

Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Enfermedades no transmisibles y salud mental
Washington, D.C.

2015

Se publica también en inglés (2015) con el título:

Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas

978-92-75-11855-9

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas.

Washington, DC : OPS, 2015.

1. Consumo de Bebidas Alcohólicas – efectos adversos.
2. Consumo de Bebidas Alcohólicas – prevención & control.
3. Consumo de Bebidas Alcohólicas – Economía.
4. Alcoholismo.
5. Trastornos Relacionados con Alcohol.
6. Américas. I. Título.

ISBN 978-92-75-31855-3

(Clasificación NLM: WM274)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unidad de Comunicación (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Departamento de Enfermedades no Transmisibles, Oficina de Maristela Monteiro, Asesora Principal en Alcohol y Abuso de Sustancias; monteirm@paho.org, 202.974.3663 podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2015. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, 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.

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

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, 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 Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Prefacio	v
Agradecimientos	vi
Introducción	1
Acerca de esta publicación	1
Siglas y abreviaturas empleadas en el informe	2
Abreviaturas de los países y las Regiones	3
Panorama	5
El consumo de alcohol	7
Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud	7
Niveles de consumo.....	8
Patrones de consumo de alcohol	13
Consecuencias para la salud y otros efectos	23
Factores que repercuten en el consumo de alcohol y los efectos nocivos	23
Mortalidad.....	29
Morbilidad	34
Costos económicos.....	37
Perjuicios para los demás	38
Políticas en materia de alcohol	41
Contexto histórico de las políticas en materia de alcohol.....	41
De los datos a la acción política: la función de la OPS/OMS	41
“Mejores inversiones” de la OMS	42
Conducción en estado de ebriedad	53
Aplicación y cumplimiento	54
Respuesta de los servicios sanitarios	56
Tendencias de las políticas	56
La industria del alcohol.....	57
Conclusiones	61
Recomendaciones	63
Anexo 1. El compromiso de la OPS/OMS para reducir el consumo nocivo de alcohol: cronología	65
Bibliografía	67
Glosario	73



Prefacio

En mayo del 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su informe sobre el alcohol y la salud en el mundo (*Global Status Report on Alcohol and Health 2014*), que ofrece un análisis de la situación mundial e incluye una ficha de cada país que resume los datos más importantes sobre las tendencias en el consumo de alcohol, los efectos perjudiciales y las políticas emprendidas.

El presente informe regional amplía los análisis publicados en el informe mundial para que los responsables de las políticas, los científicos y el público general comprendan mejor la situación en la que nos encontramos y las acciones que deben acometerse para reducir el consumo nocivo de alcohol en la Región de las Américas.

Este documento retoma el primer informe regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), titulado *Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un Caso para la Acción*, que fijó un punto de referencia para la cooperación técnica y las acciones nacionales en la Región. Desde entonces, y a raíz de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* de la OMS, los Estados Miembros respaldaron un plan de acción regional, se creó una red de puntos focales y se fortaleció la colaboración.

Las Américas tienen una larga tradición de producción y consumo de alcohol y estos vínculos le han pasado a la Región una factura muy cara en ambos sexos y en todas las clases sociales y grupos étnicos, una carga que seguirá aumentando si no se adoptan de inmediato medidas eficaces. En realidad, tales medidas ya existen: los Estados tienen la responsabilidad de promover, proteger y mejorar la salud y el bienestar de todos sus ciudadanos por encima de los intereses comerciales. Es posible conseguir la equidad y el desarrollo sostenible con un enfoque panestatal destinado a reducir el consumo nocivo de alcohol que aplique políticas eficaces.

Espero que este informe sirva como fuente útil de información y contribuya aún más a las labores de supervisión y vigilancia en los planos mundial, regional y nacional.

Anselm Hennis

Director

Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental

Organización Panamericana de la Salud

Agradecimientos

Esta publicación no habría sido posible sin la contribución de muchas personas y organizaciones. Especialmente, queremos agradecer el trabajo de las personas siguientes:

Blake Smith, del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (NMH) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha revisado gran parte de la bibliografía disponible y ha redactado una parte significativa 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), ha aportado orientación y ha compartido su experiencia en todo el proceso.

Rosa Sandoval, Roberta Caixeta y Ramón Martínez, del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (NMH) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han contribuido con su conocimiento técnico a los datos presentados.

David Jernigan, del Centro para el Estudio del Marketing del Alcohol y la Juventud (Center on Alcohol Marketing and Youth) de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore), ha aportado su experiencia sobre la industria del alcohol.

Frank Chaloupka, del Centro de Políticas Sanitarias (Health Policy Center) de la Universidad de Illinois en Chicago, ha contribuido con su experiencia sobre las políticas de precios.

El Centro para las Adicciones y la Salud Mental (CAMH, centro colaborador de la OMS/OPS, Canadá), ha suministrado datos sobre el consumo del alcohol y los perjuicios que provoca. La OPS desea agradecer especialmente la ayuda de Michael Roerecke, Kevin Shield y Jürgen Rehm.

Amy van der Zanden, del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME), ha facilitado información sobre la carga mundial de morbilidad.

Jesecca Huynh, del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (NMH) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha proporcionado asistencia administrativa.

Introducción

El presente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el alcohol y la salud en las Américas examina los patrones de consumo y las consecuencias en la Región y evalúa el progreso logrado desde la promulgación de la *Estrategia mundial y el Plan regional de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol*. El informe consta de tres secciones: 1) el consumo de bebidas alcohólicas y el daño que provoca, con una comparación de datos retrospectivos de las Américas y los datos actuales en todas las Regiones; 2) políticas e intervenciones, con hincapié en algunas de las diez esferas de acción de la *Estrategia mundial*; y 3) recomendaciones para los responsables de las políticas de la Región. Siempre que resulta posible, se intentan explicar las diferencias entre sexos en el consumo y los daños causados.

ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN

Limitaciones

Recopilar datos comparables de alta calidad relativos a todos los países y a su evolución temporal no es tarea fácil. La falta de recursos financieros y humanos, así como de voluntad política, puede dificultar la recogida de la información necesaria para vigilar el consumo y los perjuicios causados por el alcohol. Muchos países son incapaces de realizar encuestas poblacionales a gran escala y de forma periódica, de modo que los datos de otros países y las opiniones de los expertos se convierten en las principales fuentes de información para fundamentar sus políticas públicas. Estas limitaciones deben entenderse como un llamamiento para que los países destinen más recursos a la recopilación sistemática de datos de alta calidad, incluidos los disponibles en diversos sectores estatales que no son accesibles o no se analizan, y para que estos datos los elaboren entidades sin conflictos de intereses. El presente informe pretende detallar las hondas repercusiones sanitarias y socioeconómicas que tiene el alcohol no solo en la salud física y psíquica del propio consumidor sino también en las demás personas. La cuantificación del daño infligido a la sociedad en su conjunto es una empresa ardua que requerirá más investigación y una comprensión más clara de las diversas consecuencias.

SIGLAS Y ABREVIATURAS EMPLEADAS EN EL INFORME

APC	consumo de alcohol per cápita
AVAD	año de vida ajustado en función de la discapacidad
AVP	años de vida perdido
CIE-10	Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10. ^a revisión
ECE	episodio de consumo excesivo de alcohol
ENT	enfermedades no transmisibles
GSHS	Encuestas Mundiales de Salud a Escolares <i>Global School Health Surveys</i>
GISAH	Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud <i>Global Information System on Alcohol and Health</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	producto interno bruto

ABREVIATURAS DE LOS PAÍSES Y LAS REGIONES

Países		HON	Honduras
ANI	Antigua y Barbuda	JAM	Jamaica
ANU	Anguila *	MEX	México
ARG	Argentina	NIC	Nicaragua
BAH	Bahamas	PAN	Panamá
BAR	Barbados	PAR	Paraguay
BLZ	Belice	PER	Perú
BOL	Bolivia (Estado Plurinacional de)	SAL	Santa Lucía
BRA	Brasil	SKN	Saint Kitts y Nevis
BVI	Islas Vírgenes Británicas *	SUR	Suriname
CAN	Canadá	SVG	San Vicente y las Granadinas
CHI	Chile	TRT	Trinidad y Tabago
COL	Colombia	URU	Uruguay
COR	Costa Rica	USA	Estados Unidos de América
CUB	Cuba	VEN	Venezuela (República Bolivariana de)
DOM	Dominica		
DOR	República Dominicana	Regiones	
ECU	Ecuador	AFR	África
ELS	El Salvador	AMR	Américas
GRA	Granada	EMR	Mediterráneo Oriental
GUT	Guatemala	EUR	Europa
GUY	Guyana	SEAR	Asia Sudoriental
HAI	Haití	WPR	Pacífico Occidental

* No un Estado Miembro de la OPS/OMS, pero se incluye en los datos de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares.



Panorama

Consumo

Por término medio, en las Américas se consume más alcohol que en el resto del mundo. En particular, en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones.

Mortalidad: defunciones

En 2012, el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente una muerte cada 100 segundos en la Región de las Américas y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, más de 80.000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol.

Morbilidad: enfermedades y traumatismos

El consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales. El alcohol tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos (AVAD) en las Américas en el 2012. Se estima que 5,7% de la población de la Región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor.

Perjuicios causados a otras personas

El alcohol provoca perjuicios graves no solo a quienes beben en exceso sino también a las personas que rodean a los bebedores. Entre los daños a los demás cabe mencionar los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica. El alcohol también se cobra costos importantes a la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo o consultas a los servicios de salud. Además, las mujeres son las más afectadas por el consumo de alcohol de otras personas.

Costos económicos

En las Américas y en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para

las personas de 15-49 años de edad, franja etaria en la que suelen ser más productivas económicamente. El consumo nocivo de alcohol probablemente comporte pérdidas salariales de miles de millones de dólares cada año.

Ingresos y desigualdad

A medida que los países de las Américas se desarrollen económicamente, cabe prever un aumento del consumo de alcohol y de los daños relacionados. Los datos disponibles también indican que los grupos socioeconómicos menos favorecidos suelen padecer más repercusiones con un mismo nivel de consumo que los más pudientes, quizá por la falta de acceso a la atención sanitaria o por la mayor exclusión social.

Pueblos indígenas

Los pueblos indígenas representan cerca del 13% de la población de la Región. Existen grandes lagunas en el conocimiento de la extensión de las repercusiones y los perjuicios que tiene el alcohol en estas poblaciones diversas y vulnerables. Algunos estudios de casos y otros informes anecdóticos indican que los pueblos indígenas sufren daños sustanciales por causa del consumo de alcohol pero disponen de acceso limitado a los tratamientos y a otras intervenciones.

El alcohol y las mujeres

Las mujeres beben cada vez más, en muchos países casi tanto como los hombres. La "igualdad" en el consumo, sin embargo, conlleva más desigualdad entre los sexos en las consecuencias para la salud. Las mujeres de las Américas presentan la prevalencia más alta del mundo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

El alcohol y los jóvenes

Por término medio, los adolescentes beben con menor frecuencia pero ingieren más cantidad en cada ocasión. La mayoría de los estudiantes encuestados en las Américas tomaron la primera copa antes de los 14 años de edad. En el 2010, alrededor de 14.000 defunciones de menores de 19 años fueron atribuidas al alcohol.



El consumo de alcohol

MODELO CAUSAL CONCEPTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Hay muchos factores personales y sociales interrelacionados que contribuyen al consumo de bebidas alcohólicas y a los daños que provoca. El modelo causal conceptual de la figura 1 ilustra la compleja trama de relaciones que se establece entre el consumo y otros factores y sus consecuencias. A pesar de que no siempre se consiguen con facilidad los datos sobre la relación entre el consumo de alcohol, los daños y los factores concretos, este informe procura proporcionar, siempre que resulta posible, datos segregados por edad, sexo y otros factores.

El consumo de alcohol

Hay dos dimensiones del consumo que se correlacionan con los daños causados por el alcohol: el **volumen** general de alcohol consumido y el **patrón** de consumo (por

ejemplo, la frecuencia y la cantidad ingerida cada vez, tanto a nivel de la persona como de la sociedad).

Factores de vulnerabilidad de la persona

La vulnerabilidad personal hace referencia a los factores que incrementan la propensión de algunas personas a consumir más alcohol y a seguir patrones más perjudiciales, así como la propensión a las lesiones causadas por el alcohol (controlando la cantidad de alcohol ingerido y los patrones de consumo). Estos factores son: **la edad** (los jóvenes son más propensos a los patrones más peligrosos); **el sexo** (las mujeres metabolizan el alcohol con más rapidez porque normalmente tienen menos masa corporal y una mayor proporción de grasa que los varones) y **los roles de género** (en muchas sociedades dominadas por los hombres, a las mujeres era habitual denegarles la posibilidad de beber alcohol, aunque no se librarán de los daños producidos por el consumo masculino; al cambiar estos roles, las mujeres se han conver-

FIGURA 1. Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud.



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

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

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

tido en destinatarias de la publicidad del alcohol y han adoptado patrones de consumo masculinos sin dejar de ser víctimas del consumo de sus parejas); **los factores familiares** (las personas con antecedentes familiares de trastornos por consumo de alcohol son más propensas a sufrir los mismos problemas, tanto por la genética como por la influencia familiar); y **la situación socioeconómica** (las personas de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a sufrir mayores consecuencias por litro de alcohol ingerido que las de clase socioeconómica más alta; Room, 2004).

Factores de vulnerabilidad de la sociedad

La vulnerabilidad social hace referencia a los factores propios de la sociedad que tienen un efecto sobre los patrones de consumo y los daños causados por el alcohol (de nuevo controlando la cantidad consumida y los patrones de consumo). Estos factores son: **el nivel de desarrollo** (los residentes de países menos desarrollados tienden a consumir menos bebidas alcohólicas, pero también tienden a tener menos servicios disponibles para mitigar los daños causados por el alcohol); **la cultura y las normas** (muchas culturas en las Américas celebran las fiestas u ocasiones especiales con alcohol, mientras que la estigmatización y las normas sociales pueden disuadir a la persona de buscar ayuda o tratamiento); **el contexto del consumo** (beber en lugares públicos conlleva diferentes riesgos que beber en casa); y **la producción, la distribución y la reglamentación** (la producción y la distribución tienen que ver con la disponibilidad de alcohol en todas partes, mientras que si se regulan los precios, la disponibilidad y la venta, se puede limitar la disponibilidad).

Consecuencias para la salud

El consumo de alcohol perjudica a la persona de diversas maneras, a saber: 1) provoca lesiones en los órganos y los tejidos; 2) induce comportamientos peligrosos durante la fase de intoxicación etílica; y 3) favorece el desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol. Las consecuencias para la salud pueden ser **crónicas** (como los tumores, la cirrosis hepática o el alcoholismo) o **agudas** (como la intoxicación etílica, que puede ocasionar minusvalías irreversibles o la muerte). Las consecuencias para la salud que guardan relación causal con el consumo de alcohol se describen en la décima revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades*

y *Problemas Relacionados con la Salud* o CIE-10 (WHO, 2010a): hay más de 60 afecciones provocadas exclusivamente por el alcohol y más de 200 en las que el alcohol puede tener una repercusión negativa. Conviene tener en cuenta que, aunque algunos datos probatorios señalan que el alcohol puede tener un efecto positivo sobre ciertas enfermedades, se trata de circunstancias muy particulares; a nivel de país, los daños causados por el consumo de alcohol exceden con creces cualquier beneficio que pueda reportar.

Consecuencias socioeconómicas

Las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol son diversas y hasta la fecha no hay un inventario completo, pero comprenden los fondos invertidos en las actuaciones policiales para prevenir la violencia relacionada con el alcohol y en la asistencia sanitaria de quienes sufren los trastornos agudos y crónicos, así como el dinero dedicado por las empresas a recuperar la productividad perdida, además de muchos otros costos intangibles.

NIVELES DE CONSUMO

Tal como ilustra el modelo causal conceptual, diversos factores determinan las consecuencias del consumo de alcohol para la salud y para la sociedad. Las prácticas culturales ejercen una influencia decisiva en la configuración de los patrones de consumo y en los riesgos asociados con el alcohol tanto para el individuo como para la sociedad. El estudio de las cantidades ingeridas y de los patrones de consumo de la persona sirve para predecir los daños que le causará el alcohol y existen varios indicadores que pueden utilizarse.

Consumo de alcohol per cápita (APC)

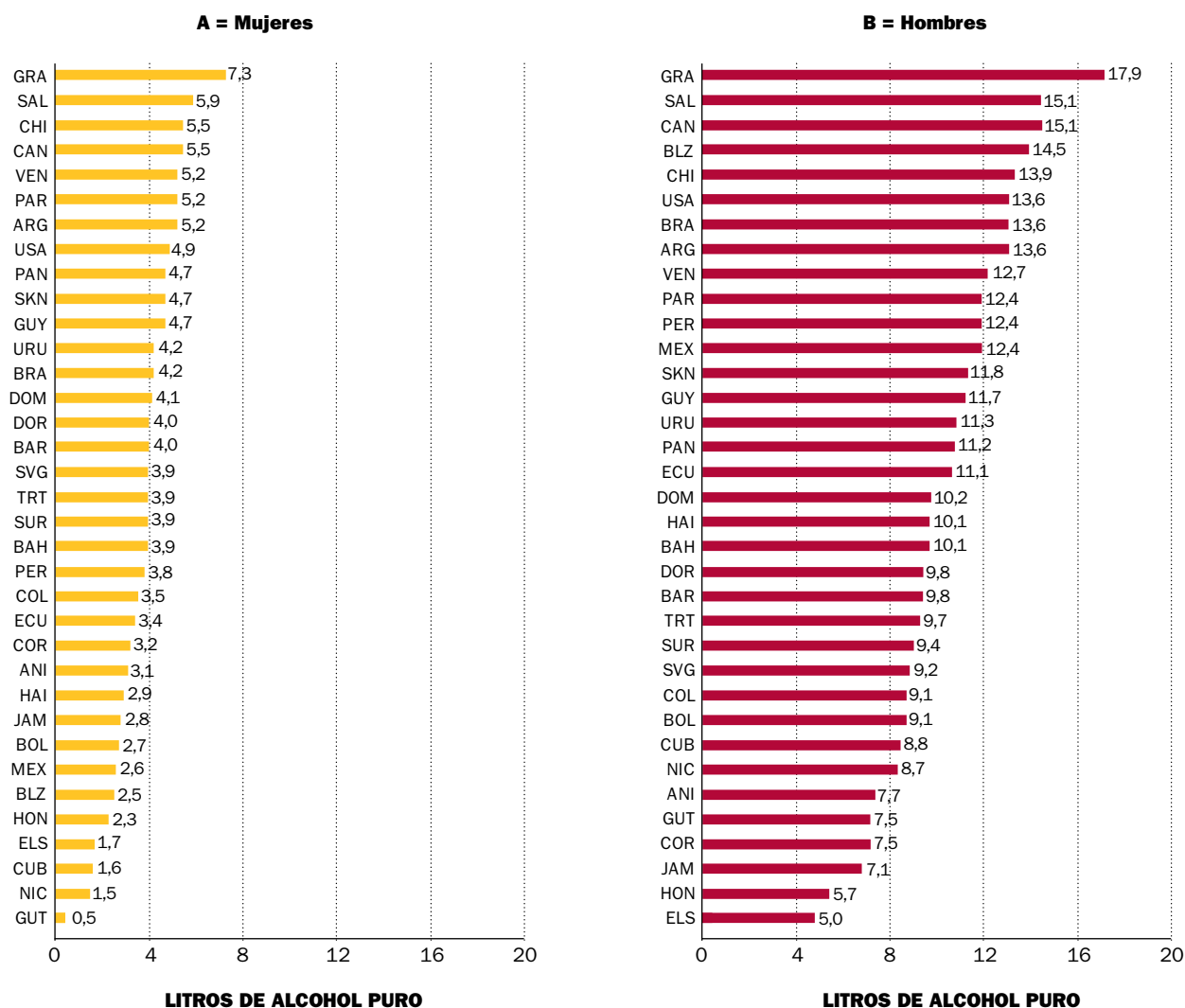
La cantidad de alcohol que por término medio consume cada persona en un país puede ser un punto de partida útil para cuantificar los patrones de consumo de ese país. El consumo per cápita de alcohol registrado entre los adultos (APC registrado) es un dato relativamente fácil de obtener, ya que se calcula dividiendo la cantidad de alcohol vendida en el país por el número de habitantes mayores de 15 años. El APC registrado depende sobre todo de los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) o de la propia industria alcoholera y es el único indicador que no incorpora datos de encuestas,

que pueden ser costosas y difíciles de llevar a cabo y son una medida poco fiable de las cantidades consumidas.

El APC total incluye tanto el APC registrado como un cálculo del APC no registrado y del consumo realizado por parte de los turistas. Este indicador arroja una idea más exhaustiva del consumo que se hace dentro de un país. No obstante, tal como se verá más adelante, no siempre es suficiente con el APC para calcular los daños

causados por el alcohol, ya que no aporta información sobre el consumo de alcohol y los patrones de consumo dentro de los subgrupos poblacionales. La gran variabilidad del APC entre los países, tanto de los hombres como de las mujeres, indica que los factores socioculturales influyen en el consumo, aunque por lo general las mujeres beben mucho menos que los hombres. Así, como se aprecia en la figura 2, mientras Granada y Santa Lucía tienen el APC total más alto de las Améri-

FIGURA 2. Consumo total^(a) de alcohol per cápita^(b) en la población adulta (litros de alcohol puro), por sexo, en los países de las Américas (2008–2010).

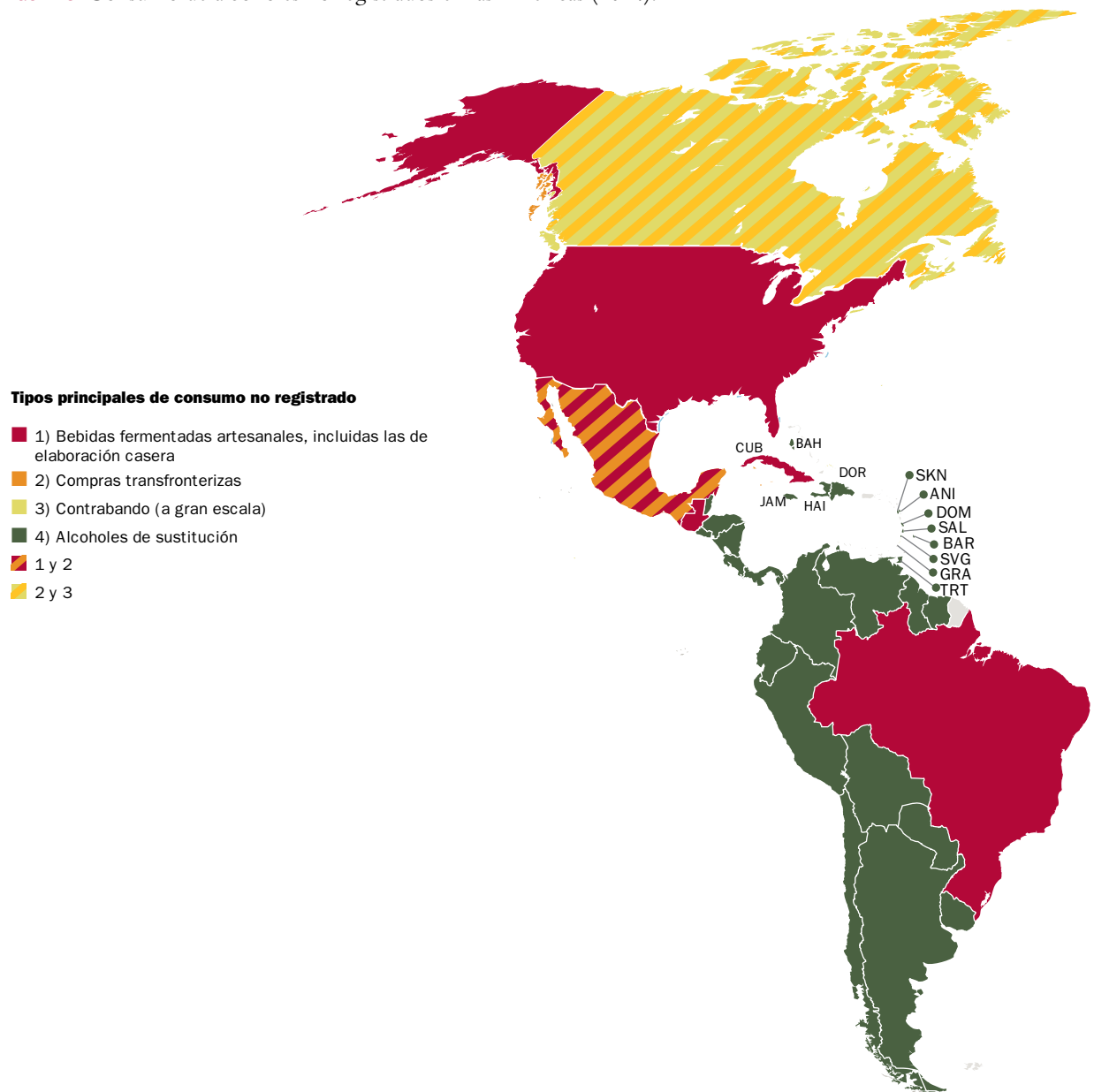


^a Promedio registrado de tres años más consumo no registrado.

^b Mayores de 15 años.

Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, *Levels of Consumption*. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1032?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

FIGURA 3. Consumo de alcoholes no registrados en las Américas (2014).



Fuente: Rehm J, Kailasapillai S, Larsen E, Rehm MX, Samokhvalov AV, Shield KD, Roerecke M, Lachenmeier DW. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. *Addiction*. 2014 Jun;109(6):880-93. doi: 10.1111/add.12498. Epub 2014 Mar 3.

cas tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, por término medio en esos países los hombres beben cerca de 10 litros más por año que las mujeres (más del doble). La mayor diferencia entre los sexos se encuentra en Guatemala, donde por término medio los hombres beben 15 veces más que las mujeres.

Alcohol no registrado

El alcohol no registrado representa el alcohol que no está sujeto a tributación ni pasa medidas de control de calidad, así que por lo general no está reglamentado ni sometido a la fiscalización del Estado. Cerca del 14% del alcohol que se consume en las Américas no está

registrado (véase la figura 3); se trata principalmente de los licores artesanales, del alcohol de sustitución y de las compras transfronterizas.

