Miech R. Age, period, and cohort effects in heavy episodic drinking in the US from 1985 to 2009. *Drug and alcohol dependence*. 2013;132(1-2):140-8.
10. Dawson DA, Goldstein RB, Saha TD, Grant BF. Changes in alcohol consumption: United States, 2001-2002 to 2012-2013. *Drug and alcohol dependence*. 2015;148:56-61.
11. Mäkelä P, Hellman M, Kerr W, Room R. A bottle of beer, a glass of wine or a shot of whiskey? Can the rate of alcohol-induced harm be affected by altering the population's beverage choices? *Contemp Drug Probl*. 2011;38(4):599-619.
12. Twigg L, Moon G. The spatial and temporal development of binge drinking in England 2001-2009: An observational study. *Social science & medicine*. 2013;91:162-7.
13. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ open*. 2016;6(10):e011827.
14. Brooks PJ, Zakhari S. Moderate alcohol consumption and breast cancer in women: from epidemiology to mechanisms and interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2013;37(1):23-30.
15. Scocciati C, Lauby-Secretan B, Bello P-Y, Chajes V, Romieu I. Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(3):S16-S25.
16. Patrick ME, Schulenberg JE, Martz ME, Maggs JL, O'Malley PM, Johnston LD. Extreme binge drinking among 12th-grade students in the United States: prevalence and predictors. *JAMA pediatrics*. 2013;167(11):1019-25.
17. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(7):830-42.
18. Powell PA, Faden VB, Wing S. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking, 2007. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. 2007.

19. Chaiyasong S, Huckle T, Mackintosh AM, Meier P, Parry CD, Callinan S, et al. Drinking patterns vary by gender, age and country-level income: Cross-country analysis of the International Alcohol Control Study. *Drug and alcohol review*. 2018;37:553-562.
20. Huckle T, Romeo JS, Wall M, Callinan S, Holmes J, Meier P, et al. Socio-economic disadvantage is associated with heavier drinking in high but not middle-income countries participating in the International Alcohol Control Study. *Drug and alcohol review*. 2018;37:563-571.
21. Probst C, Manthey J, Rehm J. Understanding the prevalence of lifetime abstinence from alcohol: an ecological study. *Drug and alcohol dependence*. 2017;178:126-9.
22. Huhtanen P, Tigerstedt C. Women and young adults suffer most from other people's drinking. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(7):841-6.
23. Rehm J, Kailasapillai S, Larsen E, Rehm MX, Samokhvalov AV, Shield KD, et al. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2014;109(6):880-93.
24. Anónimo. Turismo: 8% del PIB de la República Dominicana, creciendo 8,6%. *Dominican Today*. 2017.
25. Plante SG. Tourist deaths in the Dominican Republic are sparking concern among travelers: It's not yet clear whether the deaths of 10 Americas over the past year are connected. *Vox*. 2019.
26. Mzezewa T. What We Know About the Dominican Republic Tourist Deaths: Six Americans have died at resorts on the popular Caribbean island, and their families are raising questions about the circumstances. *New York Times*. 2019;Sect. A.
27. Rehm J. How should prevalence of alcohol use disorders be assessed globally? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2016;25(2):79-85.
28. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2010;105(5):817-43.
29. Kuntsche S, Plant ML, Plant MA, Miller P, Gmel G. Spreading or Concentrating Drinking Occasions—Who Is Most at Risk? *European addiction research*. 2008;14(2):71-81.
30. Banco Mundial. Classifying countries by income 2019 [5 de diciembre del 2019]. Puede encontrarse en: <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/stories/the-classification-of-countries-by-income.html>.
31. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No ordinary commodity. Research and Public Policy*. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2010.
32. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British Journal of Cancer*. 2015;112(3):580.
33. Yang Y, Liu DC, Wang QM, Long QQ, Zhao S, Zhang Z, et al. Alcohol consumption and risk of coronary artery disease: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *Nutrition (Burbank, condado de Los Angeles, Calif)*. 2016;32(6):637-44.
34. Wang J, Duan X, Li B, Jiang X. Alcohol consumption and risk of gallstone disease: a meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2017;29(4):e19-e28.
35. Cherpitel CJ, Witbrodt J, Korcha RA, Ye Y, Monteiro MG, Chou P. Dose-Response Relationship of Alcohol and Injury Cause: Effects of Country-Level Drinking Pattern and Alcohol Policy. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2019;43(5):850-6.
36. Borges G, Cherpitel CJ, Orozco R, Ye Y, Monteiro M, Hao W, et al. A dose-response estimate for acute alcohol use and risk of suicide attempt. *Addiction biology*. 2017;22(6):1554-61.
37. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(4):437-45.
38. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol: A women's health issue*. Bethesda, MD: Institutos Nacionales de Salud; 2003.
39. Callinan S, Room R. Harm, tangible or feared: young Victorians' adverse experiences from others' drinking or drug use. *The International Journal on Drug Policy*. 2014;25(3):401-6.
40. Casswell S, You RQ, Huckle T. Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2011;106(6):1087-94.
41. Casswell S, Harding JF, You RQ, Huckle T. Alcohol's harm to others: self-reports from a representative sample of New Zealanders. *New Zealand Medical Journal*. 2011;124(1335):2.
42. Laslett AM, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M, Mugavin J. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2011;106(9):1603-11.