Por definición, el consumo no registrado es mucho más difícil de vigilar y solo disponemos de datos recientes sobre las cantidades de alcohol no registrado en siete de los 35 Estados Miembros de la OMS en las Américas. Se han elaborado estimaciones para todos los países de la Región, pero la ausencia de datos pone de manifiesto la necesidad de investigar este tema, especialmente en países (como Guatemala, el Ecuador y Bolivia) donde es muy probable que se consuma mucho alcohol sin registrar pero no se ha emprendido ningún estudio independiente en los últimos tiempos.

Con los mejores datos disponibles, los expertos calculan que el mayor consumo de bebidas alcohólicas no registradas se produce en el Ecuador (3,0 litros per cápita) y en Bolivia (2,1 litros). A partir de estimaciones del consumo no registrado, también es posible calcular la proporción del alcohol consumido en un país que no queda registrada; en Guatemala, por ejemplo, cerca del 42% de todo el alcohol consumido no se registra, lo cual merma la recaudación de impuestos sobre el alcohol y comporta problemas de seguridad asociados con la producción irregular. La figura 4 recoge la proporción de bebidas alcohólicas no registradas dentro del

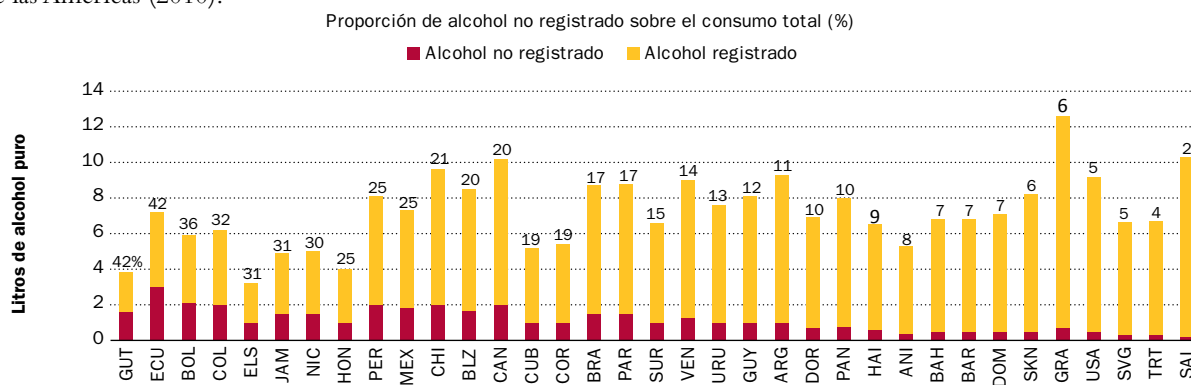
consumo total, desde la más alta (42% en Guatemala y el Ecuador) hasta la más baja (en Santa Lucía, representa menos del 2% de todo el alcohol que se consume).

Bebidas alcohólicas más consumidas

En total, por el volumen de alcohol puro, la cerveza es la bebida que más se consume en las Américas, aunque las preferencias varían en cada subregión (figura 5), en parte por los factores ambientales e históricos que favorecen la producción y el consumo de ciertas bebidas. En los países del Caribe se prefieren los destilados, mientras que el vino es más popular en la Argentina, Chile y el Uruguay. En algunos países, como Haití, un tipo de producto predomina claramente sobre los demás (en este caso, los destilados constituyen casi el 100% del alcohol que declaran consumir los haitianos), mientras que en el Perú la cerveza y los licores se consumen más o menos a partes iguales.

El consumo de algunas bebidas puede cambiar debido a las tendencias culturales y las actividades mercadotécnicas de la industria del alcohol. Por ejemplo, el whisky se ve cada vez más como símbolo de estatus en países como el Brasil, donde algunos datos indican que los licores más tradicionales, como la cachaza, empiezan a verse sustituidos por el whisky y el vodka (IWSR, 2010).

FIGURA 4. Consumo de alcohol no registrado per cápita^(a) en la población adulta (litros de alcohol puro), en la Región de las Américas (2010).^(b)

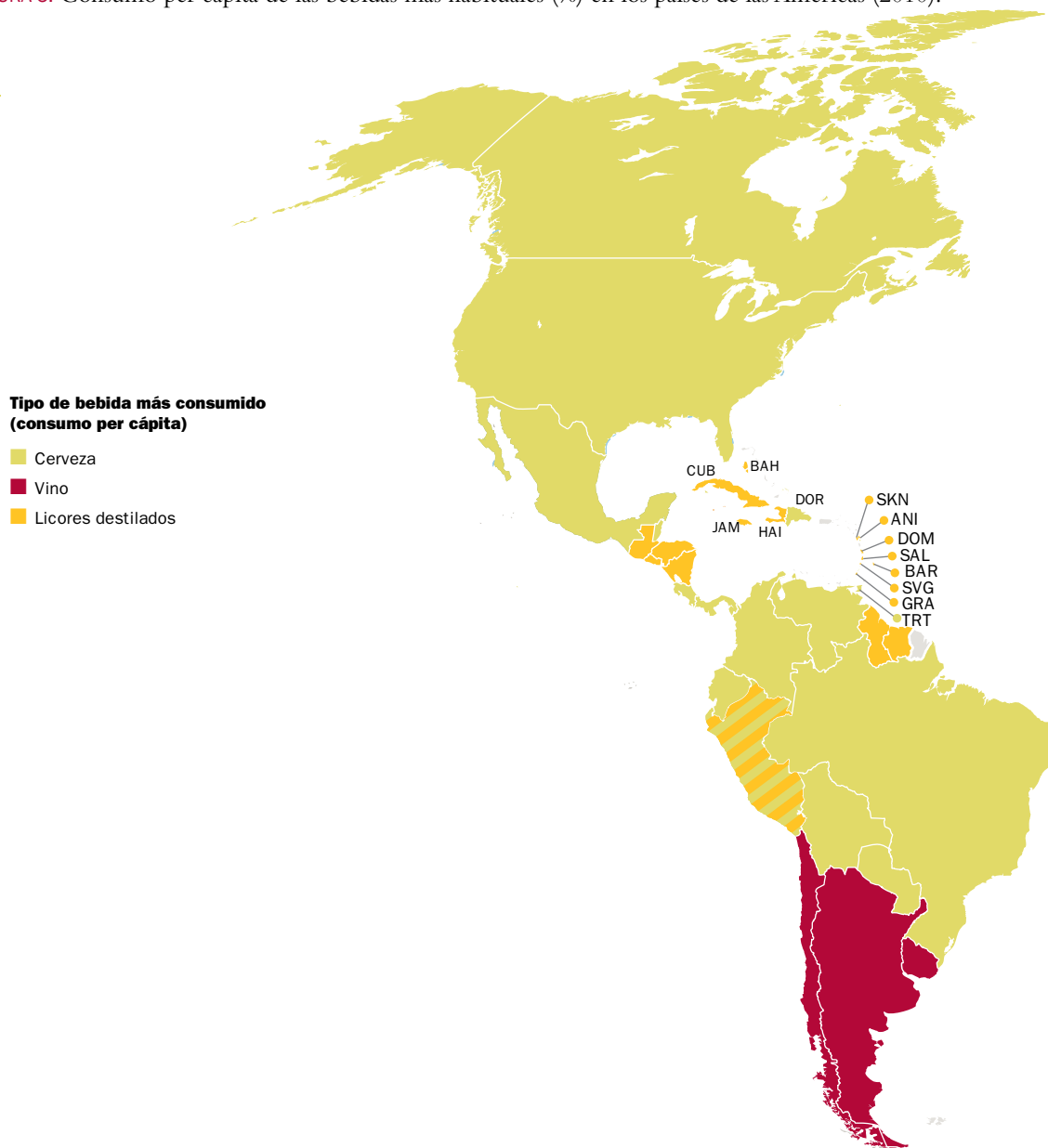


^a Mayores de 15 años.

^b Promedio registrado de tres años del consumo total per cápita.

Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Recorded alcohol per capita consumption, three-year average and Unrecorded consumption. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1022?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

FIGURA 5. Consumo per cápita de las bebidas más habituales (%) en los países de las Américas (2010).



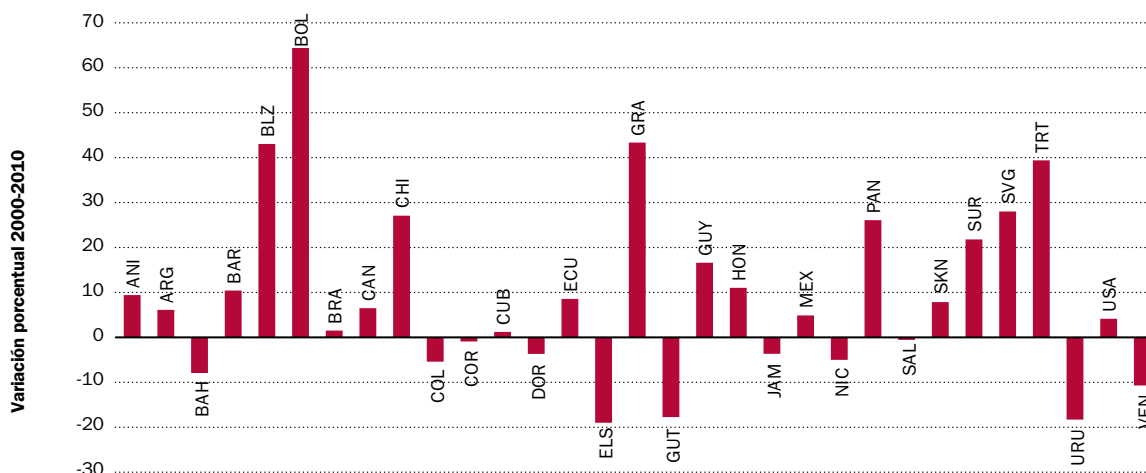
Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Consumption of pure alcohol by type of beverage. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1022?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

Cambios recientes

Dadas las limitaciones de los datos sobre el consumo no registrado, los cambios descritos con el transcurso del tiempo pueden deberse más a diferentes métodos de cálculo que a un aumento o una disminución real de la cantidad de alcohol no registrado que se consume. El alcohol

registrado, por consiguiente, probablemente constituya la medida más exacta de las variaciones que experimenta el consumo. La figura 6 ilustra los cambios en el consumo de alcohol habidos en los países de las Américas entre el año 2000 y el 2010. En ese lapso, la mayoría de los países de las Américas aumentaron el consumo una media del 8,3%: las

FIGURA 6. Variación del consumo registrado de alcohol per cápita de los adultos (en litros de alcohol puro) en los países de las Américas,^(b) entre los años 2000 y 2010.



^a Mayores de 15 años.

^b Datos de 2010 no disponibles en DOM, HAI, PAR y POR.

Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Total consumption by country. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1022?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

mayores variaciones se produjeron en Belice, Bolivia, Granada y Trinidad y Tabago, donde el consumo registrado aumentó más del 30%. El Salvador, Guatemala y el Uruguay registraron las mayores reducciones de las Américas, de entre el 10% y el 20%. Aun en esos países, sin embargo, los datos indican que queda mucho trabajo por hacer. El promedio de APC en el Uruguay todavía es de 4 litros en el caso de las mujeres y 11 litros en el de los varones. En los tres países, las tasas de episodios de consumo excesivo se hallan por encima del doble del promedio mundial.

El consumo de cerveza aumentó en relación con las demás bebidas alcohólicas en 24 de los 35 países de las Américas que cubre el presente informe, en tanto que disminuyó en 11. Uno de los cambios más notables en los tipos de bebida consumida se ha producido en el Perú, donde la proporción de las ventas de cerveza pasó de representar el 70% del consumo de alcohol del país al 47% y el consumo de licores subió casi un 20%. Aun así, la reducción del consumo de cerveza en relación con los licores no se tradujo en una disminución del consumo general, sino que, por el contrario, el consumo de cerveza aumentó pasando de cerca de 2,2 litros per cápita a 2,9 litros, mientras que el consumo de licores casi se cuadruplicó.

Es importante señalar que los datos más recientes corresponden al 2010, y dado que el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* fue aprobado por los Estados Miembros de la OPS en el 2011 (Resolución CD51.R14), no se reflejan en este informe los cambios que se hayan producido desde entonces.

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

Tasas de abstinencia

Pese a que el APC es un índice útil para comparar el consumo entre los países, oculta un detalle importantísimo: que no todo el mundo consume alcohol. El APC total en la población adulta de las Américas ronda los 8,4 litros por término medio; cuando se resta de esa cifra a las personas que afirman no haber consumido alcohol en el último año, el promedio salta a los 13,6 litros por consumidor. Esta diferencia es más pronunciada en las regiones y los países donde hay mayor proporción de abstemios. Aunque las Américas son la segunda región del mundo en proporción de consumidores de alcohol, las tasas de abstinencia varían ampliamente de un país a otro. Por ejemplo, casi el 80% de los canadienses consumieron alcohol en el 2010, en comparación con menos del 30% de los beliceños.

CUADRO 1. Porcentaje de abstemios de toda la vida, antiguos consumidores y consumidores actuales, por Región de la OMS y a nivel mundial (2010).

Región de la OMS y media mundial	Abstemios de toda la vida (%)	Antiguos consumidores (%)	Consumidores actuales (%)
AFR	57,4	12,8	29,8
AMR	18,9	19,6	61,5
EMR	89,8	4,8	5,4
EUR	20,6	13,0	66,4
SEAR	76,6	9,9	13,5
WPR	37,1	17,1	45,8
MEDIA MUNDIAL	48,0	13,7	38,3

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014).

Los antiguos consumidores son las personas que han consumido alcohol en algún momento de su vida pero no en el último año. La Región de las Américas tiene la proporción más alta de exconsumidores del mundo: cerca del 22% de las poblaciones de Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Guatemala y El Salvador declararon que no habían consumido alcohol en el 2010 pero sí en el pasado. Son muchas las razones que llevan a una persona a hacerse abstemia, como por ejemplo las de índole religiosa o de salud. Puesto que lo habitual es abandonar el patrón ante las consecuencias negativas (sociales, económicas o de salud), las proporciones altas de antiguos consumidores quizá reflejen un aumento de la incidencia de los problemas causados por el alcohol; es preciso investigar más para comprender estos cambios. El cuadro 1 recoge la prevalencia de los abstemios de toda la vida, antiguos consumidores y consumidores actuales, por Región de la OMS y a nivel mundial.

La figura 7 recoge la prevalencia de los consumidores actuales, los antiguos consumidores y los abstemios de toda la vida entre los hombres y las mujeres, por país de las Américas en el 2010. Se observan grandes diferencias entre un país y otro y entre los sexos dentro de un mismo país.

El cuadro 2 recoge las diferencias en el APC entre los consumidores y la población adulta general en los países de la Región. En Belice, por ejemplo, donde en la actualidad hay pocos consumidores, las cifras de APC en toda la

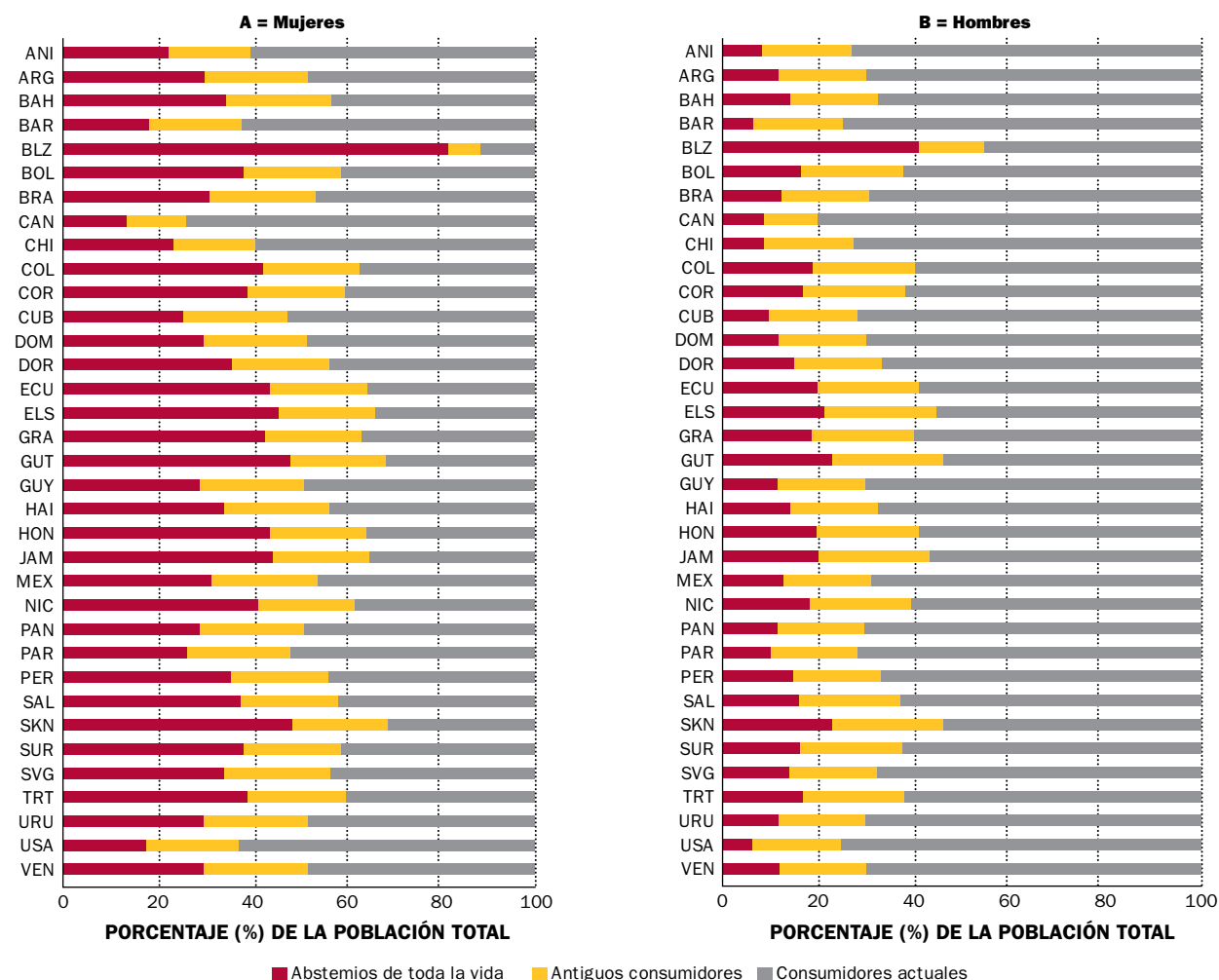
CUADRO 2. Diferencias en el consumo estimado de alcohol per cápita(a) entre toda la población adulta y los consumidores de alcohol, por país y por sexo, en la Región de las Américas (2010).

País	Mujeres		Hombres	
	Consumidoras	Todas	Consumidores	Todos
ANI	5,1	3,1	10,6	7,7
ARG	10,9	5,2	19,5	13,6
BAH	9,0	3,9	14,9	10,1
BAR	6,3	4,0	13,1	9,8
BLZ	21,2	2,5	32,1	14,5
BOL	6,6	2,7	14,5	9,1
BRA	8,9	4,2	19,6	13,6
CAN	7,4	5,5	18,8	15,1
CHI	9,3	5,5	19,2	13,9
COL	9,4	3,5	15,2	9,1
COR	7,8	3,2	12,1	7,5
CUB	3,0	1,6	12,3	8,8
DOM	8,4	4,1	14,6	10,2
DOR	9,0	4,0	14,7	9,8
ECU	9,4	3,4	18,8	11,1
ELS	5,1	1,7	9,0	5,0
GRA	19,6	7,3	29,9	17,9
GUT	1,7	0,5	13,9	7,5
GUY	9,5	4,7	16,7	11,7
HAI	6,7	2,9	15,0	10,1
HON	6,4	2,3	9,7	5,7
JAM	7,8	2,8	12,5	7,1
MEX	5,7	2,6	18,0	12,4
NIC	3,8	1,5	14,3	8,7
PAN	9,6	4,7	16,0	11,2
PAR	9,9	5,2	17,3	12,4
PER	8,6	3,8	18,6	12,4
SAL	14,1	5,9	24,0	15,1
SKN	15,0	4,7	21,9	11,8
SUR	9,3	3,9	15,1	9,4
SVG	8,9	3,9	13,6	9,2
TRT	9,6	3,9	15,6	9,7
URU	8,7	4,2	16,1	11,3
USA	7,8	4,9	18,1	13,6
VEN	10,7	5,2	18,2	12,7
MEDIA REGIONAL	8,9	3,8	16,7	10,8
MEDIA MUNDIAL	8,4	2,9	18,8	9,6

^a Mayores de 15 años.

Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Drinkers only by country and Total consumption by country. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1022?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

FIGURA 7. Porcentaje de abstemios de toda la vida, antiguos consumidores y consumidores actuales, por sexo, en los países de las Américas (2010).



Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Abstainers, lifetime and Alcohol consumers, past 12 months and Former drinkers. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1038?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

población adulta son mucho menores que el APC referido solamente a los consumidores. En el Canadá, por otro lado, donde hay una proporción relativamente alta de consumidores, la variación es menos acusada. La diferencia en el APC entre la población adulta general y los consumidores también recalca claramente la importancia de las encuestas para estudiar los patrones de consumo de ciertos grupos, y no solo los de la población adulta general.

El APC de las mujeres consumidoras en las Américas es mayor que el promedio mundial; en particular, las consumidoras de Belice y Granada están en el cuarto y

el séptimo lugar del mundo, respectivamente, de consumo medio.

Episodios de consumo excesivo de alcohol

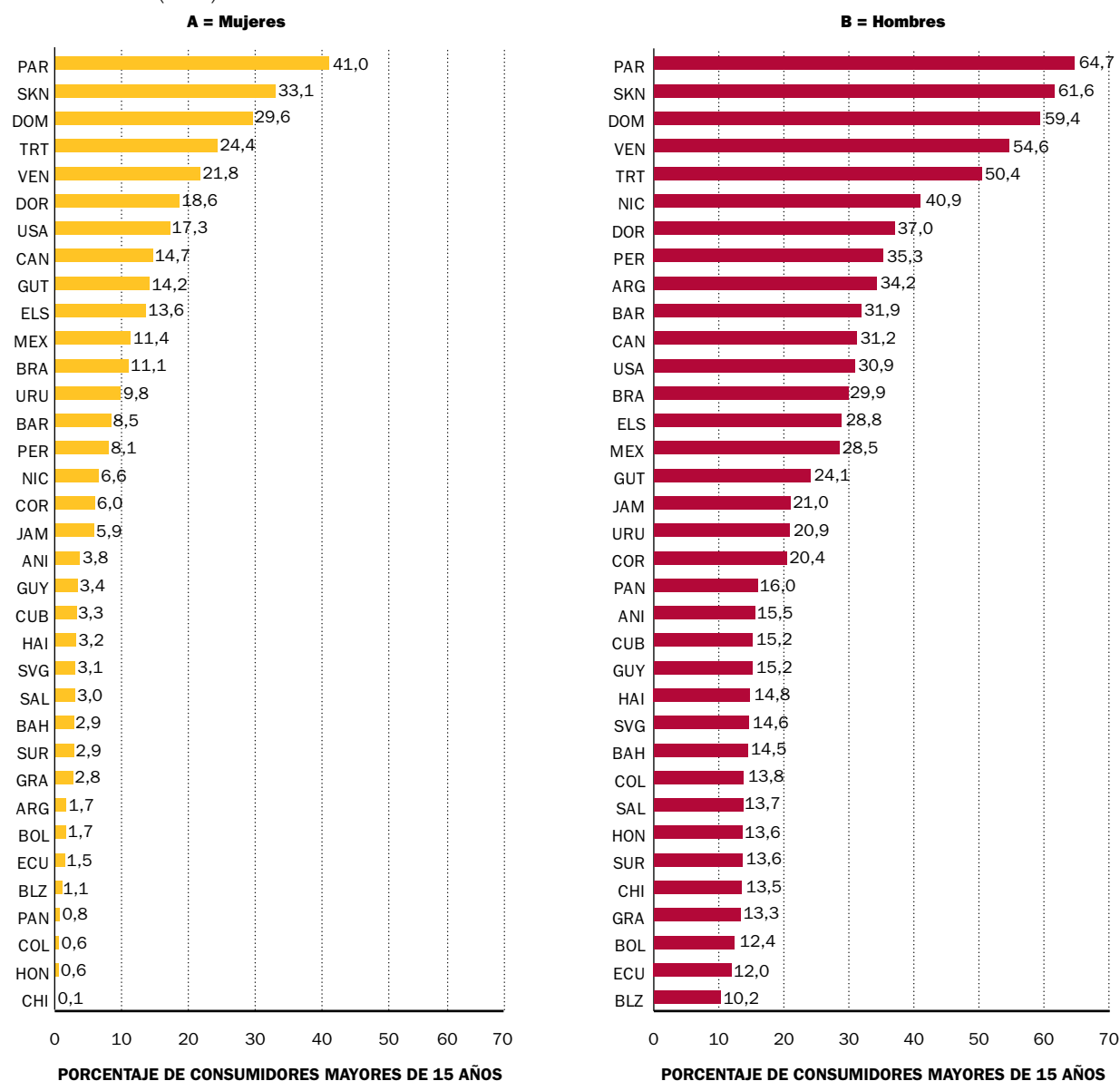
Los episodios de consumo excesivo (ECE) de alcohol son otro indicador para medir los patrones peligrosos, fundamental para cuantificar los riesgos para la salud causados por el alcohol. Algunos datos indican que el consumo regular de cantidades *pequeñas* de alcohol reporta beneficios *limitados* para la salud, pero la mayoría de las personas no consumen alcohol en esas cantidades. Los ECE son indicativos de patrones de consumo que

anulan por completo el posible efecto positivo de beber en cantidades pequeñas y que aumentan enormemente el riesgo de enfermedad y de otros efectos perniciosos.

En las Américas, la prevalencia de los ECE es alta: uno de cada cinco consumidores actuales (22%) protagoniza un ECE por lo menos una vez al mes, por encima del promedio mundial del 16%. Tanto el Paraguay como Saint

Kitts y Nevis tienen prevalencias de ECE superiores al 50%. Chile, por otro lado, tiene la prevalencia más baja, a pesar de que el consumo de APC es relativamente alto, lo cual quizá sea un reflejo de la cultura de acompañar con vino las comidas en lugar de las borracheras en los bares o en las fiestas (aunque en las tendencias entre los jóvenes de ese país se aprecian cambios en dicha costumbre). Véase la figura 8, que recoge los detalles sobre

FIGURA 8. Prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol entre los consumidores, por sexos, en los países de las Américas (2010).



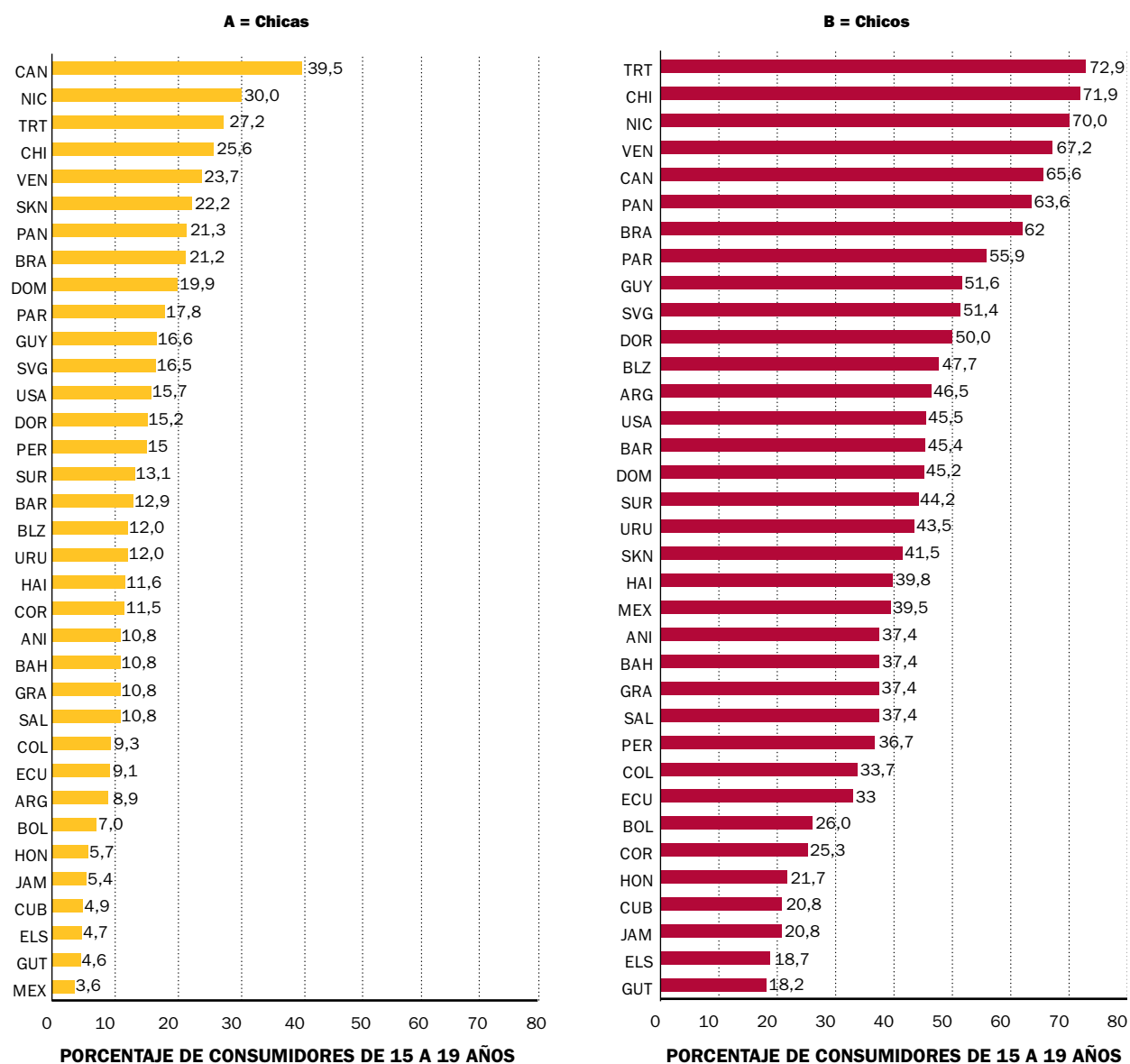
Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Heavy episodic drinking, past 30 days. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1038?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

la prevalencia de los ECE en los países de las Américas en el 2010.

Se observan grandes diferencias entre los hombres y las mujeres, así como entre los distintos grupos de edad, en lo que concierne a la prevalencia de ECE. Al igual que el consumo total, los hombres son mucho más propensos

que las mujeres a los ECE. Los países con la prevalencia más alta del ECE tanto entre los hombres como entre las mujeres son el Paraguay, Saint Kitts y Nevis y Dominica, por orden descendente. Por el contrario, en Chile, mientras las mujeres casi no afirman haber tenido ningún ECE (cerca del 0,1%), entre los hombres chilenos es mucho más alta la prevalencia de ECE.

FIGURA 9. Episodios de consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes, por sexos, en los países de las Américas (2010).



Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, 15-19 years old heavy episodic drinkers (drinkers only),%. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1206?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

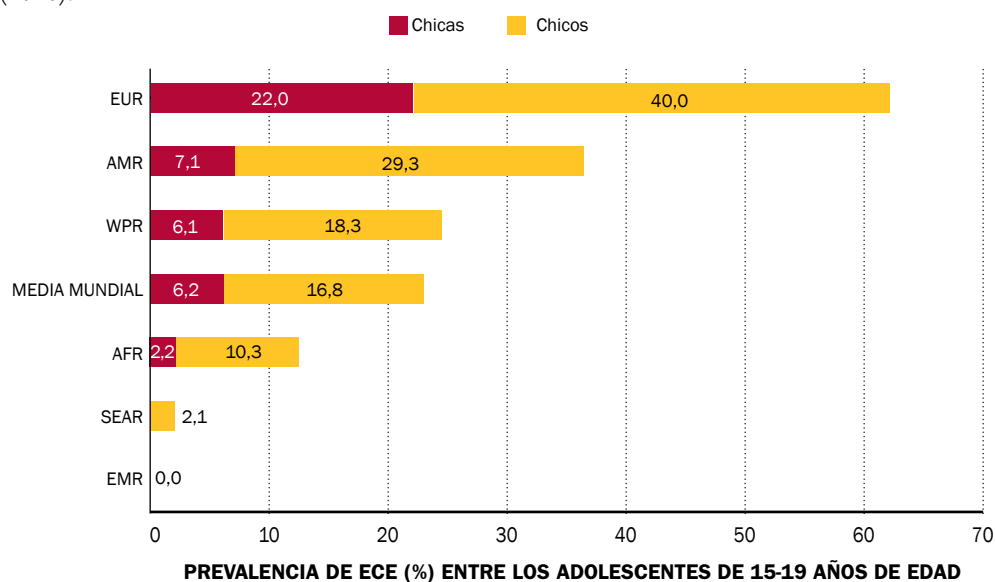
También los jóvenes, en general, presentan patrones de consumo mucho más peligrosos en las Américas que en otras regiones. Cabe señalar que muchos países con un consumo de alcohol relativamente escaso entre la población general tienen una prevalencia relativa mucho mayor entre los jóvenes. Por ejemplo, las tasas de ECE en Chile son la cuarta y la segunda más altas de la Región en el caso de las chicas y de los chicos jóvenes, respectivamente (figura 9). Por otro lado, los adolescentes de 15 a 19 años de edad presentan más ECE en las Américas que casi en cualquier otro lugar del mundo, después de Europa (figura 10). La información sobre la prevalencia de los ECE entre los jóvenes es valiosa para cuantificar y prevenir daños, ya que es probable que los costos causados por el consumo de alcohol crezcan significativamente en el futuro si no se hace nada ahora para eliminar el consumo en exceso de las generaciones más jóvenes. Además, el más mínimo consumo es motivo de preocupación en el caso de los adolescentes, ya que se conoce bien la relación entre el consumo a edades tempranas, sea cual sea la cantidad, y las deficiencias en el desarrollo del cerebro. Además, también aumenta el riesgo de padecer trastornos por consumo de alcohol en etapas posteriores de la vida. Otros problemas asociados con el consumo de alcohol durante la adolescencia son

los suicidios, los embarazos prematuros y no deseados, la violencia y las defunciones relacionadas con el alcohol (National Research Council, 2004).

Cuantificación de los daños: los patrones de consumo

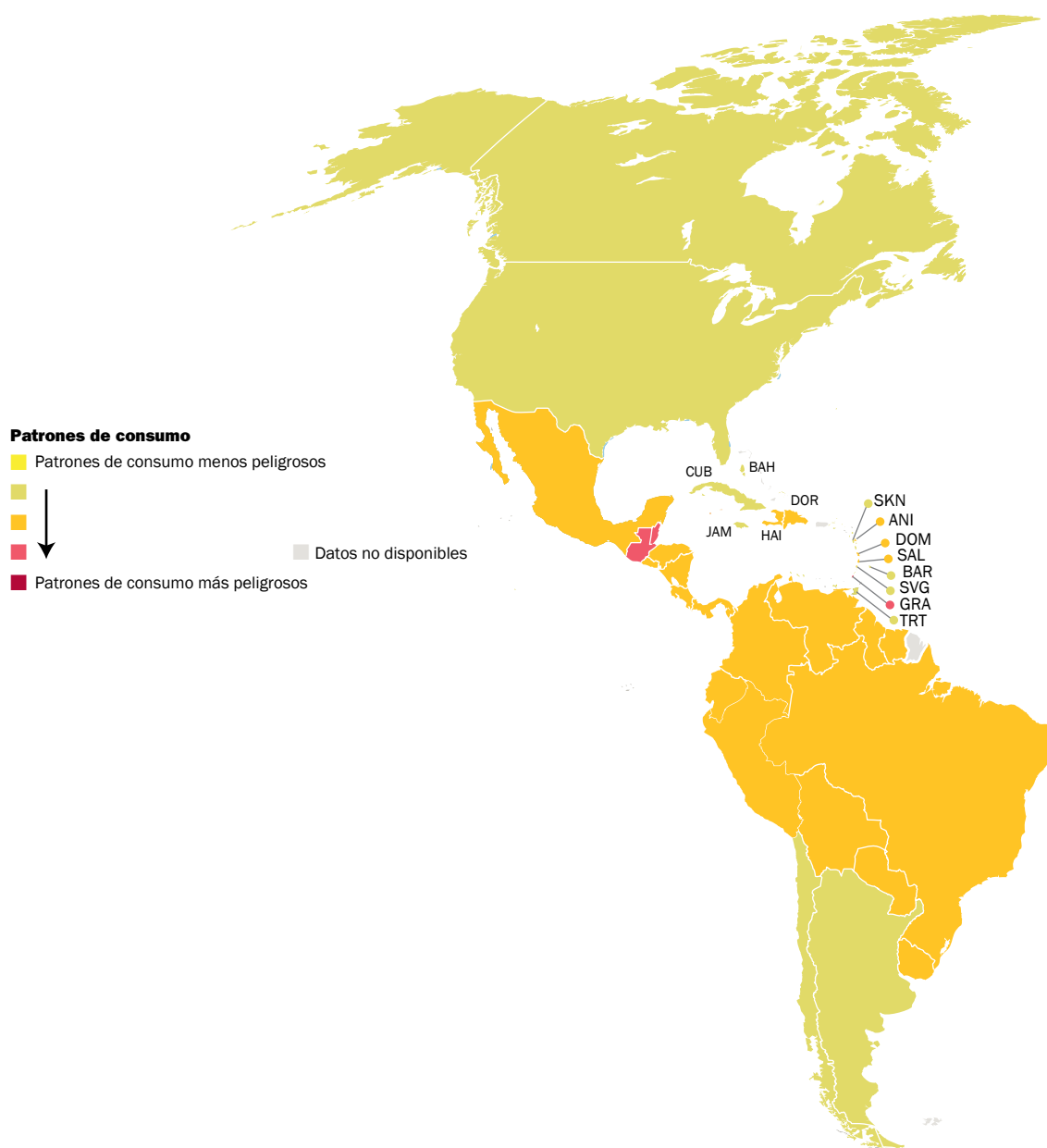
El volumen de alcohol que se consume, la frecuencia y los patrones de consumo son factores que contribuyen a los daños relacionados con el alcohol. La puntuación de los patrones de consumo es una medida compuesta que combina los datos de diversos indicadores de los patrones de consumo (figura 11); va del 1 (menos peligroso) al 5 (más peligroso) y se basa en lo siguiente: la cantidad de alcohol consumido en cada ocasión, el consumo festivo (habitual en fiestas o celebraciones de la comunidad), la proporción de veces que el consumidor se emborracha, la proporción de consumidores que toman a diario o casi a diario, el consumo junto con las comidas y el consumo en lugares públicos. La puntuación de los patrones de consumo es un indicador útil del consumo peligroso, pero no representa plenamente otros factores —como el acceso a los servicios de salud o la desigualdad socioeconómica— que también pueden influir en la carga del alcohol de un país.

FIGURA 10. Episodios de consumo excesivo de alcohol entre los adolescentes de 15-19 años de edad, por Región de la OMS (2010).



Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014).

FIGURA 11. Puntuación de los patrones de consumo en la Región de las Américas (2010).



Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Patterns of drinking score, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1038?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

Cambios recientes

Por término medio, la prevalencia de la abstinencia a lo largo de toda la vida en las Américas descendió en ambos sexos entre el 2005 y el 2010, lo cual significa que en la Región hay más personas que beben. El cua-

dro 3 recoge las tasas de abstinencia de cada país descritas en el 2005 y el 2010. En pocos países —sobre todo Colombia, la Argentina y el Perú— se observa un aumento enorme de la proporción de abstemios de toda la vida, pero las diferencias probablemente se

deben a deficiencias de los datos correspondientes al 2005 y no a una reducción real del número de consumidores. Dado que los abstemios de toda la vida no sufren las consecuencias directas del consumo de alcohol sobre la salud, un porcentaje mayor de abstemios se considera positivo, aunque también pueden sufrir las consecuencias del consumo de otras personas, como se verá más adelante. Muchos países no proporcionaron datos sobre la tasa de abstinencia en el 2005, complicando aún más la comparación de estos cambios con el transcurso del tiempo.

Hay pocos datos sobre la evolución en el tiempo de la prevalencia de los ECE y por lo tanto las comparaciones de los ECE se ven dificultadas por muchos de los mismos problemas que las de las tasas de abstinencia. Es posible que gran parte de lo logrado desde el 2005 en realidad solo refleje la limitación de las fuentes de información disponibles en la mayoría de los países en ese momento, en lugar de una disminución real del consumo excesivo. Cuando se examinan los datos desde una perspectiva regional, vemos más claramente que las tasas de ECE han subido, pasando de 4,6 a 13,0 en el caso de las mujeres y de 17,9 a 29,4 entre los hombres a lo largo de ese lustro (véase el cuadro 4).

CUADRO 3. Porcentaje de personas que son abstemias desde siempre, por sexos, en los países de las Américas y en toda la Región, del 2005 al 2010.

País	Mujeres		Hombres	
	2005	2010	2005	2010
ANI	...	22,1	...	8,3
ARG	4,6	29,7	1,6	11,7
BAH	...	34,2	...	14,2
BAR	32,3	18,0	27,0	6,5
BLZ	59,3	81,3	20,6	41,0
BOL	22,0	38,0	25,0	16,4
BRA	22,7	30,8	14,5	12,4
CAN	10,8	13,3	5,7	8,7
CHI	17,0	23,2	16,0	8,7
COL	8,0	42,1	1,8	18,9
COR	18,9	38,8	8,8	16,8
CUB	59,0	25,3	17,7	9,6
DOM	30,9	29,5	9,8	11,7
DOR	35,4	35,5	12,1	14,9
ECU	70,5	43,6	42,8	19,8
ELS	...	45,5	...	21,3
GRA	...	42,5	...	18,7
GUT	84,7	47,9	49,4	22,8
GUY	...	28,8	...	11,5
HAI	...	33,8	...	14,1
HON	...	43,5	...	19,7
JAM	39,1	44,1	20,7	20,0
MEX	64,3	31,3	37,5	12,8
NIC	52,5	41,0	12,1	18,1
PAN	...	28,8	...	11,4
PAR	28,1	26,0	7,9	10,0
PER	8,4	35,3	3,3	14,8
SAL	...	37,3	...	15,9
SKN	...	48,2	...	22,8
SUR	...	37,9	...	16,2
SVG	...	33,9	...	13,9
TRT	...	38,9	...	16,7
URU	43,2	29,6	25,0	11,6
USA	22,9	17,4	12,0	6,2
VEN	...	29,6	...	11,8
MEDIA REGIONAL	27,4	26,6	15,2	10,8
MEDIA MUNDIAL	55,0	...	34,9	...

Nota: ... = Datos no disponibles.

Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

CUADRO 4. Tasas de episodios de consumo excesivo de alcohol, por sexos, en los países de las Américas y en toda la Región, del 2005 al 2010.

País	Mujeres		Hombres	
	2005	2010	2005	2010
ANI	...	3,8	...	15,5
ARG	0,3	1,7	17,5	34,2
BAH	...	2,9	...	14,5
BAR	2,0	8,5	14,2	31,9
BLZ	8,8	1,1	28,2	10,2
BOL	...	1,7	...	12,4
BRA	10,1	11,1	32,4	29,9
CAN	3,5	14,7	15,5	31,2
CHI	...	0,1	...	13,5
COL	...	0,6	...	13,8
COR	12,5	6,0	13,8	20,4
CUB	...	3,3	...	15,2
DOM	5,5	29,6	26,2	59,4
DOR	10,0	18,6	22,0	37,0
ECU	6,3	1,5	25,3	12,0
ELS	...	13,6	...	28,8
GRA	...	2,8	...	13,3
GUT	...	14,2	...	24,1
GUY	...	3,4	...	15,2
HAI	...	3,2	...	14,8
HON	...	0,6	...	13,6
JAM	...	5,9	...	21,0
MEX	2,9	11,4	12,6	28,5
NIC	11,0	6,6	32,7	40,9
PAN	...	0,8	...	16,0
PAR	8,0	41,0	37,7	64,7
PER	0,4	8,1	7,0	35,3
SAL	...	3,0	...	13,7
SKN	...	33,1	...	61,6
SUR	...	2,9	...	13,6
SVG	...	3,1	...	14,6
TRT	...	24,4	...	50,4
URU	4,6	9,8	11,5	20,9
USA	3,4	17,3	13,0	30,9
VEN	...	21,8	...	54,6
MEDIA REGIONAL	4,6	13,0	17,9	29,4
MEDIA MUNDIAL	...	5,7	...	21,5

Nota: ... = Datos no disponibles.

Source: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.



Consecuencias para la salud y otros efectos

Muchas personas solo son conscientes de algunas de las consecuencias negativas del alcohol, las más conocidas de las cuales son los traumatismos causados por los accidentes de tránsito y las hepatopatías. Estos efectos nocivos se conocen muy bien y sin duda son muy graves, pero apenas representan la punta del iceberg de todos los perjuicios que provoca el consumo de alcohol.

Hay diversas maneras de determinar la repercusión del alcohol sobre la salud. En primer lugar, es importante calcular cómo influye en la mortalidad (en las Américas, en el 2010 el alcohol causó el 4,7% de todas las defunciones) y en los índices de discapacidad, como los AVAD (el alcohol es la causa del 6,7% de los años perdidos por muerte prematura y de los años vividos con discapacidad, sumados).

Los índices de la mortalidad y la discapacidad causadas por el alcohol varían, ya que muchas veces dependen de los datos de las encuestas y tienen que calcularse a partir de los mejores datos disponibles sobre los patrones de consumo y las consecuencias habidas. El número de defunciones y de AVAD causados por el consumo de alcohol se calculan a partir de una fracción atribuible al alcohol. El término “atribuible al alcohol” (en el contexto de la mortalidad o de los AVAD) hace referencia a las defunciones y a la morbilidad que no se habrían producido si la persona no hubiese consumido nunca alcohol.

El consumo de alcohol guarda una relación causal con más de 200 trastornos de tres dígitos recogidos en la CIE 10 (véase el cuadro 5). Salvo los posibles efectos positivos (en circunstancias muy concretas) sobre el riesgo de diabetes, cardiopatías isquémicas y accidente cerebrovascular isquémico, los efectos del consumo de alcohol en la salud al nivel de la población siempre han sido eminentemente negativos.

En las Américas, en el 2012, las tres primeras causas de muerte y discapacidad causadas por el alcohol fueron los trastornos por consumo de alcohol, la cirrosis hepática y la violencia interpersonal. Cuando se desglosa por sexos, salen a la luz ciertas diferencias. Por ejemplo, el cáncer de mama reemplaza a la violencia interpersonal como una de las principales causas de muerte y discapacidad por alcohol de las mujeres. El cuadro 5 también recoge las causas como proporción de todas las defunciones atribuibles al alcohol en las Américas.

La mayoría de los trastornos enumerados están asociados con el consumo excesivo durante mucho tiempo, pero algunas —especialmente los traumatismos, que representan alrededor del 35% de las defunciones y los AVAD— están asociadas con los consumos agudos. Es importante reconocer, por consiguiente, que toda persona que beba corre mayor riesgo de sufrir unas u otras consecuencias negativas para la salud.

FACTORES QUE REPERCUTEN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS EFECTOS NOCIVOS

Sexo y género

Tradicionalmente, los hombres han sido los principales consumidores de alcohol y, en consecuencia, han padecido más la morbimortalidad atribuible, pero las mujeres cada vez beben más cantidad y más a menudo; en muchos países, el consumo de las mujeres pronto igualará al de los hombres. Este cambio se debe en parte a la evolución de las actitudes culturales, pero también a las campañas de mercadotecnia que están dirigidas deliberadamente a las mujeres.

Desde la perspectiva biológica, el aumento del consumo femenino es preocupante porque las mujeres tienden a sufrir más los problemas causados por el alcohol aun ingiriendo las mismas cantidades que los hombres. Esta

CUADRO 5. Proporción (%) de defunciones y AVAD atribuibles al alcohol, por causa, en la Región de las Américas (2012).

Causa	Defunciones	AVAD
Trastornos transmisibles, maternos, perinatales y nutricionales		
<i>Enfermedades infecciosas y parasitosis</i>		
Tuberculosis	1,2	1,1
Infección por el VIH/SIDA	0,8	0,7
<i>Infecciones respiratorias</i>		
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	5,4	2,1
<i>Trastornos maternos</i>		
Complicaciones del parto prematuro	0,1	0,2
Enfermedades no transmisibles		
<i>Neoplasias malignas</i>		
Boca y orofaringe	2,9	1,5
Esófago	2,5	1,2
Colon y recto	3,7	1,6
Hígado	1,9	0,9
Páncreas	0,9	0,4
Mama	2,9	1,5
Otras neoplasias malignas	0,8	0,4
<i>Diabetes mellitus</i>	-4,3	-2,9
<i>Trastornos mentales y de la conducta</i>		
Trastornos debidos al consumo de alcohol	10,1	37,1
<i>Trastornos neurológicos</i>		
Epilepsia	0,7	1,9
<i>Trastornos cardiovasculares</i>		
Cardiopatía hipertensiva	4,6	2,2
Cardiopatía isquémica	-3,8	-2,9
Accidente cerebrovascular (hemorrágico)	6,6	3,2
Accidente cerebrovascular (isquémico)	-1,1	-0,3
Otras enfermedades circulatorias	1,1	0,5
<i>Trastornos digestivos</i>		
Cirrosis hepática	24,3	13,8
Otras enfermedades digestivas	1,4	0,9
Lesiones		
<i>Traumatismos accidentales</i>		
Traumatismos de tránsito	9,4	9,0
Intoxicaciones	0,9	0,8
Caídas	2,1	1,8
Incendios, altas temperaturas y quemaduras	0,4	0,3
Ahogo	1,3	1,1
Otros traumatismos accidentales	3,9	3,3
<i>Lesiones intencionales</i>		
Autoagresión	5,5	4,6
Violencia interpersonal	14,0	13,9

Nota: Si los porcentajes no suman el 100%, es por causa de los redondeos.

Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

diferencia obedece a diversos factores: además de tener menos masa corporal, la mujer también metaboliza alcohol por vías distintas (NIH, 2013). El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo del cáncer de mama, las cardiopatías, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos involuntarios y un sinnúmero de otros problemas de salud (CAMY, 2012). Un signo del consumo excesivo y prolongado que se observa entre las mujeres de las Américas es la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol, que es la más alta del mundo.

El consumo de alcohol de los hombres y de las mujeres históricamente ha reflejado los roles de género tradicionales en la sociedad. Era normal (y todavía puede serlo) que se aceptase e incluso se fomentase el consumo de los varones pero no de las mujeres; la bebida con frecuencia se percibe como un signo de poder, dominación y éxito. Estas normas quizá estén cambiando, pero los datos revelan que los hombres beben más que las mujeres y en mayores cantidades; además, las mujeres tienden a beber en entornos privados y los hombres, en público. Otra diferencia estriba en que la embriaguez y la violencia asociada están más aceptadas y normalizadas entre los hombres que entre las mujeres (de hecho, la intoxicación etílica suele aducirse como excusa de la violencia ejercida contra otras personas, por ejemplo contra la pareja). Las mujeres también sufren más la violencia íntima: son víctima de agresiones físicas y sexuales más graves, que el consumo de alcohol de la pareja no hace otra cosa que recrudecer. Por último, sobre las mujeres pesa un estigma mayor que el de los hombres cuando padecen los problemas relacionados con el consumo de alcohol, y son más las barreras que las separan de los servicios de ayuda (la vergüenza, el cuidado de los hijos u otros familiares, las responsabilidades domésticas, las trabas económicas, etc.) (Graham et al., 2008).