43. Storvoll EE, Moan IS, Lund IO. Negative consequences of other people's drinking: Prevalence, perpetrators and locations. *Drug Alcohol Rev.* 2016;35(6):755-62.
44. Connor J, Casswell S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *The New Zealand Medical Journal.* 2012;125(1360):11-27.
45. Novier A, Díaz-Granados JL, Matthews DB. Alcohol use across the lifespan: An analysis of adolescent and aged rodents and humans. *Pharmacology, biochemistry, and behavior.* 2015;133:65-82.
46. Wuethrich B. Getting stupid. *Discover.* 2001;22(3):57-63.
47. Fjell AM, Walhovd KB, Brown TT, Kuperman JM, Chung Y, Hagler DJ, et al. Multimodal imaging of the self-regulating developing brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2012;109(48):19620-5.
48. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: clinical and experimental research.* 2000;24(2):164-71.
49. Global Burden of Disease (GBD) Results [Internet]. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. 2017.
50. Degerud E, Ariansen I, Ystrom E, Graff-Iversen S, Høiseth G, Mørland J, et al. Life course socioeconomic position, alcohol drinking patterns in midlife, and cardiovascular mortality: Analysis of Norwegian population-based health surveys. *PLoS medicine.* 2018;15(1):e1002476.
51. Bellis MA, Hughes K, Nicholls J, Sheron N, Gilmore I, Jones L. The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC public health.* 2016;16(1):111.
52. Jones L, Bates G, McCoy E, Bellis MA. Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health.* 2015;15(1):400.
53. Gartner A, Trefan L, Moore S, Akbari A, Paranjothy S, Farewell D. Drinking beer, wine or spirits—does it matter for inequalities in alcohol-related hospital admission? A record-linked longitudinal study in Wales. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1651.
54. Sealey K. Health in the post 2015 development agenda. Nueva York, 2013. Puede encontrarse en: <https://www.paho.org/sites/default/files/indigenous-permanent-forum-Annex-E-PAHO-post2015-PDA-2013-Statement.pdf>.
55. Health OPA. Strategy and Plan of Action on Ethnicity and Health 2019-2025. Washington, D.C.; 2019.
56. Banco Mundial. Latinoamérica indígena en el siglo XXI. Washington D.C.: Banco Mundial; 2015.
57. Whitesell NR, Kaufman CE, Keane EM, Crow CB, Shan-greau C, Mitchell CM. Patterns of substance use initiation among young adolescents in a Northern Plains American Indian tribe. *The American journal of drug and alcohol abuse.* 2012;38(5):383-8.
58. Reading CL, Wien F. Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health 2009. Puede encontrarse en: <https://www.ccsa-nc-cah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>.
59. Armenta BE, Sittner KJ, Whitbeck LB. Predicting the Onset of Alcohol Use and the Development of Alcohol Use Disorder Among Indigenous Adolescents. *Child development.* 2016;87(3):870-82.
60. Valdez-Santiago R, Hajar M, Rojas Martínez R, Ávila Burgos L, Arenas Monreal Mde L. Prevalence and severity of intimate partner violence in women living in eight indigenous regions of Mexico. *Social science & medicine (1982).* 2013;82:51-7.
61. Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, Tassinari S, Faría A, Castañeda-Cardona C, et al. Suicidio en la población indígena latinoamericana: revisión sistemática. *Revista Colombiana de psiquiatría.* 2017;46(4):237-42.
62. Seale JP, Shellenberger S, Rodríguez C, Seale JD, Alvarado M. Alcohol Use and Cultural Change in an Indigenous Population: A Case Study From Venezuela. *Alcohol and Alcoholism.* 2002;37(6):603-8.
63. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. 2018.
64. Connery HS, Albright BB, Rodolico JM. Adolescent substance use and unplanned pregnancy: strategies for risk reduction. *Obstetrics and Gynecology Clinics.* 2014;41(2):191-203.
65. Bailey BA, Sokol RJ. Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Research & Health.* 2011;34(1):86.
66. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types—a systematic review and meta-analysis. *BMC public health.* 2010;10(1):258.