Edad

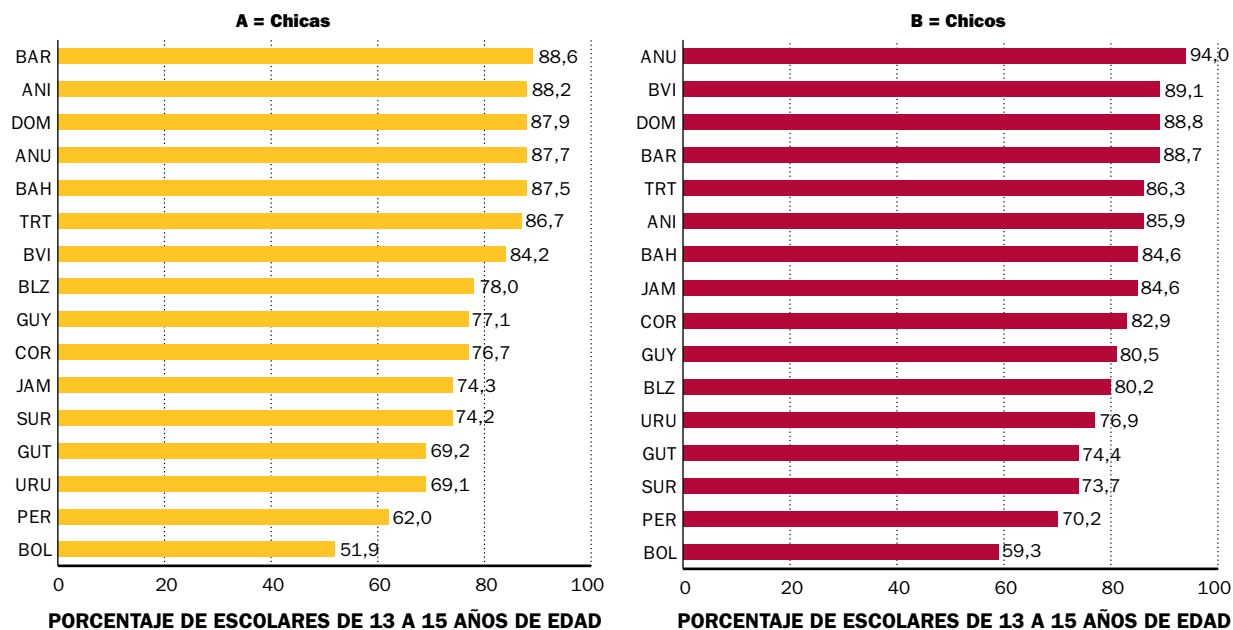
Los estudios revelan que cuanto antes se comienza a beber, mayor es el riesgo de padecer un problema relacionado con el consumo de alcohol: los adolescentes que se inician en la bebida antes de los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de sufrir trastornos por consumo de alcohol, cuatro veces más de desarrollar dependencia etílica y casi siete veces más de sufrir lesiones como consecuencia de un accidente automovilístico o de una pelea. Los diversos estudios realizados en los Esta-

dos Unidos confirman que los jóvenes que comienzan a beber antes de los 15 años tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol en etapas posteriores de la vida (CDC, 2014).

La Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), que recopila datos sobre los alumnos de entre 13 y 17 años de edad, reveló que la mayoría de los escolares de las Américas habían consumido al menos una bebida alcohólica estándar antes de los 14 años. Aunque los chicos, en general, son un poco más proclives a la bebida que las chicas, las diferencias entre los sexos en el caso de los jóvenes son mucho menos pronunciadas que entre los adultos. Según las encuestas realizadas en Antigua y Barbuda, las Bahamas y Suriname, hay más niñas que han consumido alcohol antes de los 14 años de edad que niños (véase la figura 12). Estas cifras pueden reflejar nuevas tendencias en la mercadotecnia del alcohol, que se dirige mucho más que antes al público femenino. Las cifras también preludian una mayor probabilidad de problemas causados por el alcohol en el futuro, al constatar que se reduce la prevalencia de la abstinencia de por vida.

La Encuesta Mundial de Salud a Escolares también indaga si los encuestados se han emborrachado alguna vez (por ejemplo, si han tenido síntomas como titubeos al caminar, dificultad para hablar y vómitos) (WHO, 2013a). La pregunta no hace referencia a cantidades concretas de alcohol consumido, ya que en general los adolescentes tienen menos experiencia con el alcohol y menos masa corporal que los adultos, de modo que se necesita menos alcohol para causar embriaguez y efectos negativos. Por término medio, entre los países donde se realiza la encuesta, el 20% de las chicas y el 28% de los chicos declaran haberse emborrachado por lo menos una vez en su vida (véase la figura 13). Cuando se comparan estos resultados con la incidencia de ECE entre los adolescentes de 15 a 19 años, se observan algunas diferencias llamativas: los chicos (de 15 a 19 años) declaran una incidencia mucho más alta de ECE que las chicas del mismo grupo de edad: el 23,2% frente al 5,0%. Aunque estos indicadores no son perfectamente compatibles, la magnitud de las diferencias entre los sexos podría indicar que los ECE representan solo una parte ínfima del consumo perjudicial de alcohol, sobre todo en el caso de las chicas.

FIGURA 12. Porcentaje de escolares de 13 a 15 años de edad que tomaron la primera bebida antes de los 14, por sexos, en algunos países de las Américas (datos de 2003-2013).



Fuente: World Health Organization. Global School-Based Student Health Survey (GSHS) Country Datasets. WHO: Geneva. Available from <http://www.who.int/chp/gshs/datasets/en/> [consultado el 5 de diciembre del 2014].

Dados los efectos negativos del alcohol sobre el desarrollo del cerebro (Hiller-Sturmhöfel y Swartzwelder, 2004), cualquier cantidad que se consuma durante la adolescencia se considera perjudicial. Las incidencias de ECE en la adolescencia contribuyen a esclarecer qué proporción de muchachos consumen cantidades excesivas aun para los adultos, pero es importante recordar que en estas edades incluso un solo trago ya es peligroso.

En los Estados Unidos se han realizado estudios de los patrones de consumo por edades y se ha observado que los jóvenes que no han cumplido la edad legal mínima para consumir alcohol tienden a beber con menos frecuencia que los adultos; sin embargo, por término medio beben una o dos copas más que los adultos cada vez (figura 14.) Por lo tanto, es imperativo que las políticas en materia de alcohol se dirijan a los jóvenes, a fin de modificar sus patrones de consumo desde el principio.

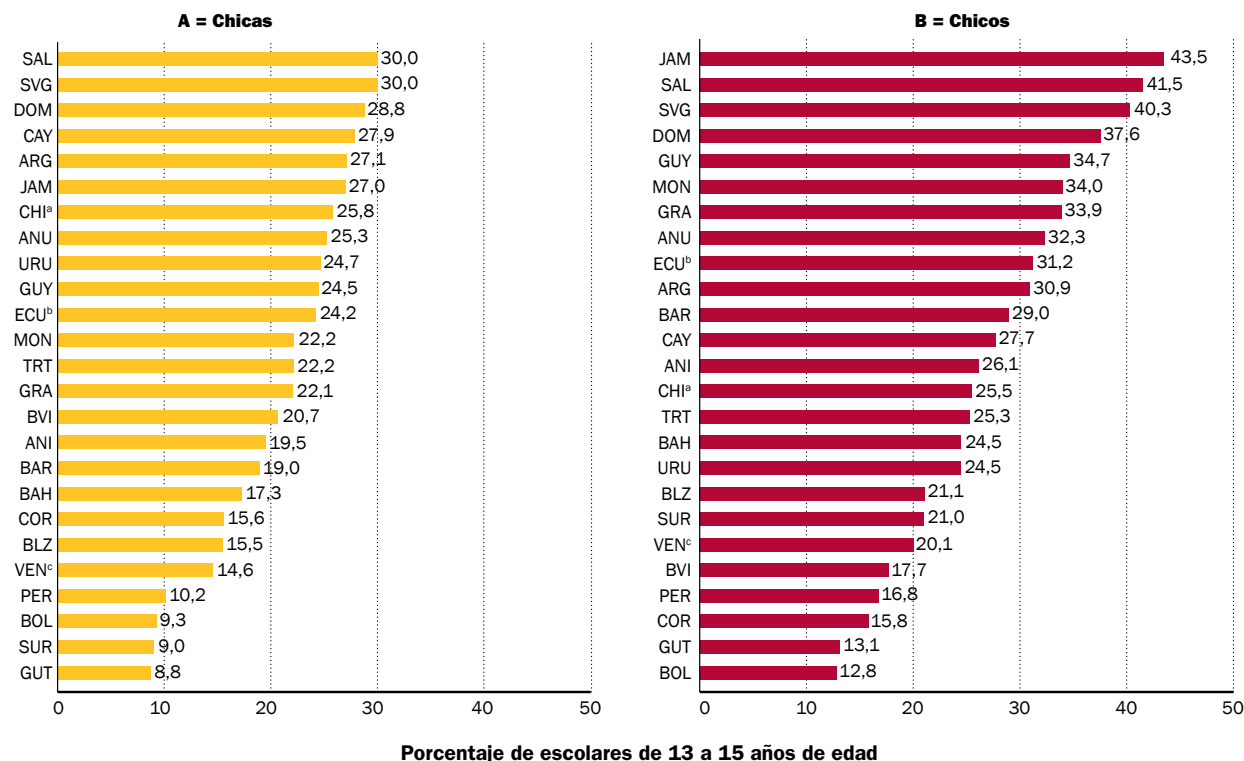
El alcohol es, con mucha diferencia, el principal factor de riesgo de muerte para los adolescentes de 15 a 19 años de edad. Según el estudio *Global Burden of Disease* del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanita-

ria (IHME), el Brasil tiene la tasa más elevada de mortalidad atribuible al alcohol dentro de ese grupo de edad, seguido de Guatemala y Venezuela. En el 2010, cerca de 14.000 defunciones de niños y adolescentes menores de 19 años en las Américas fueron atribuibles al alcohol. La figura 15 representa las tasas de mortalidad de las personas de 15 a 19 años de edad por subregiones de las Américas.

Ingresos y desigualdad

Las relaciones que se establecen entre los ingresos y el consumo de alcohol son muchas y variadas. Los estudios revelan que el desarrollo económico de un país guarda una asociación positiva con el consumo de alcohol; por eso, es previsible que, a medida que los países de las Américas vayan desarrollándose, experimenten un aumento del consumo de alcohol y los efectos nocivos relacionados. Al mismo tiempo, se ha visto que los grupos socioeconómicos menos favorecidos tienden a padecer efectos más dañinos aun consumiendo las mismas cantidades que los sectores más pudientes, quizá porque las pautas de consumo son diferentes, por la falta de acceso a los recursos de atención sanitaria o porque

FIGURA 13. Porcentaje de escolares de 13 a 15 años de edad que afirman haberse emborrachado por lo menos una vez en su vida, por sexos, en algunos países de las Américas (datos de 2003–2013).



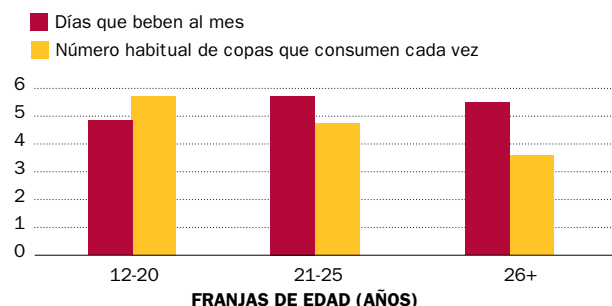
^a Datos de la Región Metropolitana de Santiago;

^b Datos de Quito

^c Datos del estado de Lara

Fuente: World Health Organization. Global School-Based Student Health Survey (GSHS) Country Datasets. WHO: Geneva. Available from <http://www.who.int/chp/gshs/datasets/en/> [consultado el 5 de diciembre del 2014].

FIGURA 14. Patrones de consumo de alcohol de los adolescentes comparados con otros grupos de edad (Estados Unidos de América, 2010).^(a)

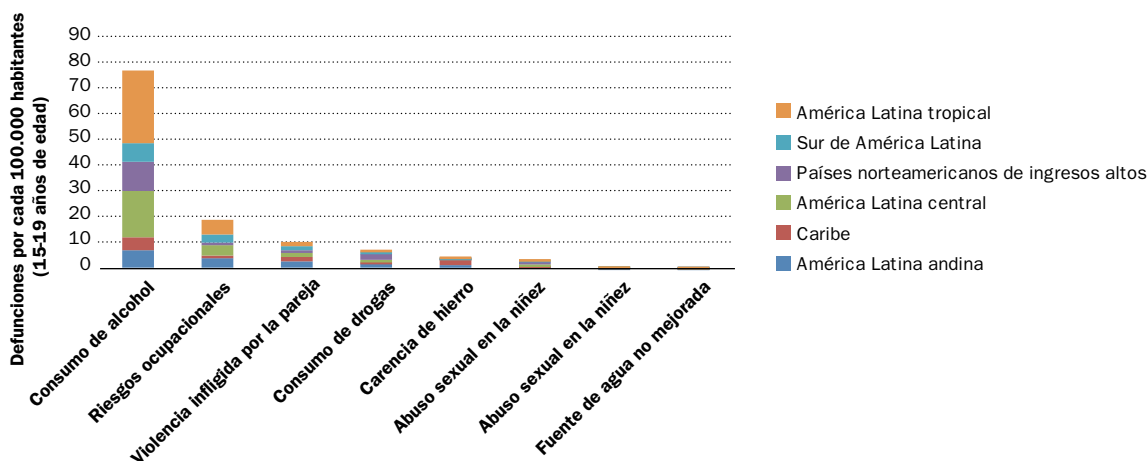


Fuente: United States, Department of Health and Human Services (HHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2011). Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available from: <http://archive.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10nsduh/2k10results.htm> [consultado el 18 de diciembre del 2014]

sufren mayor exclusión social (Room, 2004). La figura 16 ilustra esta relación a nivel de país: en ella se aprecia que los países con menor desarrollo económico tienden a padecer una mayor carga de mortalidad y discapacidad por litro de alcohol consumido.

Si bien es relativamente fácil comparar entre países la desigualdad, los patrones de consumo y los efectos nocivos, resulta mucho más difícil hacerlo dentro de un mismo país. América Latina tiene más desigualdad de ingresos que cualquier otra región del mundo (Ortiz y Cummins, 2011), lo cual plantea interrogantes importantes tanto en lo que respecta a la representatividad de los datos a nivel nacional como al diseño y la aplicación eficaz de políticas e intervenciones nacionales. Así pues, los países con mayores desigualdades internas deben prestar atención especial a la distribución de los daños

FIGURA 15. Tasas de mortalidad de personas de 15 a 19 años de edad, por factor de riesgo y por subregión, en la Región de las Américas (2010).



Nota: Estos datos los ha elaborado el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME) y puede que no se correspondan con los datos de mortalidad de la OMS. Aun así, son valiosos para comparar la mortalidad relativa por diferentes causas entre las subregiones.

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Risk Factor 1990–2010 – Country Level. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013, Available from: <http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

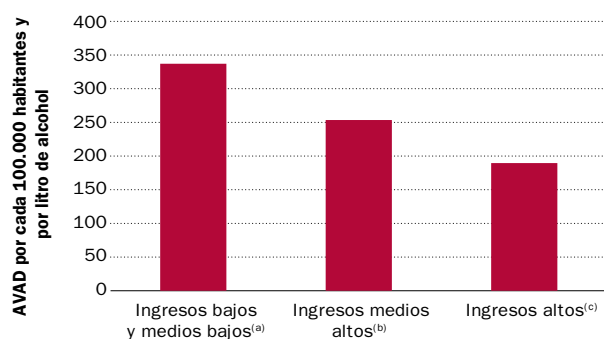
causados por el alcohol. A medida que los países de las Américas se desarrollan económicamente, los profesionales de la salud pública y los responsables de las políticas tienen que velar por que las políticas y los servicios lleguen a las poblaciones más vulnerables. Las personas que antes no podían permitirse las bebidas alcohólicas pero que se han beneficiado del crecimiento económico de su país pueden convertirse en el blanco de las estrategias mercadotécnicas de la industria. Estos grupos son especialmente vulnerables, ya que todavía se enfrentan a barreras que los separan de la educación y de los servicios sociosanitarios. Por lo tanto, es crucial que los gobiernos de los países en desarrollo reconozcan esta relación y hagan de la fiscalización del alcohol y de los programas de tratamiento una prioridad.

Pueblos indígenas

La cultura influye considerablemente en los patrones de consumo y en los efectos dañinos del alcohol, dando lugar a diferencias de un país a otro y dentro de un mismo país. Factores como las creencias religiosas, los roles de género tradicionales, las costumbres étnicas y otros ambientes pueden interactuar mitigando o agravando los patrones de consumo de alcohol de la persona.

En las Américas, donde los pueblos indígenas representan cerca del 13% de la población (Sealey, 2013), la vigi-

FIGURA 16. Carga de mortalidad y discapacidad atribuible al alcohol por litro de alcohol consumido per cápita, por país y por nivel de ingresos, en la Región de las Américas (2012).



^a Países de ingresos bajos y medios bajos: BLZ, BOL, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, NIC, PAR.

^b Países de ingresos medios altos: ANI, ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, GRA, JAM, MEX, PAN, PER, SAL, SKN, SUR, SVG, URU, VEN.

^c Países de ingresos altos: BAH, BAR, CAN, TRT, USA.

Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

lancia del consumo y de los efectos nocivos entre estos y otros grupos vulnerables es una responsabilidad importante de los investigadores y los profesionales de la salud pública. México tiene la mayor población indígena de la Región: más de 15 millones de personas. Otros países con importantes poblaciones indígenas son el Perú, Guatemala (donde constituyen el 60% de la población), Bolivia (donde el 41% de los mayores de 15 años son de origen indígena) y el Ecuador (IWGIA, 2014). Lamentablemente, los datos sobre las poblaciones indígenas en general son escasos, y aún menos documentado está el consumo de alcohol y los perjuicios asociados en estos grupos más allá de algunos informes anecdóticos o estudios de casos limitados. Un estudio señala que en las poblaciones indígenas es mayor el riesgo de los trastornos por consumo de alcohol, la depresión y los suicidios, entre muchas otras afecciones de salud física y psíquica que tienen una relación causal con el consumo de alcohol (Pedrero y Oyarce, 2011). La gran diversidad de los grupos indígenas también dificulta la recopilación de datos. Un estudio de la OPS analiza las interacciones específicas que se producen entre el alcohol y la cultura en cinco grupos distintos de las Américas y constata diferencias en la percepción y la respuesta a los efectos nocivos del alcohol, si bien todos los grupos tienen problemas importantes (PAHO, 2005).

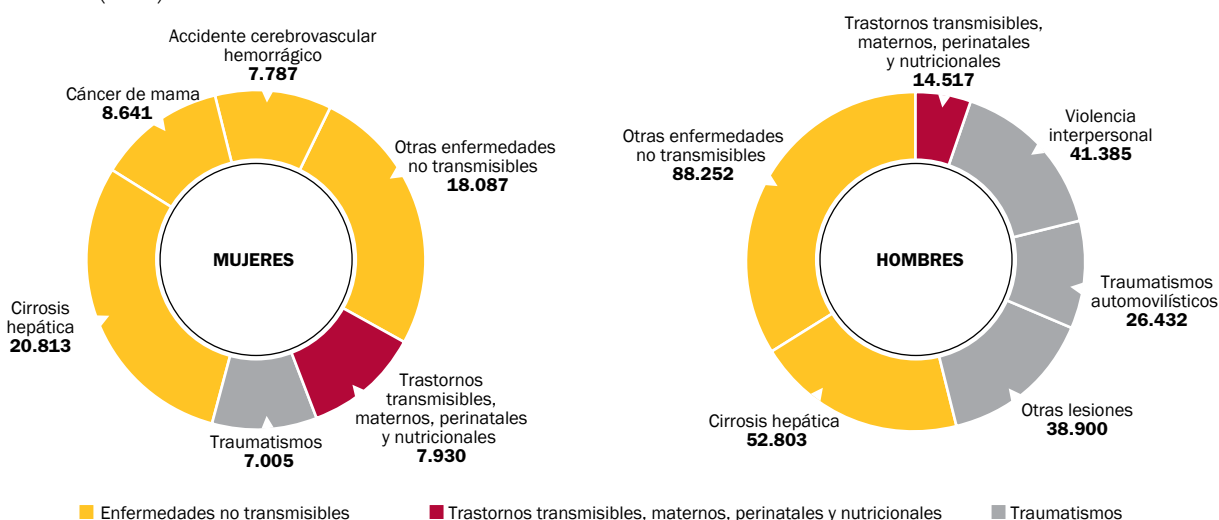
Teniendo en cuenta el tamaño y la diversidad de las poblaciones indígenas de muchos países de las Américas, se necesita mucha más investigación para comprender mejor las conexiones entre el consumo y los efectos nocivos en estos grupos, así como la eficacia de las intervenciones y las políticas que podrían reducir esta carga.

MORTALIDAD

El alcohol causó más de 300.000 defunciones en las Américas en el 2012, una cifra superior al número de habitantes de muchos países del Caribe. De esas defunciones, en más de 80.000 el alcohol fue causa necesaria, es decir que no se habrían producido de no haber mediado el alcohol (Gawryszewski y Monteiro, 2014). Por término medio, en ese año el alcohol provocó aproximadamente un deceso cada 100 segundos en las Américas.

La figura 17 ilustra la carga de mortalidad atribuible al alcohol, por causa, en las Américas, entre las mujeres y los hombres. Aunque la cirrosis hepática es la principal causa de muerte atribuible al alcohol de ambos sexos, hay muchas diferencias entre los hombres y las mujeres: entre los hombres, por ejemplo, hay muchas más muertes por traumatismos atribuibles al alcohol (en gris

FIGURA 17. Número de defunciones atribuibles al consumo de alcohol, por causa y por sexos, en la Región de las Américas (2012).



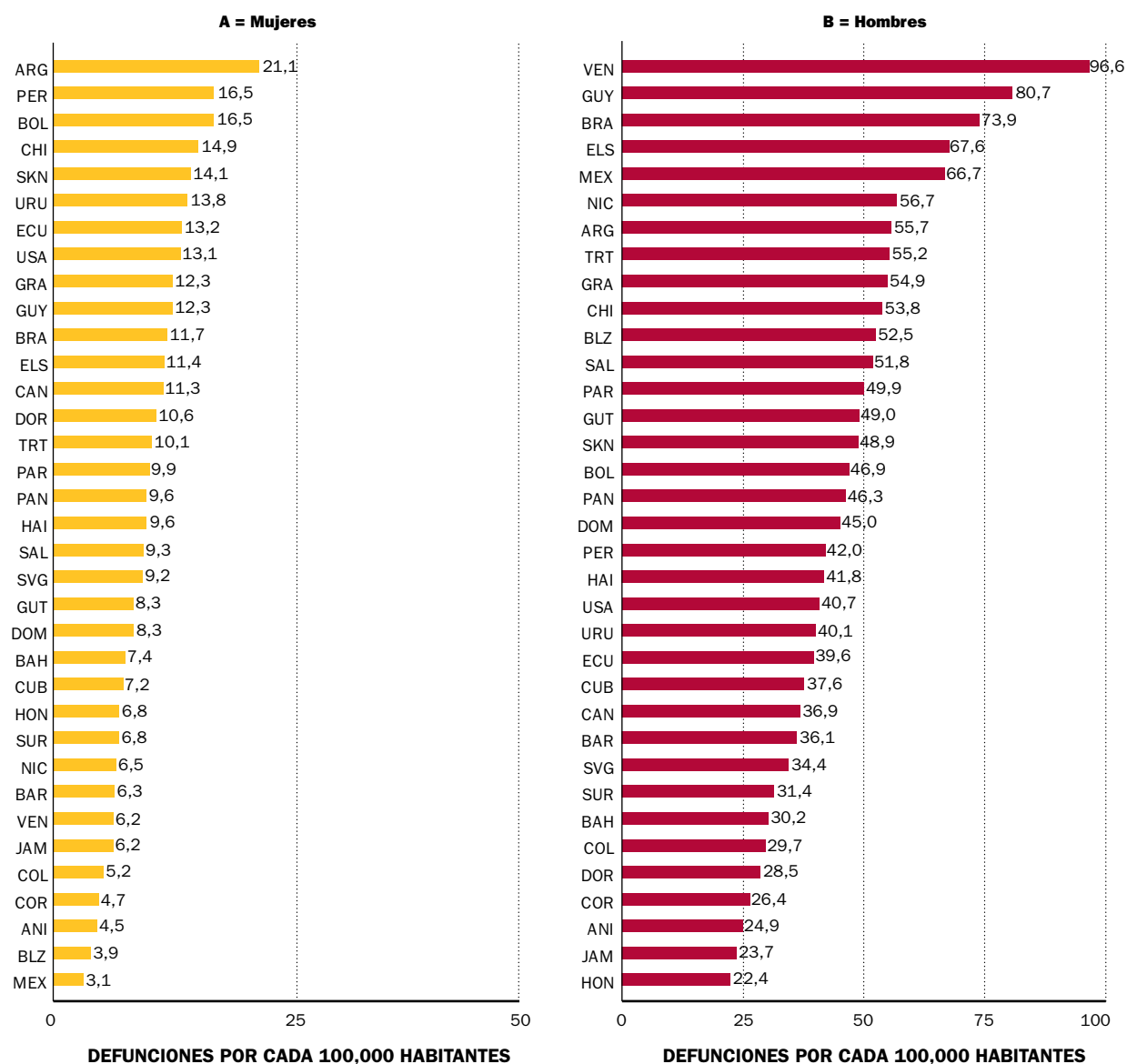
Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

en el gráfico), mientras que el cáncer de mama atribuible al alcohol, inexistente en el caso de los hombres, representa el 16% de las defunciones causadas por el consumo de alcohol de las mujeres.

Tal como se observa en la figura 18, existen grandes diferencias entre las tasas de mortalidad atribuibles al

alcohol entre las mujeres y los hombres. Venezuela tiene la tasa masculina más elevada, mientras que su tasa femenina de mortalidad por causas atribuibles al alcohol es muchísimo más baja. Antigua y Barbuda ostenta una de las tasas más bajas en ambos sexos, aunque son las mujeres mexicanas las que parecen correr el riesgo más bajo de mortalidad atribuible al alcohol, quizá como reflejo

FIGURA 18. Tasas de mortalidad atribuible al consumo de alcohol (por cada 100.000 habitantes), por sexos, en los países de las Américas (2012).