67. Popova S, Lange S, Probst C, Parunashvili N, Rehm J. Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. *European Journal of Medical Genetics*. 2017;60(1):32-48.
68. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(10):948-56.
69. Anthony J, Warner L, Kessler R. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 1994;2(3):24.
70. Rehm J, Anderson P, Gual A, Kraus L, Marmet S, Nutt D, et al. The tangible common denominator of substance use disorders: a reply to commentaries. *Alcohol and Alcoholism*. 2013;49(1):118-22.
71. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2004;82:858-66.
72. Foster KT, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Alcohol use disorder in women: Risks and consequences of an adolescent onset and persistent course. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014;28(2):322.
73. White A, Hingson R. The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol research: current reviews*. 2013.
74. Taylor B, Irving H, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C, et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug and alcohol dependence*. 2010;110(12):108-16.
75. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2015;110(2):279-88.
76. Graham K, Bernards S, Wilsnack SC, Gmel G. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: A cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011;26(8):1503-23.
77. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*. 2017;47(5):949-57.
78. Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence: a multi-country study. *Studies in Family Planning*. 2005;36(3):259-61.
79. Hindin M, Kishor S, Ansara D. Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: predictors and health outcomes. 2008. Calverton, MD: Macro International Incorporated.
80. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(7):1222-34.
81. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T. Moderate alcohol consumption brings no positive effect on health. A critical research analysis. *Lakartidningen*. 2016;113.
82. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2012;107(7):1246-60.
83. Klatsky A. Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? *Journal of Internal Medicine*. 2015;278(3):238-50.
84. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2012;14(11):792-8.
85. Lacovoni A, De Maria R, Gavazzi A. Alcoholic cardiomyopathy. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2010;11(12):884-92.
86. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*. 2014;12(1):182.
87. Organización Mundial de la Salud. *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016.
88. Tomlinson MF, Brown M, Hoaken PN. Recreational drug use and human aggressive behavior: A comprehensive review since 2003. *Aggression and violent behavior*. 2016;27:9-29.
89. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-58.

90. Cherpitel CJ, Ye Y, Monteiro M. Riesgo de traumatismos relacionados con la violencia producto del consumo de alcohol y su carga social en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e7.
91. Kuhns JB, Wilson DB, Clodfelter TA, Maguire ER, Ainsworth SA. A meta-analysis of alcohol toxicology study findings among homicide victims. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2011;106(1):62-72.
92. Kuhns JB, Exum ML, Clodfelter TA, Bottia MC. The prevalence of alcohol-involved homicide offending: a meta-analytic review. *Homicide studies*. 2014;18(3):251-70.
93. Naimi TS, Xuan Z, Coleman SM, Lira MC, Hadland SE, Cooper SE, et al. Alcohol Policies and Alcohol-Involved Homicide Victimization in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2017;78(5):781-8.
94. Andreuccetti G, Leyton V, Lemos NP, Miziara ID, Ye Y, Takitane J, et al. Alcohol use among fatally injured victims in São Paulo, Brazil: bridging the gap between research and health services in developing countries. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2017;112(4):596-603.
95. Sandoval G, Marinho F, Delaney R, Pinto I, Lima C, Costa R, et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public health*. 2020;179:45-50.
96. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2018. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
97. Diez-Roux E, Taddia A, de la Peña S, de la Vega CD. Closing the Gap: Reducing Road Traffic Deaths in Latin America and the Caribbean. Action Plan 2010–2015. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C. 2012.
98. Jemel A, Torre L, Soerjomataram I, Bray F. The Cancer Atlas. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2019.
99. Humans IWGotEoCRt. Alcohol consumption and ethyl carbamate. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2010;96:3.
100. Liu Y, Nguyen N, Colditz GA. Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Women's Health*. 2015;11(1):65-77.
101. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*. 2016;4(12):e895-e6.
102. Coalición Caribe Saludable. Alcohol and Cancer in the Caribbean. 2017.
103. Sierra MS, Forman D. Burden of colorectal cancer in Central and South America. *Cancer epidemiology*. 2016;44 Suppl 1:S74-s81.
104. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Abo-yans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2095-128.
105. Grant BF, Dufour MC, Harford TC, editores. *Epidemiology of alcoholic liver disease*. Seminars in liver disease; 1988: © 1988 por Thieme Medical Publishers, Inc.
106. Singal AK, Anand BS. Recent trends in the epidemiology of alcoholic liver disease. *Clinical Liver Disease*. 2013;2(2):53-6.
107. Gao B, Bataller R. Alcoholic liver disease: pathogenesis and new therapeutic targets. *Gastroenterology*. 2011;141(5):1572-85.
108. Bruha R, Dvorak K, Petrtyl J. Alcoholic liver disease. *World Journal of Hepatology*. 2012;4(3):81.
109. Chacko KR, Reinus J. Spectrum of alcoholic liver disease. *Clinics in liver disease*. 2016;20(3):419-27.
110. Aisyah DN, Shallcross L, Hully AJ, O'Brien A, Hayward A. Assessing hepatitis C spontaneous clearance and understanding associated factors—A systematic review and meta-analysis. *Journal of Viral Hepatitis*. 2018;25(6):680-98.
111. Organización Mundial de la Salud. Global Hepatitis Report 2017. 2017.
112. Gitto S, Micco L, Conti F, Andreone P, Bernardi M. Alcohol and viral hepatitis: a mini-review. *Digestive and Liver Disease*. 2009;41(1):67-70.
113. Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet (Londres, Inglaterra)*. 2018;392(10159):1923.
114. Mastroianni CM, Lichtner M, Mascia C, Zuccalà P, Vullo V. Molecular mechanisms of liver fibrosis in HIV/HCV coinfection. *International Journal of Molecular Sciences*. 2014;15(6):9184-208.
115. Llamas-Falcon L, Shield K, Gelovany M, Manthey J, Rehm J. Alcohol-attributable hepatitis C burden.
116. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):e73-9.

117. Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. Canadian substance use costs and harms (2007–2014). Ottawa, Ontario: Preparado por el Instituto Canadiense de Investigación del Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Centro Canadiense sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y Adicción; 2018.
118. Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;387(10022):978-87.
119. Popova S. Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Prevalence, Comorbidity, and Economic Cost Washington, D.C: OPS; 2019.
120. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2009;104(2):179-90.
121. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;38(2):217-29.
122. Chaloupka FJ, Powell LM, Warner KE. The use of excise taxes to reduce tobacco, alcohol, and sugary beverage consumption. *Annual Review of Public Health*. 2019;40:187-201.
123. Colchero MA, Salgado J, Unar-Munguía M, Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco J. Price elasticity of the demand for sugar sweetened beverages and soft drinks in Mexico. *Economics & Human Biology*. 2015;19:129-37.
124. Colchero MA, Rivera-Dommarco J, Popkin BM, Ng SW. In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. *Health Affairs*. 2017;36(3):564-71.
125. Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Washington, D.C: Banco Mundial; 2017 [25 de agosto del 2019]. Puede encontrarse en: <http://data.worldbank.org/>.
126. Euromonitor International. Passport data 2017 2017 [25 de agosto del 2019]. Puede encontrarse en: www.portal.euromonitor.com/portal/magazine/homemain.
127. Paraje G, Pincheira P. Asequibilidad de cerveza y bebidas azucaradas para 15 países de América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1.
128. Marten R, Kadandale S, Butler J, Aguayo VM, Axelrod S, Banatvala N, et al. Sugar, tobacco, and alcohol taxes to achieve the SDGs. *The Lancet*. 2018;391(10138):2400-1.
129. Foucade AL, Metivier C, Gabriel S, Scott E, Theodore K, Laptiste C. Uso potencial de los impuestos al alcohol y al tabaco para financiar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los países de la Comunidad del Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e192-e.
130. Chaloupka FJ, Straif K, León ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control*. 2011;20(3):235-8.
131. Instituto Nacional del Cáncer, Organización Mundial de la Salud. The economics of tobacco and tobacco control. Bethesda, MD/ Ginebra, Suiza: NCIOMS; 2016.
132. Paraje G. The effect of price and socio-economic level on the consumption of sugar-sweetened beverages (SSB): the case of Ecuador. *PLoS one*. 2016;11(3):e0152260.
133. Guerrero-López CM, Unar-Munguía M, Colchero MA. Price elasticity of the demand for soft drinks, other sugar-sweetened beverages and energy dense food in Chile. *BMC Public Health*. 2017;17(1):180.
134. Taj M. Peru hikes taxes on sodas, alcohol, cigarettes, and dirty cars. *Reuters*. 2018.
135. Bloom DE, Chen S, McGovern ME. Working Paper Series: The Economic Burden of Noncommunicable Diseases and Mental Health Conditions: Results for Cost Ric, Jamaica, and Peru. Boston, MA: Harvard University Program on the Global Demography of Aging at Harvard; 2017. Contract No.: 144.
136. Organización Panamericana de la Salud. Sinopsis de política. Políticas tributarias y de precios del alcohol en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
137. Blecher E. Taxes on tobacco, alcohol and sugar sweetened beverages: Linkages and lessons learned. *Social Science & Medicine*. 2015;136:175-9.
138. Casswell S, Huckle T, Wall M, Yeh LC. International alcohol control study: pricing data and hours of purchase predict heavier drinking. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2014;38(5):1425-31.
139. Stockwell T, Gruenewald P. Controls on the physical availability of alcohol. In: Heather N, Stockwell T, editores. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd; 2004. p. 213-34.
140. Naimi TS, Blanchette JG, Xuan Z, Chaloupka FJ. Erosion of state alcohol excise taxes in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2018;79(1):43-8.