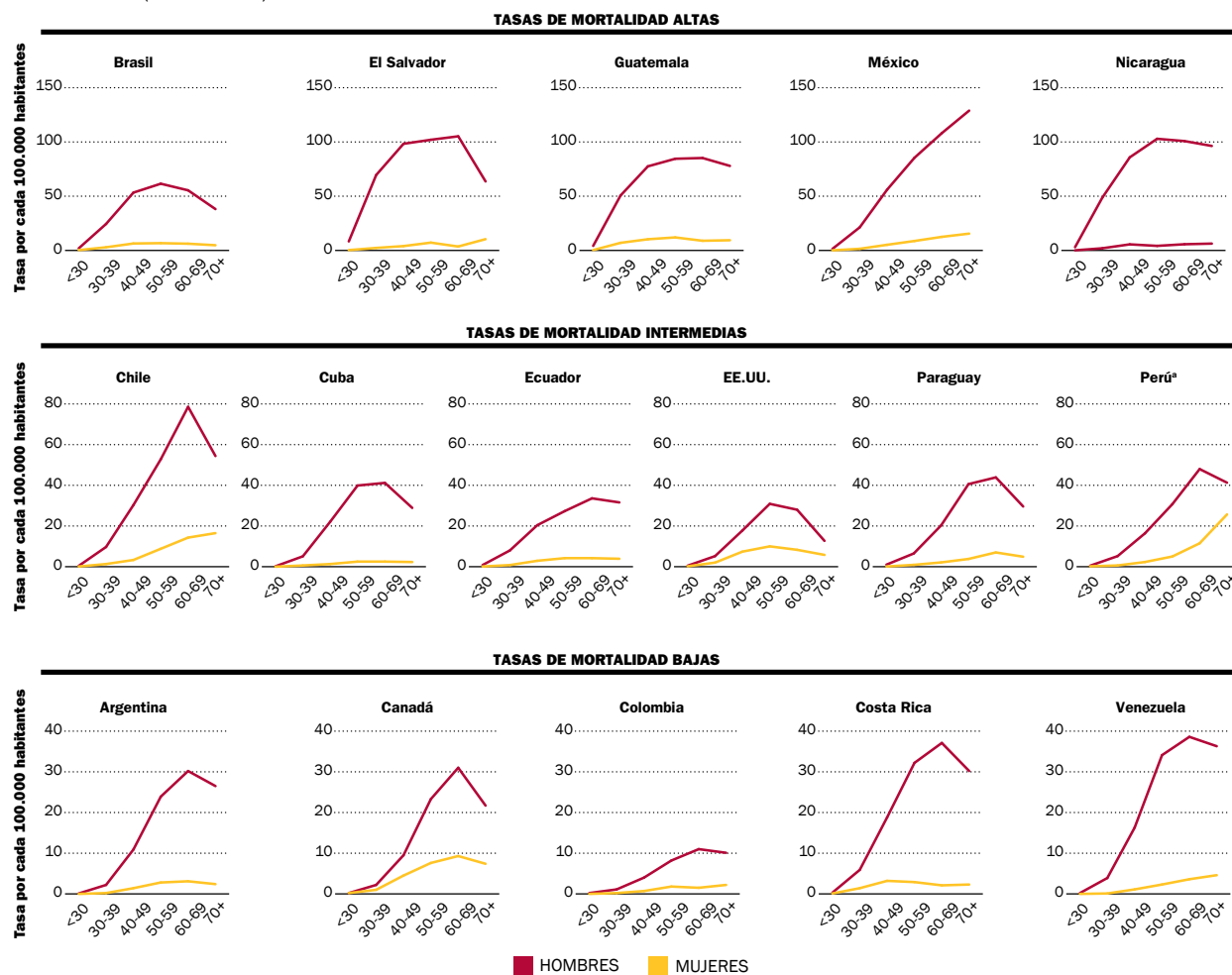
Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

de la gran cantidad de abstemias y de la baja incidencia de ECE.

En cuanto a las defunciones por trastornos plenamente atribuibles al alcohol (trastornos que no existirían si no se hubiese consumido alcohol, como las hepatopatías alcohólicas y la intoxicación etílica), los países varían mucho. En términos generales, sin embargo, estas defunciones tienden a ser más frecuentes entre los varones que entre las mujeres y aumentan con la edad hasta el entorno de los 70 años, a partir de los cuales ganan

peso otras causas de mortalidad. Las defunciones plenamente atribuibles al alcohol también se contraponen con las causas de las defunciones relacionadas con el alcohol en general, puesto que en este caso las lesiones tienen una influencia mucho más profunda y afectan más a los jóvenes. La figura 19 recoge las tasas de mortalidad plenamente atribuible al alcohol, por edades y por sexos, en una serie de países, repartidos en tres grupos según la tasa de defunciones atribuibles al alcohol por cada 100.000 personas: el primer grupo (Brasil, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua) tiene tasas

FIGURA 19. Tasas de mortalidad plenamente atribuibles al alcohol, por grupo de edad y por sexos, en algunos países de las Américas (2007-2009).



* Datos correspondientes al 2007 y al 2009.

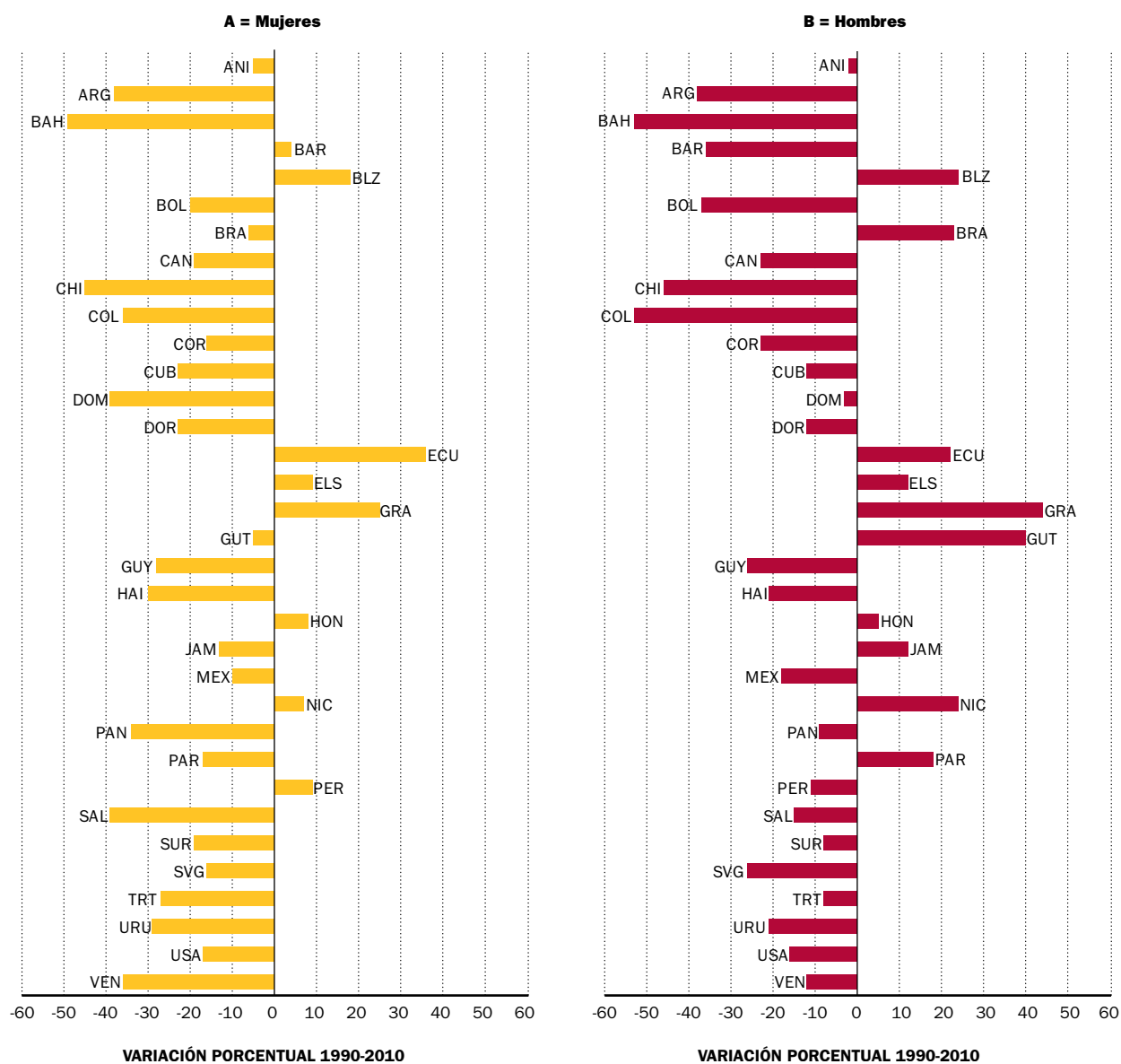
Fuente: Gawryszewski VP and Monteiro MG (2014). Mortality from diseases, conditions, and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-2009. *Addiction*, 109. doi: 10.1111/add.12418

que exceden la cota de las 100 defunciones por cada 100.000 habitantes, mientras que el tercero (Argentina, Canadá, Colombia, Costa Rica y Venezuela) tiene algunas de las tasas más bajas (menos de 40 por cada 100.000 habitantes).

Cambios recientes

En la figura 20 se aprecia la evolución de las tasas de mortalidad atribuible al alcohol entre 1990 y el 2010. En la mayoría de los países, las tasas se han reducido, pero es importante tener en cuenta los cambios en las

FIGURA 20. Variación de las tasas de mortalidad atribuible al alcohol (por cada 100.000 habitantes), por sexos, en los países de las Américas (de 1990 al 2010).



Nota: Estos datos los ha elaborado el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME) y puede que no se correspondan con los datos de mortalidad de la OMS. Aun así, son valiosos para comparar entre los países las variaciones relativas a lo largo del tiempo.

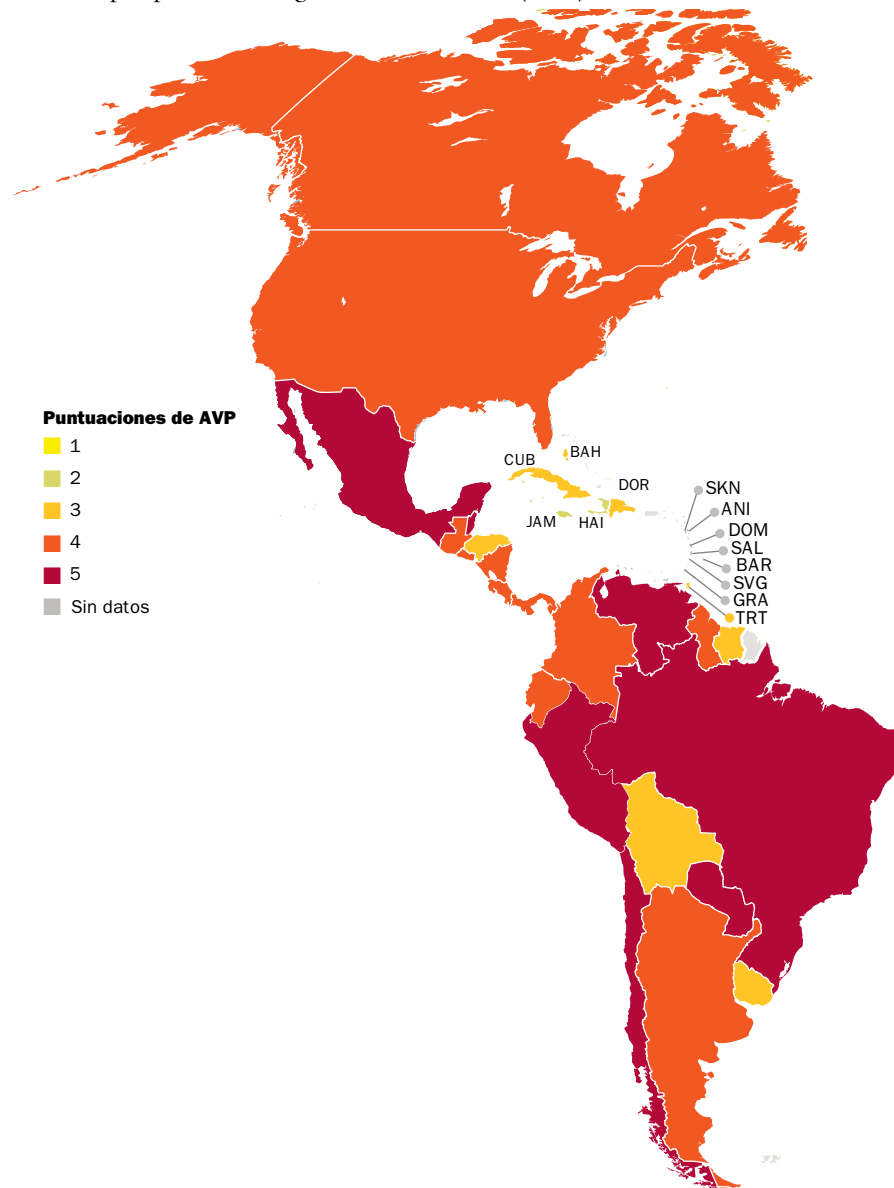
Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Risk Factor 1990-2010 - Country Level. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013, Available from: <http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

demás causas de muerte a la hora de analizar estos datos. En toda la Región, la mortalidad total ha descendido a lo largo de los últimos 20 años, pero el alcohol sigue siendo uno de los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad. Además, puesto que está reduciéndose el número de abstemios y aumenta el consumo, estos efectos positivos quizá no sean duraderos.

Quantificación de los efectos nocivos: puntuación de años de vida perdidos (AVP)

La puntuación de años de vida perdidos (AVP) por causas atribuibles al alcohol (véase la figura 21) es otra medida del daño causado por el alcohol. Los AVP son un indicador que suele usarse en el ámbito de la salud pública para calcular los efectos totales de la mortalidad

FIGURA 21. Puntuaciones de AVP por país, en la Región de las Américas (2010).



Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Alcohol-attributable YLL score, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1109?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014.

prematura. Puesto que el consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo de mortalidad de las personas que se encuentran en las etapas más productivas de la vida (entre los 15 y los 49 años), los AVP son útiles para cuantificar la carga atribuible al alcohol y para establecer comparaciones entre los países. Los AVP empiezan a reemplazar a las puntuaciones de patrones de bebida como la mejor representación del daño atribuible al alcohol, porque son más fáciles de calcular y dependen menos de los datos de las encuestas.

MORBILIDAD

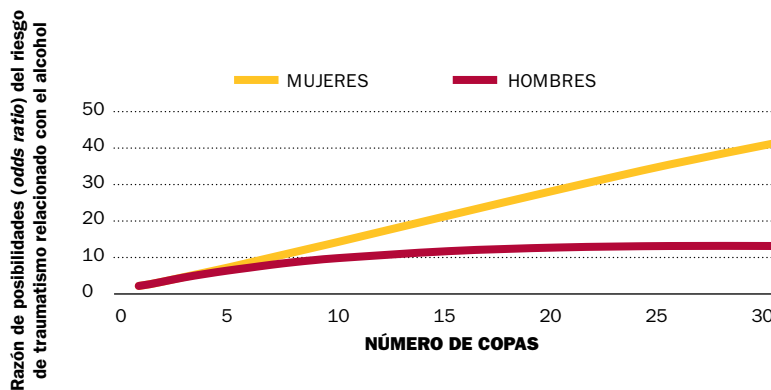
Aunque la mortalidad es el más extremo de los efectos dañinos del alcohol, solo representa una pequeña proporción de las consecuencias negativas. Es mucho mayor la cantidad de personas que sufren los trastornos de salud causados por la bebida, aunque no sean mortales. Cuando se incluye en las medidas de enfermedad y traumatismos, el alcohol causó más de 274 millones de años de vida sana perdidos (AVAD) en las Américas en el 2012.

Los trastornos debidos al consumo de alcohol representan la mayor proporción de AVAD de la Región. Este indicador incluye a los dependientes del alcohol y a las personas cuyo consumo provoca perjuicios físicos o mentales. Se estima que 5,7% de la población de la Región declaró sufrir algún trastorno por consumo de alcohol, aunque el número es probable que sea mayor, ya que estos trastornos no siempre se comunican (Walters et al., 2013).

Las lesiones son otro factor importante en los efectos dañinos del consumo de alcohol: cerca de un tercio de todos los AVAD los provocan las lesiones derivadas de la violencia interpersonal y de los accidentes automovilísticos. Un estudio reciente (Cherpitel et al., 2014) analiza la relación entre el alcohol y las lesiones y constata una conexión clara entre el promedio de copas consumidas y el riesgo de traumatismo. Otro resultado destacable es que el riesgo de lesiones de las mujeres aumenta con mucha más rapidez que el de los hombres aun con el mismo aumento en el número de copas consumidas en una misma ocasión (véase la figura 22).

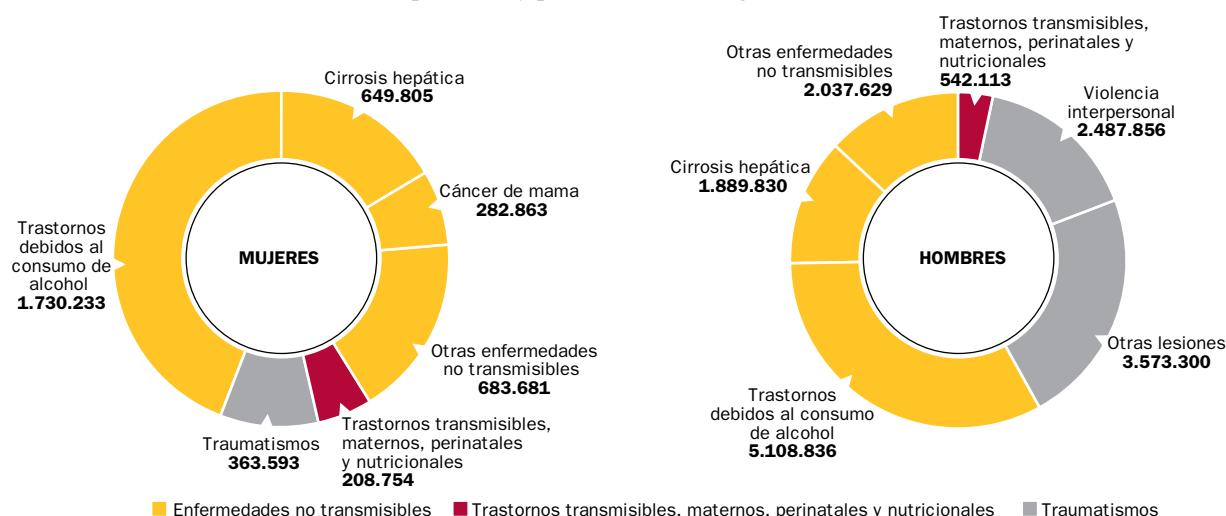
Las diferencias entre los sexos en los AVAD atribuibles al alcohol siguen tendencias parecidas a las de la mortalidad atribuible al alcohol. Los hombres corren un riesgo mucho mayor de sufrir AVAD atribuibles al alcohol porque sus patrones de consumo generalmente son más peligrosos. Por término medio, los AVAD atribuibles al alcohol son cerca de cinco veces más en el caso de los hombres que en las mujeres. Según se desprende de los datos de mortalidad atribuible al alcohol, los hombres tienen muchas más probabilidades de padecer lesiones (sobre todo por la violencia interpersonal), mientras que las mujeres consumidoras tienen más probabilidades de perder una buena parte de años saludables por causa del cáncer de mama (véase la figura 23). Como ya se ha mencionado, no obstante, con un mismo nivel de consumo en una ocasión, las mujeres tienden a correr un riesgo mucho mayor de lesiones. Los trastornos por consumo de alcohol son otro componente importante de la discapacidad tanto de hombres como

FIGURA 22. Riesgo relativo de traumatismos relacionados con el alcohol, por sexos, en la Región de las Américas (2014).



Fuente: Cherpitel CJ, Yu Y, Bond J, Borges G, Monteiro MG (2014). Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction*. doi : 10.1111/add.12755.

FIGURA 23. AVAD atribuibles al alcohol, por causa y por sexos, en la Región de las Américas (2012).



Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

de mujeres, lo cual refleja el hecho de que los trastornos mentales tienen un peso sustancial y negativo en la pérdida de AVAD atribuible al alcohol.

Guyana y el Perú ejemplifican la importancia de la relación entre los patrones de consumo y los efectos nocivos: si bien ambos países están entre los que más AVAD pierden por cada 100.000 habitantes, no tienen las tasas más elevadas de APC ni ECE. Por consiguiente, es importante tener en cuenta los factores propios del país, aparte del consumo de alcohol, que contribuyen a una mayor carga de morbilidad entre las enfermedades y las afecciones que guardan relación causal con el consumo de alcohol. Estos factores pueden ser la mayor proporción de jóvenes en la población, el nivel de desarrollo económico y la desigualdad, la falta de políticas y de su cumplimiento o las cuestiones culturales que no reflejan los datos. Además, existen grandes diferencias en las tasas de AVAD atribuibles al alcohol entre los hombres y las mujeres dentro de un mismo país. Los hombres de El Salvador, por ejemplo, están entre los que más AVAD pierden por causas atribuibles al alcohol, mientras que las mujeres salvadoreñas están mucho más cerca del promedio regional (véase la figura 24).

La prevalencia media de trastornos por consumo de alcohol en las Américas oscila entre el 3,2% de las

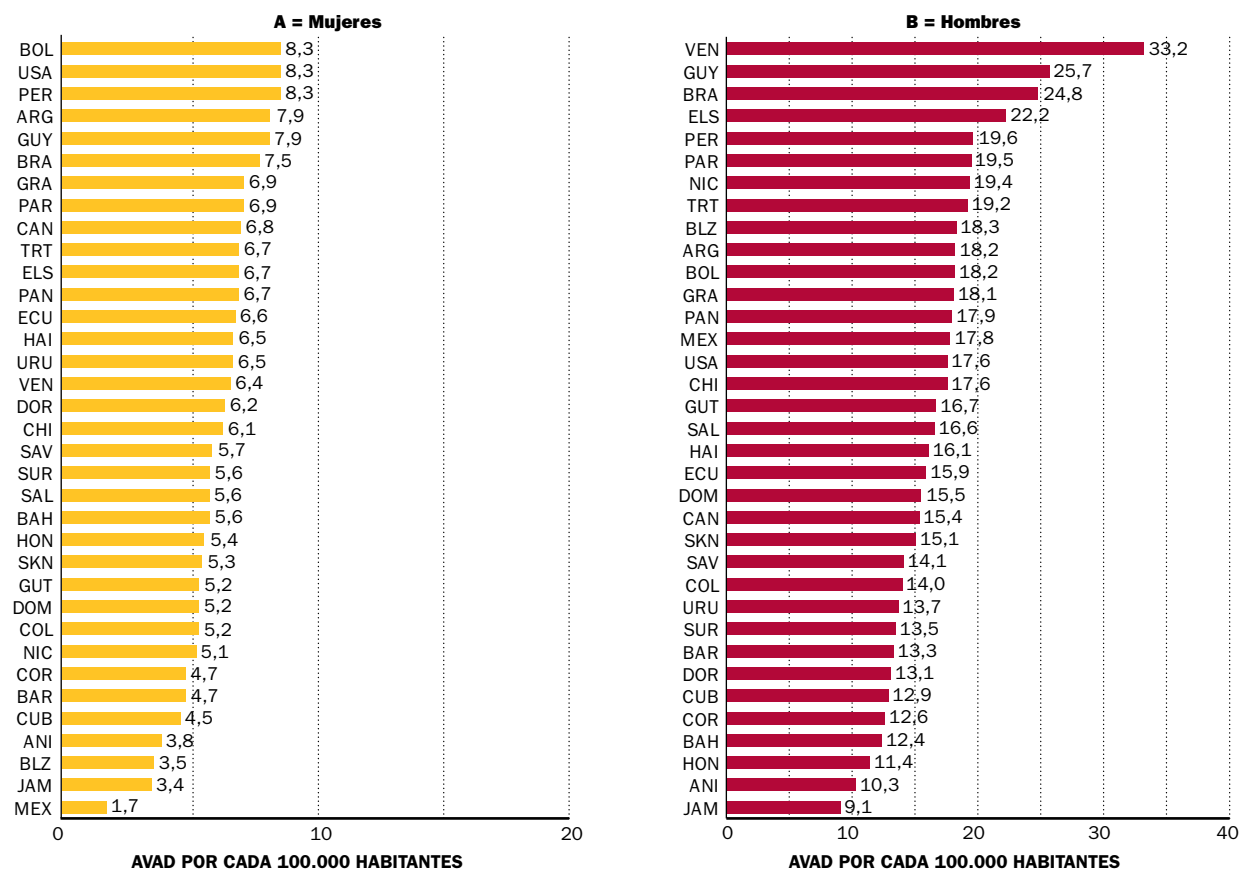
mujeres adultas y el 9,0% de los varones adultos. Estas cifras son superiores a la media mundial, pero lo más alarmante es que la proporción de mujeres que sufre de estos trastornos en las Américas es más alta que en todas las demás Regiones (véase el gráfico de la figura 25 con los datos relativos a la población femenina).

Cambios recientes

La carga de morbilidad que causa el alcohol en las Américas es alta y, en gran medida, prevenible. Aunque todos los países de las Américas se han comprometido a reducir la carga del alcohol, se ha avanzado poco en los AVAD atribuibles al alcohol desde el lanzamiento en el 2010 de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (WHA63.13 de la sexagésima tercera Asamblea Mundial de la Salud), desde la publicación en el 2011 del informe de la OMS sobre el alcohol y la salud en el mundo (*Global Status Report on Alcohol and Health*) y desde la adopción por parte de los Estados Miembros de la OPS del *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* ese mismo año. En general, los países están trabajando para poner en marcha intervenciones eficaces a fin de combatir el consumo perjudicial del alcohol, pero pocos —o ninguno— han cosechado resultados.