141. Mena J, Sánchez I, Gutiérrez MI, Puyana J-C, Suffoletto B. The association between alcohol restriction policies and vehicle-related mortality in Cali, Colombia, 1998-2008. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2014;3(2):149-58.
142. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*. 2007;97(12):2276-80.
143. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(6):556-69.
144. Cunradi CB, Mair C, Todd M. Alcohol outlet density, drinking contexts and intimate partner violence: a review of environmental risk factors. *Journal of Drug Education*. 2014;44(1-2):19-33.
145. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2009;44(5):500-16.
146. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J, et al. Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2018;79(1):58-67.
147. Gray-Phillip G, Huckle T, Callinan S, Parry CDH, Chaiyasong S, Cuong PV, et al. Availability of alcohol: Location, time and ease of purchase in high- and middle-income countries: Data from the International Alcohol Control Study. *Drug and alcohol review*. 2018;37 Suppl 2(Suppl Suppl 2):S36-S44.
148. Organización Mundial de la Salud. Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
149. Organización Mundial de la Salud. RESPECT women: Preventing violence against women. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019.
150. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Frontiers in Public Health*. 2015;3:253.
151. Robaina K, Babor TF. Alcohol industry marketing strategies in Latin America and the Caribbean: the way forward for policy research. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2017;112:122-4.
152. Barrientos-Gutiérrez I, Mejía R, Pérez-Hernández R, Kollath-Cattano C, Pena L, Morello P, et al. Tendencias en el tiempo del uso de tabaco y alcohol en las películas para adolescentes más populares en México y Argentina: 004-2012. *Salud Pública de Mexico*. 2017;59(1):76-83.
153. Probst C, Monteiro M, Smith B, Caixeta R, Meroy A, Rehm J. Alcohol policy relevant indicators and alcohol use among adolescents in Latin America and the Caribbean. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2018;79(1):49-57.
154. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2009;44(3):229-43.
155. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction (Abingdon, Inglaterra)*. 2017.
156. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol y la conducción: hechos. Washington, D.C.: OPS; 2019.
157. Fell JC, Scherer M. Estimation of the potential effectiveness of lowering the blood alcohol concentration (BAC) limit for driving from 0.08 to 0.05 grams per deciliter in the United States. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2017;41(12):2128-39.
158. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 2011]. Puede encontrarse en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44486>.
159. Homel R. Drink-driving law enforcement and the legal blood alcohol limit in New South Wales. *Accident analysis & prevention*. 1994;26(2):147-55.
160. Noordzij P, editor Decline in drinking and driving in The Netherlands 1994: In: Proceedings of the conference "Strategic Highway Research Program SHRP
161. Bartl G, Esberger R, editors. Effects of lowering the legal BAC limit in Austria. Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety; 2000.
162. Smith DI. Effect on traffic safety of introducing a 0.05% blood alcohol level in Queensland, Australia. *Medicine, Science and the Law*. 1988;28(2):165-70.
163. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. 2015. Contract No.: 10.1787/9789264181069-en.

164. They declare on November 15 'Day Against the Harmful Use of Alcoholic Beverages'. Excelsior. 2018.
165. Palacio G. They will march against alcohol. El Siglo de Torreón. 2018.
166. Anónimo. Sector salud conmemora el día contra el consumo nocivo de bebidas alcohólicas. Cabo Visión. 2018.
167. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013.
168. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las ENT: "mejores inversiones" y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017.
169. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 [Puede encontrarse en inglés en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1].
170. Noel JK. Associations Between Alcohol Policies and Adolescent Alcohol Use: A Pooled Analysis of GSHS and ESPAD Data. Alcohol and Alcoholism. 2019.
171. Organización Mundial de la Salud. Salvar vidas, reducir el gasto: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
172. Jahiel RI, Babor TF. Industrial epidemics, public health advocacy and the alcohol industry: lessons from other fields. Addiction (Abingdon, Inglaterra). 2007;102(9):13359.
173. Jernigan D, Ross CS. The Alcohol Marketing Landscape: Alcohol Industry Size, Structure, Strategies, and Public Health Responses. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2020:13-25.
174. Casswell S, Callinan S, Chaiyasong S, Cuong PV, Kazantseva E, Bayandorj T, et al. How the alcohol industry relies on harmful use of alcohol and works to protect its profits. Drug and Alcohol Review. 2016;35(6):661-4.
175. Esser MB, Jernigan DH. Policy approaches for regulating alcohol marketing in a global context: a public health perspective. Annual Review of Public Health. 2018;39:385-401.
176. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do "moderate" drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2016;77(2):185-98.
177. Parry CD, Londani M, Enkhtuya P, Huckle T, Piazza M, Gray-Phillip G, et al. Support for alcohol policies among drinkers in Mongolia, New Zealand, Peru, South Africa, St Kitts and Nevis, Thailand and Vietnam: Data from the International Alcohol Control Study. Drug and Alcohol Review. 2018;37:S72-S85.
178. Buykx P, Gilligan C, Ward B, Kippen R, Chapman K. Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. International Journal of Drug Policy. 2015;26(4):371-9.
179. Community Preventive Services Task Force. Alcohol-excessive consumption: electronic screening and brief interventions (e-SBI). The Community Guide website. 2012.
180. Mulia N, Schmidt LA, Ye Y, Greenfield TK. Preventing disparities in alcohol screening and brief intervention: the need to move beyond primary care. Alcoholism: clinical and experimental research. 2011;35(9):1557-60.
181. Comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final: Organización Mundial de la Salud; 2008.

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DEL **ALCOHOL Y LA SALUD** EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2020

El presente informe ha sido diseñado como complemento del *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud* 2018, de la OMS, y en él se aportan mayores detalles sobre el estado actual del consumo de alcohol en la Región de las Américas, así como sobre los daños, obstáculos y avances en relación con el impacto del alcohol sobre la salud y la carga de enfermedad asociada a su consumo.

Este es el tercer informe regional dedicado al alcohol y la salud en la Región de las Américas. La información suministrada se basa en la respuesta de los países a la encuesta mundial de la OMS sobre el alcohol y la salud, realizada en el 2016, que se utilizó para elaborar el informe mundial de la OMS del 2018. Cada país revisó y aceptó los datos antes de la publicación del informe mundial, y la información utilizada para el informe regional se fundamentó en gran parte en el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (GISAH) de la OMS.

En el informe se presenta una actualización sobre el consumo de alcohol en la Región y en cada Estado Miembro, se muestran las tendencias del consumo en el tiempo, los daños relacionados con el alcohol y políticas actuales en materia de alcohol que están ejecutándose en cada Estado Miembro, y se examina en qué medida dichas políticas coinciden con la estrategia mundial de la OMS y el plan regional de acción sobre el alcohol. El informe contiene ejemplos de estudios realizados en la Región que no se incluyeron en el informe de la OMS sobre la situación mundial. En el documento se analizan además las brechas y los retos para reducir el consumo nocivo de alcohol, así como la manera en que los países pueden revertir las tendencias actuales de una forma costo-eficaz y expedita, en particular si se ejecuta el paquete técnico SAFER de la OMS a nivel nacional.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