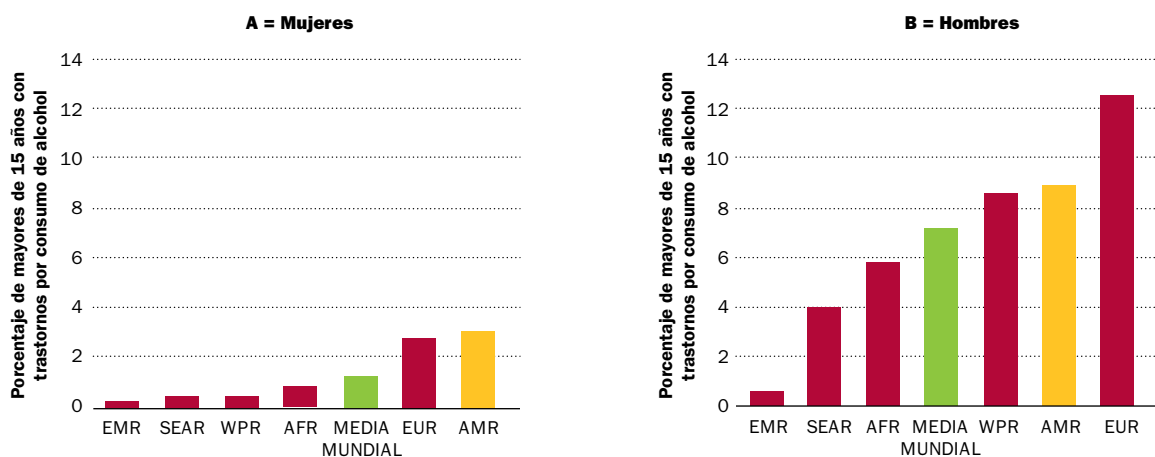
En la figura 26 se enumeran los diez principales factores de riesgo que contribuyen a los AVAD en las Améri-

FIGURA 24. AVAD atribuibles al alcohol (por cada 100.000 habitantes), por sexos, en los países de las Américas (2012).



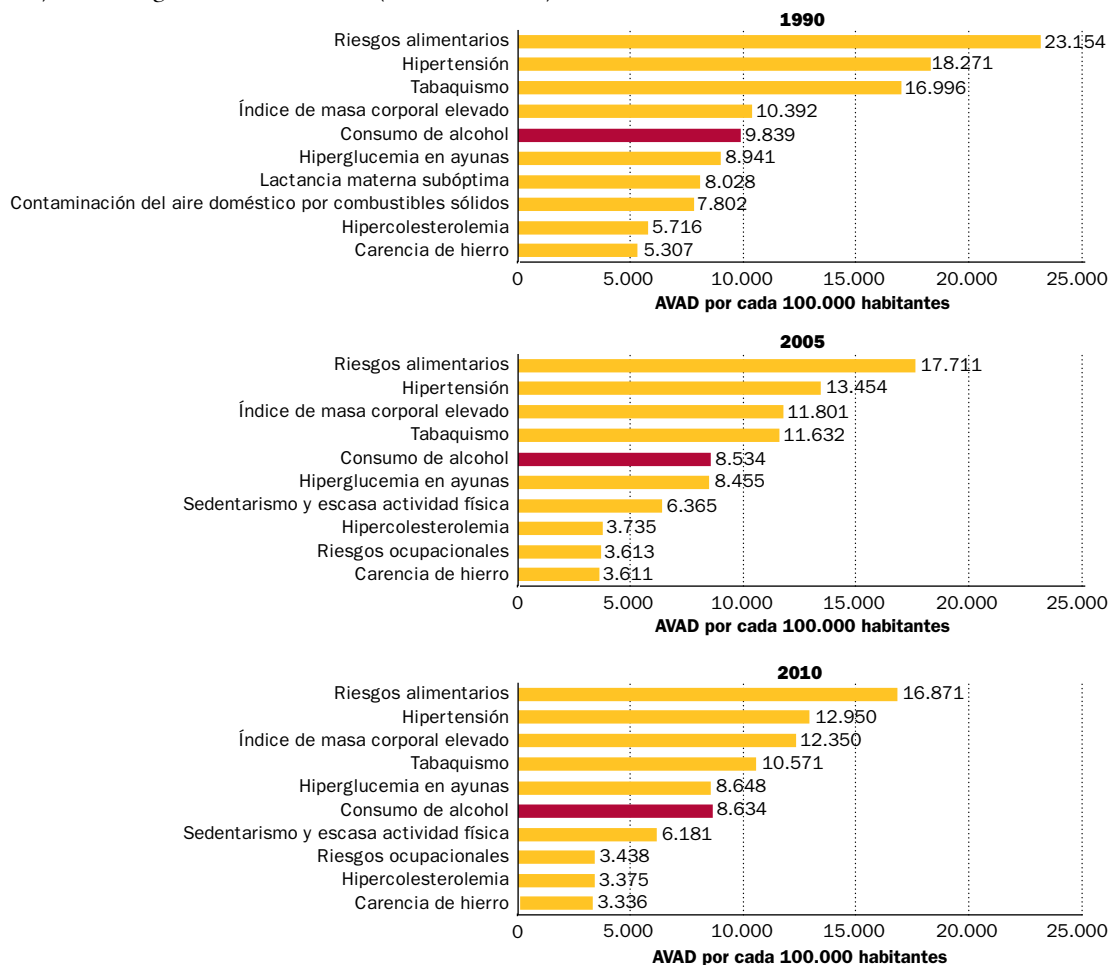
Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014.

FIGURA 25. Porcentaje de mayores de 15 años con trastornos relacionados con el consumo de alcohol, por sexo, en las Regiones de la OMS y en todo el mundo (2010).



Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014).

FIGURA 26. Diez factores de riesgo más importantes de AVAD, normalizados según la edad (por cada 100.000 habitantes), en la Región de las Américas (de 1990 a 2010).



Nota: Estos datos los ha elaborado el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME) y puede que no se correspondan con los datos de mortalidad de la OMS. Aun así, son valiosos para comparar los AVAD por distintas causas en años distintos.

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Risk Factor 1990-2010 - Country Level. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013, Available from: <http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

cas. En 1990, el alcohol era el quinto factor de riesgo de AVAD en la Región. Si bien los AVAD en general han disminuido en los últimos 20 años, el alcohol sigue estando entre los cinco o seis factores de riesgo principales. La importancia del alcohol como factor de riesgo de AVAD parece haber menguado desde el 2005, pero un análisis detallado de las tasas verdaderas revela que, de hecho, los AVAD atribuibles al alcohol han aumentado levemente; por desgracia, también han aumentado otros factores de riesgo como la hiper glucemia en ayunas.

COSTOS ECONÓMICOS

Además de las consecuencias negativas para la salud, el consumo de alcohol también tiene hondos repercusiones económicas. Hay diversas maneras de medir las repercusiones económicas que causa el alcohol, por ejemplo desde la atención sanitaria, la lucha contra la delincuencia o la merma salarial. El dinero que se gasta en las bebidas alcohólicas también puede considerarse una carga, sobre todo cuando se destina parte del sueldo a comprarlas o a cuidar de un consumidor en lugar de

CUADRO 6. El costo del alcohol para los consumidores, para las demás personas y para la sociedad.

Efecto nocivo para la salud del consumidor	Consumidor	Dinero invertido en consultas a los servicios de urgencias o en atención psiquiátrica.
	Familia, amigos, compañeros de trabajo	Sacrificio de tiempo y dinero de las personas allegadas a los consumidores para cuidarlos.
	Sociedad	Asistencia sanitaria o seguridad social financiada en parte o en su totalidad por la ciudadanía.
Pérdida de productividad en el lugar de trabajo	Consumidor	El consumo nocivo de alcohol está asociado con el ausentismo, la pérdida de productividad y los accidentes laborales.
	Familia, amigos, compañeros de trabajo	Ausentismo para cuidar de un allegado y pérdida de productividad de los compañeros que deben asumir las responsabilidades de los consumidores ausentes además de las propias.
	Sociedad	La pérdida de productividad asociada al consumo de alcohol probablemente contribuye al menoscabo significativo del PIB del país.
Perjuicios para los demás	Perjuicios ocasionados a la familia, a los amigos, a los compañeros de trabajo u a terceras personas. En esta categoría se incluyen: la asistencia sanitaria en el caso de los accidentes automovilísticos y la violencia; los servicios de orientación prestados a las víctimas del maltrato o de las agresiones; los sistemas de justicia penal; los sistemas de seguros (de salud y de propiedad); los sistemas de protección de la infancia; los robos y asaltos; los daños materiales; y la afectación de la calidad de vida tanto del consumidor como de sus allegados.	

Fuente: Elaborado en parte a partir del trabajo de Marsden Jacob Associates (2012). Bingeing, collateral damage and the benefits and costs of taxing alcohol rationally. Report prepared for the Foundation for Alcohol Research and Education.

otras necesidades como los alimentos o los útiles escolares. Los costos económicos que se cobra el alcohol a la sociedad pueden clasificarse en tres categorías, que a su vez pueden subdividirse entre los costos sufragados por los propios consumidores, los que soportan las personas que los rodean (la familia, los amigos, los colegas de trabajo, etc.) y los que asume la sociedad en general (Marsden Jacob Assoc., 2012). No se conoce ninguna sociedad en la cual los beneficios económicos del alcohol compensen los costos derivados de los problemas que provoca. Véase el cuadro 6, que recoge más detalles.

La mayor proporción de costos atribuibles al alcohol es resultado de la pérdida de productividad. En general, las personas son económicamente más productivas entre los 15 y los 49 años, precisamente las edades en las que el alcohol se cobra la factura más alta en mortalidad y discapacidad. Además, el consumo nocivo de alcohol probablemente genera en las Américas pérdidas salariales cifradas en miles de millones de dólares al año.

Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos en el 2006 calcula que el consumo nocivo de alcohol le costó al país cerca de 224.000 millones de dólares (un promedio de 750 por persona), el 76% de los cuales se atribuyen a los consumos compulsivos (mínimo de cuatro copas por vez en el caso de las mujeres y cinco en el

de los hombres). Más de la mitad de los costos recayeron en las administraciones estatales, municipales y federales o en personas distintas de los consumidores (Bouchery et al., 2011). Aparte del caso citado, pocos países de las Américas han intentado calcular la carga económica del alcohol, pero los estudios que existen señalan que se pierde más del 1% del PIB (PPA) por las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol en los países de ingresos altos y medios (Rehm et al., 2009).

PERJUICIOS PARA LOS DEMÁS

La mayoría de los estudios sobre la carga atribuible al alcohol en la sociedad se centran en los efectos sobre los propios consumidores, pero no prestan atención a lo que quizás sea una carga todavía mayor: los perjuicios que causan los consumidores a los demás. Como se ha señalado en la sección anterior sobre los costos económicos del alcohol, el consumo de alcohol de una persona puede entrañar, aun sin quererlo, diversas consecuencias para los demás, por ejemplo para sus seres queridos, para los miembros de la comunidad o para la sociedad en su conjunto. Entre los perjuicios para los demás cabe citar las lesiones (intencionadas o no), la negligencia o los maltratos (a menudo de los familiares), la desatención de las responsabilidades sociales (hacia la familia, las amistades y los compañeros de trabajo), los

daños materiales, los trastornos alcohólicos del feto y la inestabilidad emocional (insomnio, miedos o preocupación por los seres queridos) (WHO-ThaiHealth, 2012). En concreto, las mujeres son las que más sufren las consecuencias del consumo de alcohol de otras personas (Laslett et al., 2011).

Un estudio económico conservador realizado en Australia determinó que el 75% de la población de ese país estaba expuesta a los perjuicios causados por el consumo de alcohol de otras personas. Si se compara esa cifra con el 4,3% de la población australiana que sufría trastornos por consumo de alcohol ese mismo año, resulta evidente que es muchísimo mayor la probabilidad de verse afectado por el consumo de otras personas (como los allegados, los compañeros de trabajo o los desconocidos) que por el consumo propio (Marsden Jacob Assoc., 2012).

Muchas de las impresiones de los perjuicios atribuibles al alcohol distintos de los efectos sobre la salud se fundamentan en las percepciones culturales o personales del daño: lo que a una persona puede parecerle un problema terrible, quizá para otras tenga menos importancia, o socialmente puede considerarse más aceptable en algunas situaciones que en otras. Dicho esto, es importante que los países intenten estudiar y cuantificar las consecuencias distintas de los indicadores de salud evidentes, ya que conocer mejor la carga total del alcohol servirá de orientación para las deliberaciones relativas a la función que en el futuro tenga la sustancia en la sociedad. Los efectos del tabaquismo pasivo han sido un determinante de primer orden en los cambios introducidos en las políticas relativas al tabaco: en el caso de los efectos negativos del alcohol pueden plantearse argumentos análogos.



Políticas en materia de alcohol

CONTEXTO HISTÓRICO DE LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE ALCOHOL

Las bebidas alcohólicas forman parte de la sociedad humana desde hace milenios. Sin embargo, reconociendo su potencial nocivo, muchas sociedades han restringido su consumo a ceremonias concretas o determinadas clases sociales. Tras la llegada de los colonos europeos a las Américas a finales del siglo XV, el alcohol se convirtió en una mercancía primordial, producida —y reglamentada— por las autoridades coloniales. El legado de las prácticas de consumo y las administraciones coloniales en lo relativo a la producción y la venta de alcohol siguen repercutiendo en las pautas de consumo a día de hoy (Room et al., 2002). Al extenderse el consumo, en muchos lugares surgieron movimientos a favor de la abstinencia, que suscitaron distintas reacciones en las poblaciones afectadas (Pierce G. y Toxqui A., 2014). Después de que fracasaran muchos de esos intentos de prohibir el consumo, la reglamentación del alcohol como herramienta de salud pública frenó su impulso. En época más reciente, inspirándose en parte en el éxito de los marcos reglamentarios del tabaco, en muchos países de las Américas comienza a darse prioridad a un enfoque de salud pública a las políticas en materia de alcohol. Algunos países de la Región han logrado avances notables impulsando políticas para atajar los daños causados por el consumo de alcohol. Sin embargo, queda mucho por hacer para reducir aún más la carga del alcohol, sobre todo entre las poblaciones de alto riesgo como los jóvenes y los grandes bebedores.

DE LOS DATOS A LA ACCIÓN POLÍTICA: LA FUNCIÓN DE LA OPS/OMS

A través de la Encuesta Mundial sobre el Alcohol y la Salud, que se realiza cada dos años, la OMS recopila información sobre las intervenciones en materia de alcohol que se han ejecutado a raíz de la aprobación de

políticas específicas en cada uno de sus Estados Miembros. Esta información sirve para estudiar los efectos de dichas intervenciones sobre los perjuicios del consumo de alcohol y contribuye a elaborar un inventario de acciones que pueden llevar a cabo los responsables de las políticas para mejorar la salud de sus poblaciones, en el que se incluyen las diez esferas descritas en la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (WHO, 2010b) y en el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol de la OPS* (WHO, 2011). La OPS y la OMS han colaborado para acercar a los funcionarios de los gobiernos la información y las herramientas necesarias para ejecutar políticas mejores en sus países.

RECUADRO 1. ESFERAS DE ACCIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

- Liderazgo, concienciación y compromiso
- Respuesta de los servicios de salud
- Acción comunitaria
- Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- Disponibilidad de alcohol
- Marketing de las bebidas alcohólicas
- Políticas de precios
- Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal
- Seguimiento y vigilancia

Existe una cantidad sustanciosa de datos empíricos sobre el valor relativo de las diferentes estrategias; véase Babor et al. (2010), que describen en mayor detalle las mejores prácticas en políticas sobre alcohol.

Hay varias medidas para evaluar las políticas: 1) la eficacia en la reducción del consumo de alcohol o de los

CUADRO 7. Clasificación de los criterios de eficacia, aval empírico y puesta a prueba en distintos países de las políticas en materia de alcohol.

	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba
0	Los datos indican falta de eficacia.	No se han realizado estudios de eficacia.	La estrategia solo se ha estudiado en un país.
+	Los datos indican eficacia limitada.	Se ha realizado uno o dos estudios de eficacia bien diseñados.	La estrategia se ha estudiado al menos en dos países.
++	Los datos indican eficacia moderada.	Se han realizado varios estudios de eficacia, a veces en países diferentes, pero no ha habido revisiones integradoras.	La estrategia se ha estudiado en varios países.
+++	Los datos indican un grado alto de eficacia.	Se han realizado suficientes estudios de eficacia para permitir revisiones bibliográficas o metanálisis integradores.	La estrategia se ha estudiado en muchos países.
?	No se han realizado estudios controlados o no hay suficientes datos probatorios para extraer conclusiones.		

Fuente: Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Osterberg E, Rehm J, Room R, Rossow I (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Second Edition. Society for the Study of Addiction and World Health Organization. Oxford University Press.

perjuicios resultantes; 2) la cantidad de investigaciones que avalan empíricamente la eficacia; y 3) la puesta a prueba en los diversos países. El cuadro 7 describe el marco elaborado por los expertos de políticas en materia de alcohol para valorar cada uno de los tres criterios (Babor et al, 2010).

“MEJORES INVERSIONES” DE LA OMS

Aunque la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* de la OMS y el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* de la OPS incluyen 10 áreas de acción recomendadas para las políticas, tres de ellas se consideran más costoeficaces que las demás para reducir los daños causados por el alcohol: se trata de la disponibilidad, la publicidad y los precios de las bebidas alcohólicas. Puesto que incluso los países más desarrollados económicamente tienen que hacer frente a limitaciones de recursos, es fundamental que las políticas se evalúen teniendo en cuenta tanto el costo como la eficacia. La aplicación eficaz de políticas concretas que sean costoeficaces también puede suscitar respaldo político y cultural a otras intervenciones de salud.

Control de la disponibilidad de alcohol

Desde que se tiene constancia, las sociedades han restringido la disponibilidad del alcohol para limitar sus efectos perjudiciales. La producción en serie del alcohol

ha supuesto un aumento espectacular del acceso a la sustancia por parte del público en general, y muchos responsables de políticas han seguido apoyando las medidas legales que restringen la disponibilidad. En la mayoría de los países de las Américas, el alcohol lo producen y lo comercializan empresas privadas, y los gobiernos no siempre reglamentan y vigilan estas actividades en aras de la salud pública. A tenor de las experiencias anteriores, la prohibición total del alcohol no es una solución realista para las Américas, pero hay muchas acciones que pueden emprender los Estados para controlar el acceso al alcohol, como los monopolios estatales, la limitación de los horarios y los días de venta y la imposición de una edad mínima para la compra. Los sistemas de concesión de licencias, por ejemplo, permiten al Estado controlar el número de productores de alcohol y minoristas en un área determinada al fijar el número de permisos expedidos. El cuadro 8 enumera las diversas intervenciones para controlar la disponibilidad del alcohol y su eficacia.

La mayoría de los países de las Américas (casi el 80%) imponen algún tipo de restricción al horario y los días en que se permite la venta de alcohol; menos países (por debajo del 30%) restringen la densidad de puntos de venta y en solo tres países de las Américas el Estado posee el monopolio de la venta minorista (véase el cuadro 9).

CUADRO 8. Clasificación de las intervenciones para limitar la disponibilidad del alcohol.

Estrategia o intervención	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba en distintos países	Observaciones
Prohibir la venta	+++	+++	++	Puede reducir sustancialmente el consumo y los efectos perjudiciales, pero comporta los efectos colaterales relacionados con el mercado negro, que resulta muy caro suprimir. Es ineficaz sin una lucha activa contra la delincuencia.
Prohibir el consumo en lugares públicos	?	+	+	Afecta a los consumidores jóvenes y en situación de alto riesgo o marginalidad; puede desplazar los efectos perjudiciales sin reducirlos necesariamente.
Imponer por ley una edad mínima para la compra	+++	+++	++	Es eficaz para reducir la mortalidad por accidentes de tránsito y otros efectos perjudiciales con una mínima observancia de la norma, pero la observancia estricta aumenta sustancialmente la eficacia y el costo.
Racionamiento	++	++	++	Los efectos son más importantes en los grandes bebedores.
Imponer el monopolio estatal de las ventas al por menor	++	+++	++	Es una medida eficaz para limitar el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales. Los objetivos de salud pública y orden público de los monopolios estatales aumentan los efectos beneficiosos.
Restringir el horario y los días de venta	++	++	+++	Es eficaz si los cambios en los horarios reducen significativamente la disponibilidad o donde los problemas como la violencia nocturna guardan una relación específica con los horarios de venta.
Restringir la densidad de puntos de venta	++	+++	++	Se ha demostrado que reduce tanto el consumo como los problemas. Los cambios en la cantidad de puntos de venta afectan más a la disponibilidad en áreas donde ya era escasa, pero la concentración de puntos de venta en distritos de entretenimiento puede provocar problemas de desorden público y violencia.
Variar la disponibilidad según la graduación de la bebida	++	++	++	Se ha probado sobre todo con las cervezas de distinta graduación y ampliando la disponibilidad del vino.

Fuente: Babor et al, 2010.

La imposición de una edad mínima influye de forma especialmente notable sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes. En concreto, la elevación de la edad legal para adquirir alcohol en los Estados Unidos y el Canadá, más alta que en otros países, se ha asociado con una reducción de las lesiones causadas por accidentes de tránsito, que son la principal causa de muerte entre los jóvenes de la Región. La mayoría de los países de las Américas prohíben la venta de alcohol a los menores de 18 años (véase la figura 27).

Fundamental para el éxito de todas las iniciativas encaminadas a restringir la disponibilidad del alcohol es el énfasis en el fortalecimiento de los mecanismos de cumplimiento. Estos mecanismos pueden financiarse con las tasas de las licencias concedidas o con otras

medidas administrativas. La mayoría de estas estrategias se aplican y se cumplen mejor en el plano local, donde pueden reducir la violencia, la delincuencia y otros daños causados por el alcohol.

Control del marketing del alcohol

Una cantidad sustancial de datos probatorios, principalmente provenientes de los países de ingresos altos, documentan que el marketing influye en las tasas de consumo y de iniciación en la bebida (Snyder et al., 2006). En consecuencia, la restricción de las actividades mercadotécnicas puede tener una gran repercusión sobre las mujeres, que son menos propensas que los hombres a comenzar a beber, y un efecto todavía más importante sobre los jóvenes, que son más sensibles a la publicidad. En los Estados Unidos, por ejemplo, las chicas de 12 a 20 años de edad están expuestas a casi un 20% más de anuncios de bebidas

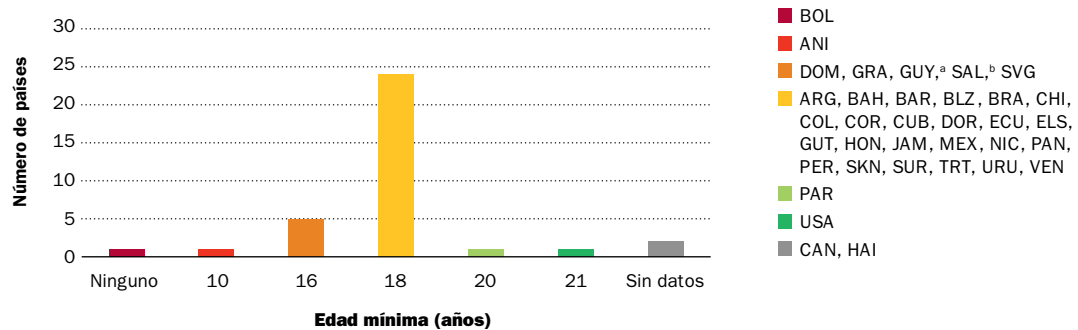
CUADRO 9. Restricciones a las ventas de alcohol, por tipo, en los países de las Américas (2012).

País	Horarios y días	Densidad de puntos de venta	Monopolio estatal
ANI	Parcial	No	No
ARG	No	No	No
BAH	Sí	Sí	No
BAR	Parcial	No	No
BLZ	Parcial	No	No
BOL	No	No	No
BRA	No	No	No
CAN	Parcial	Sí	Sí
CHI	Parcial	Parcial	No
COL	No	No	No
COR	Sí	Sí	No
CUB	Sí	Sí	Sí
DOM	Parcial	No	No
DOR	Parcial	No	No
ECU	Parcial	No	No
ELS	Parcial	No	Parcial
GRA	Parcial	No	No
GUT	Parcial	No	No
GUY	Parcial	Sí	No
HAI	...	...	...
HON	Parcial	No	No
JAM	Parcial	No	No
MEX	Parcial	Sí	No
NIC	Parcial	No	No
PAN	Parcial	Sí	Sí
PAR	No	No	No
PER	Parcial	Parcial	No
SAL	Sí	No	No
SKN	Sí	Sí	No
SUR	No	No	No
SVG	Sí	No	No
TRT	Sí	No	No
URU	Parcial	No	No
USA	...	...	No
VEN	Parcial	No	No

Nota: ... = Datos no disponibles.

Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Selling off-premise and Selling on-premise, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1119?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

FIGURA 27. Edad mínima para comprar bebidas alcohólicas en los países de las Américas (2012).



^a Edad mínima para la venta: 16; edad mínima para el consumo en un establecimiento público: 18.

^b Edad mínima para la venta: 18; edad mínima para el consumo en un establecimiento público: 16.

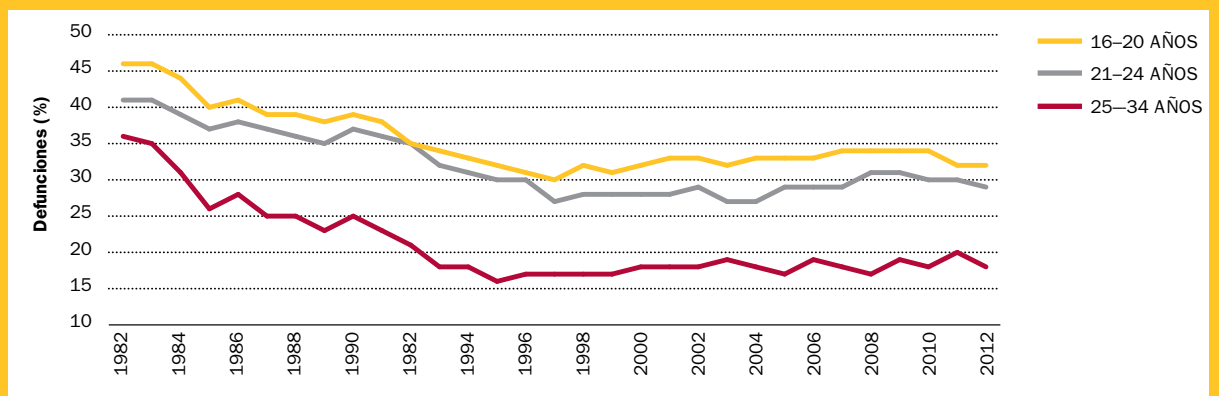
Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Age limits, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1119?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

RECUADRO 2. LA EDAD LEGAL MÍNIMA PARA CONSUMIR ALCOHOL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

Los Estados Unidos constituyen un ejemplo único de cómo pueden reducirse los efectos perjudiciales del alcohol gracias a la imposición por ley de una edad mínima para el consumo. En 1984 se promulgó la Ley de Edad Mínima para el Consumo de Bebidas Alcohólicas (*National Minimum Drinking Age Act*), que obliga a todos los estados a elevar dicha edad a los 21 años o a renunciar, de lo contrario, a parte de los fondos federales asignados al mantenimiento de las redes de carreteras. A medida que los estados fueron aplicando la nueva edad mínima, descendió la proporción de defunciones por accidentes relacionados con el alcohol. En 1988, los 50 estados ya habían fijado la edad mínima en los 21 años. Las defunciones de personas de entre 16 y 20 años por accidentes relacionados con el consumo de alcohol pasaron de 5.244 en 1983 a 1.202 en el 2011, en tanto que el consumo excesivo episódico entre los alumnos del último año de secundaria se redujo casi un 20%.

La figura B2 ilustra el efecto de la elevación de la edad mínima sobre la mortalidad relacionada con el alcohol en los Estados Unidos. Aunque la proporción de defunciones relacionadas con el alcohol se redujo en todos los grupos de edad entre 1983 y 1985, la disminución entre las personas de 16 a 20 años fue la más notable (cerca de un 25%) (NHTSA, 2012).

FIGURA B2. Porcentaje de defunciones por accidente automovilístico de conductores con una tasa de alcoholemia de 0,08 o mayor, por grupo de edad, en los Estados Unidos (1982-2012).

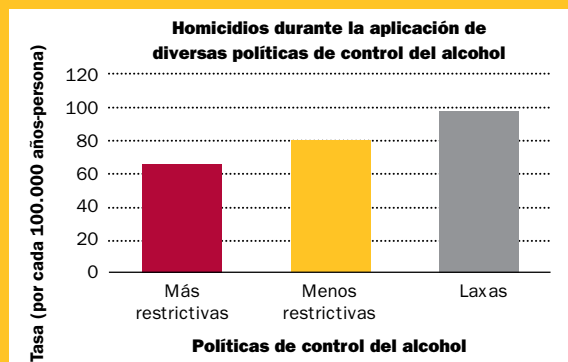


Fuente: United States, Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, Traffic Safety Facts, 2012, page 50-53.

RECUADRO 3. LA RESTRICCIÓN DE LOS HORARIOS DE VENTA EN CALI (COLOMBIA).

Más allá de la imposición de una edad mínima para el consumo, la restricción de los horarios de venta también ha resultado eficaz para reducir los efectos perniciosos que provoca el alcohol. A fin de reducir la violencia atizada por el alcohol, la ciudad colombiana de Cali puso en práctica diversas políticas específicas durante varios años, que han aportado una información tremendamente útil sobre los efectos de las políticas en materia de alcohol. Los estudios sobre la relación entre estas restricciones y la incidencia de lesiones indican que cuanto más restrictiva es una política, mayor es la asociación con la reducción de la violencia interpersonal y la mortalidad por accidentes de tránsito (Sánchez et al., 2011).

FIGURA B3. Efecto de la restricción de los horarios de venta de alcohol sobre la tasa de homicidios de la ciudad de Cali (Colombia) entre el 2004 y el 2008.



Fuente: Sánchez AI, Villaveces A, Krafty RT, Park T, Weiss HB, Fabio A, Puyana JC, Gutiérrez MI (2011). Policies for alcohol restriction and their association with interpersonal violence: a time-series analysis of homicides in Cali, Colombia. *International Journal of Epidemiology* 2011;40(4):1037-1046. doi:10.1093/ije/dyr051.

alcohólicas en las revistas, en comparación con los chicos, y a casi un 70% más de publicidad que las mujeres mayores de 21 años. Los jóvenes de ese país también tienen casi 100 veces más probabilidades de estar expuestos a la mercadotecnia del alcohol que a los mensajes que desalientan el consumo de bebidas alcohólicas entre los menores (CAMY, 2006).

Según la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* de la OMS, “la exposición de niños y jóvenes a técnicas de marketing cautivadoras causa especial inquietud, al igual que los proyectos de conseguir nuevos mercados en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios que actualmente presentan una baja prevalencia del consumo de alcohol o tasas de abstinencia elevadas. Tanto el contenido de marketing del alcohol como la magnitud de la exposición de los jóvenes a él son problemas fundamentales. Se debería estudiar la posibilidad de aplicar un criterio de precaución para proteger a los jóvenes contra esas técnicas” (WHO, 2010b).

Ya que el marketing del alcohol también refuerza las actitudes culturales que promueven la bebida, la restricción de estas prácticas podría repercutir en los patrones de consumo de toda la población en conjunto. Las restricciones parciales y la autorreglamentación de la industria son las formas más habituales de control en las Américas, pero las restricciones parciales son difíciles de hacer cumplir, sobre todo en los nuevos entornos de comunicación como las redes sociales, y en muchos casos se infringen las medidas autonormativas o los gobiernos no obligan a cumplirlas, de modo que no han resultado eficaces.

Las actividades mercadotécnicas son especialmente difíciles de contrarrestar por los enormes recursos económicos que posee la industria del alcohol. En el 2011, cinco empresas declararon haber gastado 5.500 millones de dólares estadounidenses solo en publicidad tradicional (AdAge, 2012). Si se tiene en cuenta que, por ejemplo, el PIB de Santa Lucía (que está entre los primeros países de las Américas en consumo de alcohol entre los jóvenes) era de 1.300 millones en el 2013 (World Bank, 2014) es improbable que ningún país de la Región pueda dedicar suficientes recursos a contrarrestar el poder económico de la industria.

Evidentemente, la prohibición total es el tipo más eficaz de reglamentación de la publicidad y es relativamente barata de hacer cumplir. Independientemente del tipo de restricción mercadotécnica impuesta, sin embargo, los países deben implantar sistemas efectivos para la vigilancia de la publicidad de los productos alcohólicos y buscar estrategias disuasorias contra los incumplimientos. Las restricciones también deben contar con el sos-

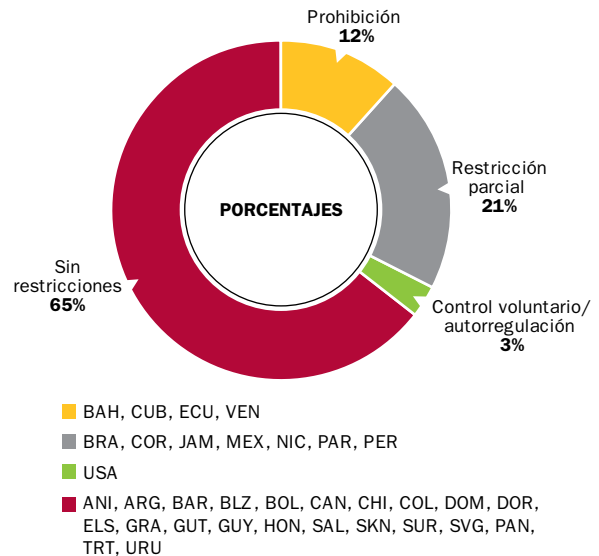
tén del ordenamiento jurídico, de manera que puedan reglamentarse bien con independencia de las medidas autonormativas. Las políticas para regular el marketing del alcohol deben ser responsabilidad exclusiva de los poderes públicos y mantenerse a resguardo de las presiones de la industria alcohólica.

Casi el 70% de los países de la Región no cuentan con reglamentos sobre la publicidad del alcohol en la televisión nacional o solo tienen códigos de autorreglamentación elaborados por la propia industria alcohólica (véase la figura 28). Como puede verse en el cuadro 10, los códigos de autorreglamentación voluntarios son en gran medida ineficaces.

Control de los precios

Muchos estudios revelan que las subidas de precios afectan a todos los aspectos del consumo de alcohol, incluidas la prevalencia, la frecuencia y la intensidad, así como a muchas de las consecuencias del consumo excesivo (Wagenaar et al., 2009, 2010). Al igual que otras medidas como la edad mínima y las restricciones sobre la publicidad, las subidas de precios tienen una repercusión mayor sobre el consumo de los jóvenes, de modo que resultan útiles como intervención para promover patrones de consumo más saludables a edades tempranas.

FIGURA 28. Porcentaje de países que imponen restricciones en la televisión nacional a la publicidad de las bebidas alcohólicas más consumidas, por tipo de restricción, en la Región de las Américas (2012).



Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Advertising restrictions, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1119?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014.

CUADRO 10. Clasificación de las intervenciones para restringir el marketing del alcohol.

Estrategia o intervención	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba en distintos países	Observaciones
Restricción legal sobre la exposición	+ / ++	+++	++	Hay pruebas fehacientes del efecto dosis-respuesta sobre el consumo de los jóvenes, pero los datos indican que los efectos de las prohibiciones parciales de publicidad sobre el consumo per cápita son pequeños o insignificantes; las prohibiciones o las restricciones a la publicidad pueden desplazar las actividades de marketing a medios menos reglamentados (por ejemplo, la internet).
Restricción legal sobre el contenido	?	0	0	Se ha observado que el contenido de los anuncios afecta al consumo pero no hay datos sobre la repercusión que tienen las restricciones de contenidos autoimpuestas en los códigos elaborados por la propia industria.
Códigos voluntarios de autorreglamentación de la industria	0	++	++	Los códigos voluntarios de prácticas de autorreglamentación que elabora la propia industria no limitan la exposición de los jóvenes a la publicidad del alcohol ni evitan que se publiquen materiales reprobables.

Fuente: Babor et al, 2010.

RECUADRO 4. LA PUBLICIDAD DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y LOS JÓVENES EN EL BRASIL Y EN LOS ESTADOS UNIDOS.

Muchos de los países de las Américas no tienen ninguna regulación en materia de marketing de las bebidas alcohólicas o permiten que la industria establezca sus propios códigos y se ocupe de aplicarlos. Dos estudios, uno realizado en el Brasil y el otro en los Estados Unidos, revelan la importancia de restringir de forma efectiva las actividades de mercadotecnia de las bebidas alcohólicas. En ambos países se ha observado que los jóvenes que no han cumplido la edad legal mínima para beber están expuestos a la publicidad del alcohol, por mucho que la industria insista en lo contrario.

El estudio del Brasil analiza el contenido de la publicidad, teniendo en cuenta que la industria brasileña del alcohol se ha comprometido a someterse a un código de autorregulación publicitaria de 16 principios, entre los que destacan los siguientes: a) la protección de los niños y los adolescentes; y b) la prohibición de inducir al consumo irresponsable. No obstante, un análisis detallado demuestra que los anuncios exhibidos durante el Mundial de Fútbol infringieron, por término medio, 12 de los 16 principios de autorregulación responsable (Vendrame et al., 2010).

Por su parte, el estudio de los Estados Unidos señala que, por cada anuncio de más que ven los jóvenes, aumenta en un 1% el número de bebidas que consumen, y que por cada dólar de más invertido en publicidad por persona, aumenta en un 3% el número de bebidas consumidas (Snyder et al., 2006).

El gravamen o la subida de los **impuestos** sobre el alcohol son una de las medidas más costoeficaces y más avalladas para reducir el consumo y los efectos perjudiciales

(Babor et al., 2010). Hay varios argumentos económicos favorables al gravamen del alcohol. En primer lugar, los daños atribuibles al consumo de alcohol tienden a

CUADRO 11. Clasificación de las intervenciones para subir el precio de las bebidas alcohólicas.

Estrategia o intervención	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba en distintos países	Observaciones
Impuestos indirectos	+++	+++	+++	El aumento de los impuestos reduce el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales. La eficacia depende de la supervisión y del control de las existencias por parte del Estado.
Precio mínimo	?	+	0	La lógica se fundamenta en la teoría de los precios pero hay muy pocas pruebas de que sea eficaz. Los reglamentos de la competencia y las políticas comerciales pueden contravenir estas medidas, a menos que se apliquen a través de la política impositiva.
Prohibición de los descuentos y las promociones	?	+	0	Solo se han realizado estudios poco sólidos, en poblaciones generales, de la repercusión de estas medidas sobre el consumo o los efectos perjudiciales; la eficacia depende de la existencia de otras formas de alcohol barato.
Precio diferente por bebida	+	+	+	Los precios más altos para los alcoholes destilados desplazan el consumo hacia las bebidas de menor graduación, lo cual comporta un menor consumo general. Hay datos interesantes sobre la repercusión de la reducción de impuestos para las bebidas de menor graduación.
Tributación especial o adicional para los <i>alcopops</i> y las bebidas dirigidas a los jóvenes	+	+	+	Se ha observado que el aumento de precios reduce el consumo de <i>alcopops</i> entre los jóvenes sin que se vea reemplazado por completo; no hay estudios de la repercusión sobre los efectos perjudiciales.

Fuente: Babor et al, 2010.

no estar incluidos en los precios de venta, y los impuestos pueden ayudar a corregir estos factores externos. El alcohol es un producto básico que puede resultar adictivo y perjudicial para la salud, y no debe considerarse como un artículo de consumo ordinario o de necesidad. En segundo lugar, los impuestos sobre el alcohol reducen el consumo y los daños a nivel de la población. Puesto que las personas de ingresos bajos sufren más efectos perjudiciales por litro de alcohol consumido, los impuestos pueden comportar una mayor igualdad dentro de una población. Por último, los impuestos sobre el alcohol son una manera eficaz de recaudar ingresos para el Estado. Requieren relativamente pocos mecanismos adicionales (la mayoría de los países de las Américas ya recaudan impuestos al menos sobre algún tipo de bebidas alcohólicas) y los ingresos pueden destinarse a prestar servicios sanitarios y sociales, mejorando aún más la equidad a nivel de la población.

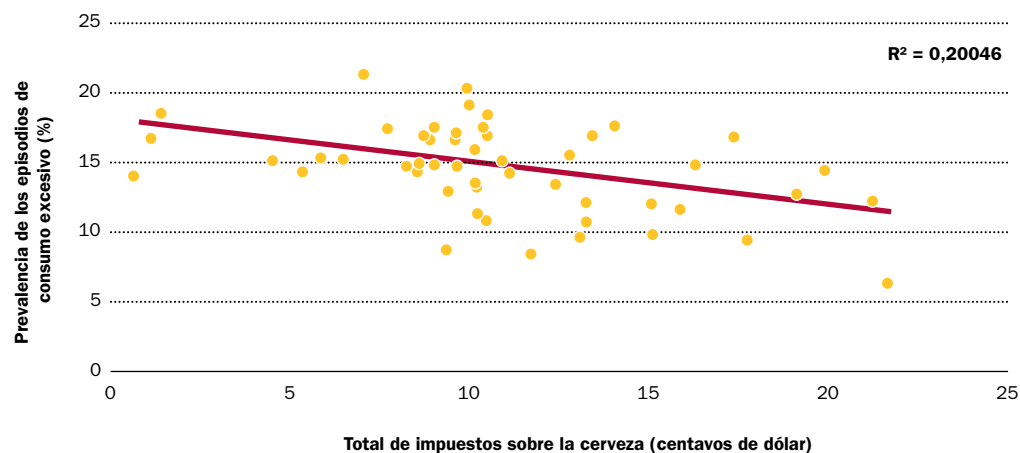
En un estudio se ha elaborado un modelo de la posible repercusión que tendría en los Estados Unidos un aumento de los impuestos de 25 centavos por copa. Los autores llegan a la conclusión de que el aumento reduciría el consumo de alcohol total en un 9,2% y el consumo excesivo en un 11,4%. En comparación con los consumidores de menor riesgo, los de mayor riesgo pagarían 4,7% más impuestos por año, lo cual representa cerca del 83% de todos los impuestos indirectos,

mientras que los consumidores de bajo riesgo pagarían menos de 30 dólares más por año. Los autores también observan que “en conjunto, quienes más pagarían en aumentos de impuestos netos serían los varones de raza blanca de 21 a 50 años de edad, con ingresos iguales o superiores a los 50.000 dólares al año, trabajadores por cuenta ajena y con estudios universitarios” (Daley et al., 2012). El aumento de impuestos, por tanto, puede servir para recaudar millones de dólares en ingresos mientras se modifican los patrones de consumo, sobre todo de quienes más beben.

La figura 29 ilustra la relación entre los episodios de consumo excesivo (ECE) y la cantidad de impuestos agregados a la cerveza en los Estados Unidos: los estados que gravan la cerveza con impuestos más altos tienen tasas más bajas de consumo excesivo episódico.

Los Estados Unidos declararon haber recaudado 8.100 millones de dólares procedentes de los impuestos especiales sobre el alcohol en el año 2000, suficientes para cubrir los 7.400 millones de costos jurídicos directos. Pero se calcula que el costo social total del consumo del alcohol ese mismo año ascendió a 216.200 millones, lo cual significa que haría falta un aumento sustancial de los impuestos para abarcar esa cifra. En el Canadá, la recaudación de impuestos especiales sobre el consumo de alcohol representada más del 40% de los 14.000

FIGURA 29. Relación entre los impuestos sobre la cerveza y la prevalencia (%) de los episodios de consumo excesivo, por estado (Estados Unidos de América, 2010).



Nota: cada punto amarillo representa un estado distinto de EE.UU.

Fuente: Xuan Z, Chaloupka FJ, Blanchette J, Nguyen T, Heeren T, Nelson TF, Naimi TS (2014). The Relationship between Alcohol Taxes and Binge Drinking: Evaluating New Tax Measures Incorporating Multiple Tax and Beverage Types. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12818.

millones de dólares canadienses que se estima representó la factura social del alcohol en el 2002 (Babor et al., 2010).

Un aumento drástico de los impuestos sobre el alcohol puede comportar que surja cierta actividad de contrabando, que crezca el mercado informal y que se fabrique más alcohol de forma ilegal. Los países donde ya se consume mucho alcohol no registrado y los que prevén un aumento importante de los impuestos también deben incorporar a su estrategia el control de los mercados ilegales e informales para maximizar la recaudación y evitar que proliferen la producción ilícita y el consumo de bebidas peligrosas.

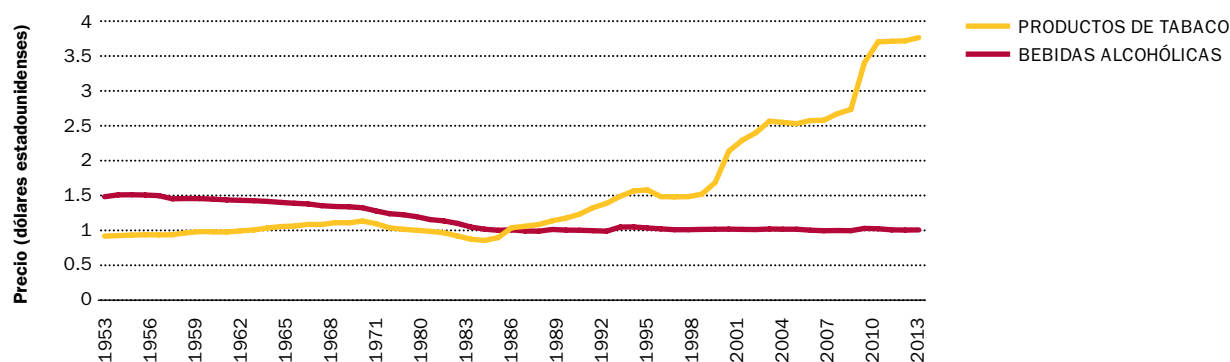
Existe otro factor que afecta a la eficacia de las medidas relacionadas con los precios: la inflación. La aplicación de un impuesto sobre el alcohol en función de la graduación resultará ineficaz si la inflación reduce el gravamen relativo. Lamentablemente, cerca del 80% de los países de la Región que gravan las bebidas alcohólicas más consumidas no ajustan los impuestos según la inflación. En estos casos, al aumentar los precios con la inflación, disminuye el valor relativo del impuesto.

Una solución recomendada es fijar la cuota impositiva al índice de precios al consumo y al crecimiento de ingresos del país, a fin de asegurar que el precio del alcohol suba y baje en relación con el poder adquisitivo de los ciudadanos, haciéndolo menos asequible. Esta estrategia

es especialmente importante para los países que están desarrollándose con rapidez, como ocurre en muchos casos en las Américas (Babor et al., 2010). En la figura 31 se observa que en los Estados Unidos los precios de las bebidas alcohólicas han descendido en relación con el índice de precios de consumo, es decir que las bebidas alcohólicas son relativamente más baratas en el 2010 de lo que eran en 1953. Los productos de tabaco, por otro lado, han subido enormemente de precio y la tendencia se refleja en las grandes reducciones del tabaquismo de los últimos decenios (Chaloupka, 2014).

Si el Estado grava con un impuesto especial las bebidas alcohólicas, tendrá que decidir si el impuesto se corresponde al volumen de etanol puro que contiene la bebida (graduación alcohólica), al volumen total de la bebida (el tamaño del envase), al precio del producto (un porcentaje del precio de venta o de producción, por ejemplo) o a una combinación de estas medidas; cada una tiene sus ventajas y desventajas. El gravamen fundamentado solo en la graduación alcohólica, por ejemplo, es beneficioso porque permite mantener el precio de las bebidas de menos graduación relativamente bajo, favoreciendo su consumo frente al de bebidas con más graduación, al tiempo que se fija un tope mínimo para las bebidas de baja graduación. Si esto se conjunta con una estrategia para ajustar los impuestos a la inflación e impedir que las bebidas se vuelvan más asequibles, la repercusión sobre la salud pública y la recaudación estatal probablemente serán mayores. Los impuestos

FIGURA 30. Precios de las bebidas alcohólicas y de los productos de tabaco en relación con el índice de precios de consumo en los Estados Unidos de América (1953-2010).



Fuente: Chaloupka F (2014). Alcoholic Beverage and Tobacco Product Prices, Relative to CPI, United States, 1953-2013. Consumer Price Indexes (CPI) from U.S. Bureau of Labor Statistics. Washington, DC.

CUADRO 12. Medidas relativas a los precios de las bebidas alcohólicas aplicadas en los países de las Américas (2012).

País	Impuesto al consumo sobre todas las bebidas alcohólicas, 2012	Impuesto ajustado a la inflación sobre todas las bebidas, 2012	Impuesto de valor agregado (IVA) sobre el alcohol, 2012	Prohibición de las ventas por debajo del precio estipulado, 2012	Prohibición de ofrecer descuentos por volúmenes, 2012	Política de precio mínimo, 2012	Bebidas no alcohólicas a precios inferiores, 2012
ANI	No	...	Sí	No	No	No	No
ARG	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
BAH	Sí	Sí	No	No	No	No	No
BAR	Sí	No	Sí	No	No	No	No
BLZ	No	...	Sí	No	No	No	No
BOL	Sí	...	No	No	No	No	No
BRA	Sí	No	...	No	No	No	No
CAN	Sí	No	No	No	No	Sí	No
CHI	Sí	No	Sí	No	No	No	No
COL	Sí	Sí	No	No	No	No	No
COR	Sí	Sí	No	No	No	No	No
CUB	...	...	...	Sí	Sí	Sí	Sí
DOM	Sí	No	Sí	No	No	No	No
DOR	Sí	No	No	No	No	Sí	No
ECU	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
ELS	Sí	No	Sí	No	No	No	No
GRA	Sí	No	Sí	No	No	No	No
GUT	No	...	Sí	No	No	No	No
GUY	Sí	No	Sí	No	No	No	No
HAI	...	...	...	...	...	...	...
HON	Sí	Sí	No	No	No	No	No
JAM	Sí	No	Sí	No	No	No	No
MEX	Sí	No	Sí	No	No	No	No
NIC	Sí	No	Sí	No	No	No	No
PAN	Sí	Sí	...	No	No	No	No
PAR	No	...	No	No	No	No	No
PER	Sí	No	No	No	No	No	Sí
SAL	Sí	No	Sí	No	No	No	No
SKN	Sí	No	Sí	No	No	No	No
SUR	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí
SVG	Sí	No	Sí	No	No	No	No
TRT	Sí	No	Sí	No	No	No	No
URU	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
USA	Sí	...	...	...	...	...	...
VEN	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No

Nota: ... = Datos no disponibles.

Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Price measures and Taxation measures, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1119?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

especiales también pueden combinarse con las cargas fiscales sobre el valor agregado o sobre las ventas, que todavía incrementan más el valor final de la bebida.

Pese a que la carga fiscal es la estrategia más recomendada, idealmente debe combinarse con otras medidas relacionadas con los precios, como la prohibición de ofrecer descuentos o promociones. Sin estas restricciones complementarias, la industria del alcohol puede compensar la carga impositiva ofreciendo promociones. El cuadro 12 recoge las medidas relativas a los precios que aplican los países de las Américas.

De los países de la Región que comunican sus políticas tributarias a la OMS, solo el Paraguay declaró no aplicar ningún gravamen sobre las bebidas alcohólicas en el 2012. No es nada sorprendente que casi todos los países americanos cuenten con impuestos especiales, como ocurre en gran parte del mundo, ya que permiten incrementar la recaudación estatal. De nuevo, a pesar de que la mayoría de los países de la Región tienen un régimen fiscal, los impuestos pueden haber

quedado desfasados con la inflación o respecto al índice de precios de otros productos, de forma que las bebidas alcohólicas siguen siendo muy baratas. Los países que respondieron que “sí” en la figura 12 pueden tener la infraestructura necesaria para la recaudación, pero los impuestos existentes quizá no basten para que la repercusión sobre el consumo sea cuantificable. Quizá por ser tan bajos, con algunos impuestos el consumo ha seguido aumentando, aportando ingresos al erario pero generando a la postre más costos sociales y sanitarios al Estado y a la sociedad. Además, muy pocos países han emprendido políticas complementarias, como prohibir los descuentos o las promociones.

Aun siendo valiosos, los impuestos indirectos especiales solo son parcialmente eficaces. Para que la eficacia sea total, tienen que reducir la asequibilidad del alcohol relativa a los ingresos y los precios de otros productos. En Venezuela, por ejemplo, sí se ajustan los impuestos sobre las bebidas importadas, pero las de producción nacional suelen ser mucho más baratas. Es probable que, en este caso, los patrones de consumo favorezcan

RECUADRO 5. LA FIJACIÓN DE PRECIOS MÍNIMOS EN EL CANADÁ.

En el Canadá, todas las provincias imponen algún tipo de precio mínimo en la venta minorista de bebidas alcohólicas, práctica que se ha extendido durante el último decenio. En algunos casos (como el de Alberta) la medida solo se aplica a los bares, mientras que en otros también a las ventas para el consumo privado, que representan un mercado mucho más amplio, por ejemplo en las licorerías y vinotecas de titularidad privada o estatal (como en la isla del Príncipe Eduardo); en otras provincias, se aplica tanto a los bares como a las ventas al por menor (por ejemplo, en la Columbia Británica). También varía sustancialmente la regulación de los precios mínimos entre una provincia y otra, por ejemplo si reflejan las distintas graduaciones alcohólicas, si se ajustan según el tamaño del envase y si se actualizan con arreglo a la inflación. Estas políticas, diseñadas originalmente para sostener la recaudación estatal, eliminar las guerras de precios entre los proveedores y estabilizar los precios de la bebida, también han beneficiado a la salud general del país.

Los estudios publicados sobre los efectos de estas políticas en el consumo y los daños relacionados han puesto de manifiesto lo siguiente:

- Un aumento del 10% del precio mínimo de un tipo de bebida comporta una reducción del 16% del consumo de esa bebida en relación con las demás (una estrategia útil para influir en el consumo de alcohol a favor de las bebidas de menos graduación) (Stockwell et al., 2012a).
- Un aumento del 10% del precio mínimo de todas las bebidas comporta una reducción de entre el 3,4% y el 8,4% del consumo total, en función de la provincia (Stockwell et al., 2012b).
- Un aumento del 10% del precio medio mínimo comporta una reducción del 32% de las defunciones totalmente atribuibles al alcohol (Zhao et al., 2013).
- Un aumento del 10% del precio mínimo comporta una reducción del 9% de los ingresos en hospitales por cuadros agudos y crónicos (Stockwell et al., 2013).

las opciones menos caras, reduciendo la eficacia de los impuestos actuales.

CONDUCCIÓN EN ESTADO DE EBRIEDAD

La conducción en estado de ebriedad es un factor de riesgo capital de los traumatismos por accidentes de tránsito, una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de todo el mundo. Las lesiones y las defunciones asociadas a la conducción en estado de ebriedad son prevenibles y constituyen un ejemplo claro del daño a terceros que provoca el consumo del alcohol.

La imposición de **un grado máximo de alcoholemia permitido**, cuando se hace cumplir con intervenciones para eliminar la conducción en estado de ebriedad,

como los puestos de control y las pruebas de aliento aleatorias, es una medida costo-eficaz y puede reducir significativamente las lesiones causadas por el consumo de alcohol (Cuadro 13).

Muchos países de las Américas ya han establecido una tasa máxima de alcoholemia para los conductores, pero Bolivia, Guatemala, el Paraguay y muchos países y territorios del Caribe no imponen ningún tipo de límite. Además, aunque una tasa superior a los 0,04 g/dl aumenta significativamente el riesgo de sufrir un accidente automovilístico (WHO, 2013b), sólo cinco países de las Américas han fijado el límite en esta cifra (véase la figura 31).

CUADRO 13. Clasificación de las intervenciones para limitar la tasa de alcoholemia de los conductores.

Estrategia o intervención	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba en distintos países	Observaciones
Puestos de control de la alcoholemia	++	+++	+++	Los efectos de las campañas policiales suelen ser poco duraderos. Su eficacia disuasoria es proporcional a la frecuencia con que se llevan a cabo y a la visibilidad.
Pruebas de aliento aleatorias	+++	++	++	La eficacia depende del número de conductores directamente interpellados y del cumplimiento sistemático de las sanciones impuestas.
Reducción de la tasa de alcoholemia	+++	+++	+++	Cuanto más bajo es el límite máximo de alcohol en la sangre, más eficaz es la medida. Las tasas de alcoholemia muy bajas ("tolerancia cero") son eficaces entre los jóvenes y pueden serlo entre los conductores adultos, pero resulta difícil hacer cumplir tasas inferiores a los 0,02 g/dl.
Suspensión administrativa del permiso de conducir	++	++	++	Cuando las sanciones se aplican con rapidez, aumenta la eficacia. La medida es eficaz en los países donde se aplica sistemáticamente.
Tasa de alcoholemia baja para jóvenes ("tolerancia cero")	+++	++	++	Está claramente demostrado que la medida es eficaz entre las personas que no han cumplido la edad legal mínima para el consumo o la adquisición de bebidas alcohólicas.
Concesión graduada de permisos para conductores inexpertos	++	++	++	Puede servir para incorporar tasas de alcoholemia más bajas y restricciones a la concesión de permisos dentro de una estrategia. Algunos estudios señalan que las políticas de "tolerancia cero" son responsables de este efecto.
Designación de una persona que conduce y de servicios de chófer	0	+	+	Pueden servir para que no conduzcan las personas que han bebido mucho, pero también puede alentar a los demás a beber más. No afecta a las colisiones relacionadas con el alcohol.
Severidad de las penas	0/+	++	++	Los datos probatorios son ambiguos en lo que respecta a las penas obligatorias o más severas por conducción en estado de ebriedad. Los efectos decaen con el tiempo a menos que se acompañen de campañas policiales o publicidad en los medios de comunicación.

Fuente: Babor et al, 2010.

FIGURA 31. Tasa máxima de alcoholemia permitida en la población general, por país (2012).



Fuente: World Health Organization. Observatory Data Repository (Region of the Americas. Global Information System on Alcohol and Health, Drink driving, Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main-amro.A1119?lang=en&showonly=GISAH> [consultado el 18 de diciembre del 2014].

APLICACIÓN Y CUMPLIMIENTO

La voluntad y la capacidad política de los países para aplicar y hacer cumplir las políticas en materia de alcohol son fundamentales para el éxito de cualquier intervención, como queda patente en el recuadro 6. Entre

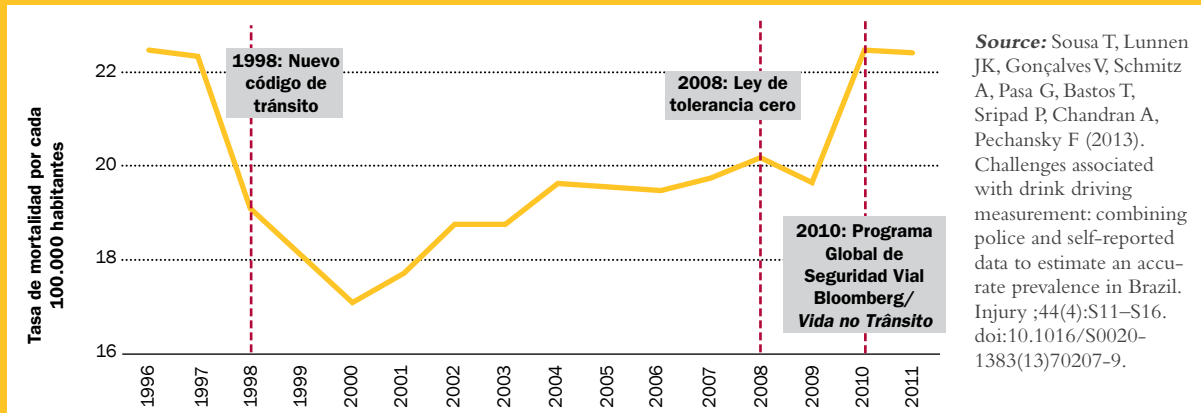
los mecanismos de cumplimiento cabe destacar la educación, el enjuiciamiento de los infractores —ya sean personas o empresas—, la revocación o suspensión de permisos de conducir y las penas pecuniarias. Dichos mecanismos deben elegirse en función de las personas u organismos afectados y de los tipos de reglamentos y los

RECUADRO 6. EL CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN EN EL BRASIL.

El Brasil ha promulgado varias leyes con las cuales ha ido rebajando las tasas legales de alcoholemia y aumentado las sanciones, pero estos esfuerzos no se han traducido en efectos duraderos sobre la seguridad vial (Sousa et al., 2013).

La figura B6 demuestra la importancia del cumplimiento eficaz de la legislación relativa a la conducción en estado de ebriedad. Todas las actuaciones realizadas por el gobierno o por donantes externos (señaladas con las líneas de puntos) han conseguido reducir la mortalidad por accidentes de tránsito, pero los logros tienden a durar apenas unos años.

FIGURA B6. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes (Brasil, 1996-2011).



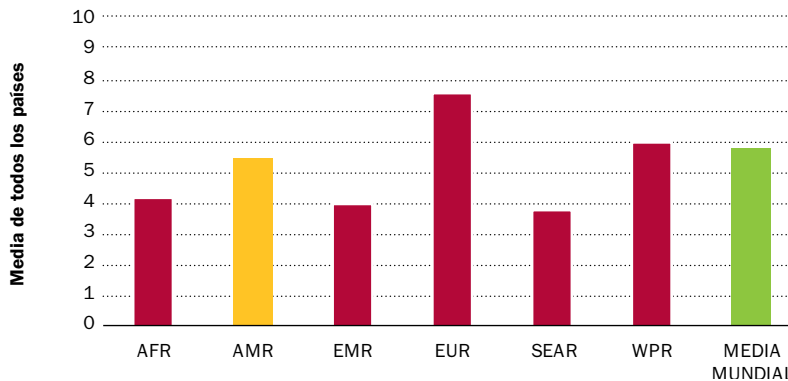
Source: Sousa T, Lunnen JK, Gonçalves V, Schmitz A, Pasa G, Bastos T, Sripad P, Chandran A, Pechansky F (2013). Challenges associated with drink driving measurement: combining police and self-reported data to estimate an accurate prevalence in Brazil. *Injury* ;44(4):S11–S16. doi:10.1016/S0020-1383(13)70207-9.

Fuente: Sousa T, Lunnen JK, Gonçalves V, Schmitz A, Pasa G, Bastos T, Sripad P, Chandran A, Pechansky F (2013). Challenges associated with drink driving measurement: combining police and self-reported data to estimate an accurate prevalence in Brazil. *Injury* ;44(4):S11–S16. doi:10.1016/S0020-1383(13)70207-9

perjuicios relativos que comporta infringirlos (WPRO, 2006). En las Américas, se calcula que la observancia de las tasas máximas de alcoholemia no supera el 50%, de modo que se necesita reforzar el cumplimiento de

las leyes en materia de conducción en estado de ebriedad. La figura 32 ilustra el grado de cumplimiento de las tasas de alcoholemia entre los conductores en las Regiones de la OMS.

FIGURA 32. Puntuación media percibida del cumplimiento de la tasa de alcoholemia en las Regiones de la OMS y en todo el mundo (2012).



Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014).

También es importantísimo para que tengan éxito las políticas en materia de alcohol que se destinen los recursos humanos y económicos apropiados. Para que las políticas sean eficaces y sostenibles, hay que contar con fondos para financiar la aplicación y el cumplimiento: para capacitar al personal actual, adquirir los materiales necesarios y contratar más personal si es preciso.

RESPUESTA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

El primer paso para contar con una respuesta sanitaria eficaz es conseguir el acceso universal a los servicios de atención primaria. Los profesionales de atención primaria también deben tener la capacidad y las condiciones de trabajo adecuadas para la detección sistemática de todos los pacientes con patrones peligrosos de consumo de alcohol y para realizar intervenciones breves y derivar a los pacientes de riesgo a tratamientos más intensivos cuando resulte apropiado. Lo mejor sería incorporar dichas tareas a la atención ordinaria para que sean parte de las funciones esenciales de los profesionales de atención primaria. Las intervenciones breves

pueden ser eficaces para reducir el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales relacionados. Están dirigidas sobre todo a los bebedores de riesgo pero que no necesariamente sufren un trastorno debido al consumo de alcohol y por tanto requieren un tratamiento menos intensivo. Dado que los bebedores de riesgo constituyen una proporción relativamente grande de los consumidores, los esfuerzos por influir sobre ellos pueden tener una repercusión a nivel de la población y pueden reducir los costos de los problemas que posteriormente aumentarían.

La OPS ha diseñado un curso virtual de autoaprendizaje tanto en español como en inglés para quienes tengan interés en conocer mejor los programas de detección y las intervenciones breves, al cual puede accederse en: <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=92>.

TENDENCIAS DE LAS POLÍTICAS

Es posible predecir con modelos la repercusión que tendrán ciertas políticas e intervenciones, pero estas

CUADRO 14. Clasificación de las estrategias para abordar el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales.

Estrategia o intervención	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba en distintos países	Observaciones
Intervención breve con bebedores de riesgo	+++	+++	+++	Puede ser eficaz pero la mayoría de los profesionales de atención primaria carecen de la capacitación y el tiempo para realizar los programas de detección y las intervenciones breves.
Asistencia mutua y autoayuda	++	++	++	En muchos países es un complemento eficaz y factible o una alternativa costoeficaz al tratamiento formal.
Tratamiento obligatorio de los infractores reincidentes	+	++	0	Las medidas punitivas y disuasorias tienen efectos de duración limitada y a veces distraen la atención de las intervenciones más eficaces.
Desintoxicación médica y social	+++	++	++	Intervención segura y eficaz para tratar los síntomas de abstinencia. Reduce los efectos perjudiciales del alcohol al prevenir la mortalidad. Tiene poco efecto sobre el consumo de alcohol a largo plazo a menos que se combine con otras terapias.
Terapias conversacionales	++	+++	++	Existen diversas teorías sobre el tratamiento del alcoholismo en el ámbito ambulatorio y en comunidades cerradas. No llegan a una parte importante de la población porque la mayoría de los países tienen pocos establecimientos especializados.
Farmacoterapia	+	++	++	La naltrexona es el único fármaco con el que se observa de forma sistemática que los resultados son un poco mejores que con las terapias conversacionales y el manejo clínico.

Fuente: Babor et al, 2010.

medidas se basan en cálculos subregionales y suelen ser imperfectas (Chisholm et al., 2004). La única manera de cuantificar de verdad el efecto de una política en un país es realizar un seguimiento de las tendencias en el consumo y la salud y de los resultados económicos a largo plazo.

La mayoría de los datos presentados en este informe se recopilaron poco después del lanzamiento de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (2010) de la OMS y del *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* de la OPS (2011), de modo que no pueden comprobarse estadísticamente los efectos que hayan tenido las políticas ejecutadas desde el 2010 y el 2011 en la salud de la población. Dicho esto, si se analizan las actuaciones emprendidas antes y después de la aprobación de los citados planes, podemos vislumbrar el trabajo que les queda por hacer a los Estados para reducir el consumo nocivo de alcohol.

LA INDUSTRIA DEL ALCOHOL

Con el transcurso del tiempo, la industria del alcohol —en la que se incluyen los productores, los distribuidores y los comerciantes— se ha globalizado y cada vez ejerce más presión sobre los gobiernos. Con la fusión de muchos productores pequeños y de ámbito local, las empresas resultantes han sido capaces de colocarse en mercados más diversos. Para poner en perspectiva esta consolidación, la producción de alcohol en la actualidad puede resumirse así: en el 2005, el 44% de la cerveza la fabricaban cuatro empresas (Inbev, Anheuser-Busch, SABMiller y Heineken), mientras que la producción de licores y vinos está dominada solo por dos empresas (Diageo y Pernod Ricard) (Babor et al., 2010). El crecimiento de las ganancias también ha sido exponencial: la industria del alcohol tiene cerca de un billón de dólares estadounidenses de ingresos anuales y las diez empresas más grandes declararon en el 2010, en su conjunto, 159.000 millones de dólares de beneficios de explotación y 33.000 millones de ganancias (M. Shanken, 2012).

Muchas de las estrategias más rentables para reducir los efectos perjudiciales del alcohol —como subir los impuestos, reducir la disponibilidad y restringir la publicidad— chocan con los objetivos de la industria

de elevar al máximo sus ingresos. No es sorprendente, por eso, que la industria ejerza presiones políticas muy fuertes contra estos reglamentos (Freudenberg, 2014). En el Brasil, por ejemplo, la FIFA consiguió que los legisladores levantasen la vieja prohibición, vigente desde hace décadas, de vender alcohol en los estadios, durante el Mundial de Fútbol del 2014, uno de cuyos patrocinadores principales fue Budweiser.

El patrocinio de actividades deportivas también es una estrategia mercadotécnica importante en las Américas. En el Brasil, por ejemplo, donde el fútbol se considera el espectáculo nacional, los estadios están llenos de propaganda de bebidas alcohólicas y algunos incluso llevan el nombre de las marcas de alcohol, aunque esté prohibido vender alcohol en sus recintos. El patrocinio de otros acontecimientos deportivos, sobre todo en las universidades, es otra estrategia más para granjearse la lealtad a la marca de los jóvenes, consumidores relativamente recientes (Andrade et al., 2010). Fuera del Brasil, el patrocinio de los campeonatos de Fórmula Uno ha recibido la crítica de los expertos, que argumentan que la publicidad del alcohol no debe estar asociada a la conducción (Skar, 2014). El patrocinio de los deportes y los actos culturales, el apoyo de los personajes famosos (como héroes nacionales, actores y deportistas) y el uso de los símbolos nacionales en campañas comerciales crean un ambiente en el que se promueve y se normaliza el consumo de alcohol y no se presta atención a la gran cantidad de efectos negativos que provoca.

Los portavoces de la industria suelen centrar sus mensajes en la prevención del alcoholismo y del consumo entre los menores. Sin embargo, un estudio de los Estados Unidos revela que entre el 37,5% y el 48,8% del gasto en alcohol, lo cual representa 62.900 millones de dólares, procede de estas dos poblaciones (Foster, 2006). Otro estudio calcula que los episodios de consumo excesivo constituyen el 70% del consumo de los adultos y el 90% del consumo de la juventud en los Estados Unidos (entendido como la ingestión de más de cuatro copas en el caso de las mujeres, y cinco en el caso de los hombres, en el espacio de dos horas (OJJDP, 2005)).

Aunque la industria del alcohol pregone habitualmente sus “programas de responsabilidad social”, hay muy pocas pruebas (si es que las hay) de que dichas interven-

ciones, incluidas las campañas educativas, funcionen. Los encargados de la responsabilidad social suelen citar los esfuerzos de la industria por promover el consumo “responsable”, que en general se limitan a un breve mensaje incluido al pie de los anuncios y de los envases. Por el contrario, un estudio indica que si el 10% de consumidores que más beben en los Estados Unidos (que consumen por término medio 73,85 copas por semana) redujesen su consumo a 15,28 copas por semana (el siguiente grupo en el escalafón), el total de ventas descendería un 60% (Cook, 2007).

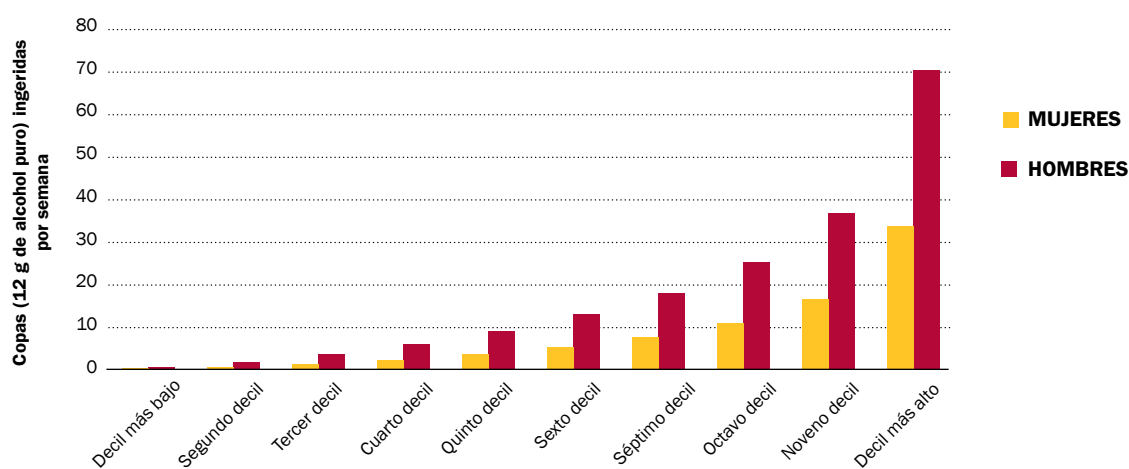
La figura 33 muestra la gran cantidad de alcohol que en las Américas consume una proporción relativamente pequeña de personas. En el caso de los hombres, el 10% que más bebe ingieren 60 copas (cerca de 744 g de alcohol puro) por semana. Si tanto los hombres como las mujeres del decil superior redujesen su consumo al decil inmediatamente inferior, el consumo general (y las ganancias de la industria del alcohol) caería significativamente.

La industria del alcohol también patrocina y financia entidades investigadoras y sociales, como la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en Costa Rica, el Centro de Informaciones sobre Salud y Alcohol (CISA) en el Brasil, la Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC) en México y el Centro

Internacional en Materia de Políticas sobre el Alcohol (International Center for Alcohol Policies, ICAP) en los Estados Unidos. Los expertos desmienten las conclusiones de muchos estudios realizados por investigadores retribuidos por la industria (Babor y Xuan, 2004; Zhang y Monteiro, 2013).

En palabras de la Directora General de la OMS, la doctora Margaret Chan, “ya no solo son las grandes tabacaleras, sino que la salud pública también tiene que vérselas con las grandes industrias de los alimentos, los refrescos y las bebidas alcohólicas. Todas esas industrias le tienen miedo a la regulación y se protegen con las mismas tácticas. Las investigaciones han documentado bien estas tácticas: se trata de los grupos de presión, el cabildeo, las promesas de autorreglamentación, los pleitos y los estudios financiados por ellas mismas, que tergiversan los datos y avivan la duda; también son los regalos, las subvenciones y las contribuciones a las causas dignas que confieren a esas empresas el halo de ciudadanía respetable a los ojos de los políticos y del público. Sus argumentos endosan a las personas la responsabilidad del daño para su salud y pintan las acciones gubernamentales como una interferencia en las libertades personales y el libre albedrío. Si las industrias intervienen en la formulación de las políticas, con toda seguridad restarán importancia u omitirán por completo las medidas de control más eficaces. Esto tam-

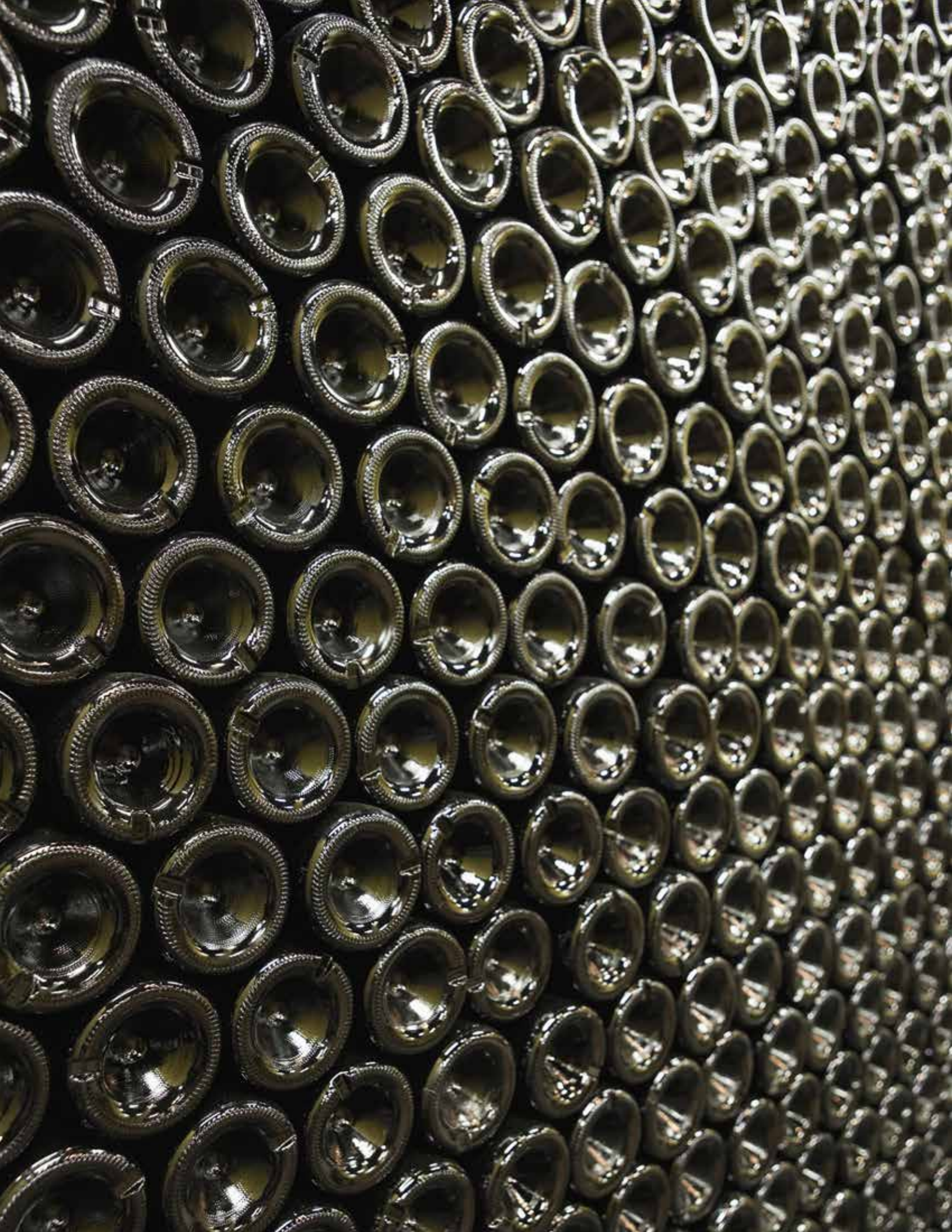
FIGURA 33. Consumo de alcohol en las Américas por decil y por sexo.



Fuente: Centre for Addiction and Mental Health's World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO) Collaborating Centre in Addiction and Mental Health, 2014. Based on figure “Time for a Stiff Drink” from a Washington Post article dated 25 September 2014 (<http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2014/09/25/think-you-drink-a-lot-this-chart-will-tell-you>, consultado el 25 de enero del 2015).

bién está bien documentado y es peligroso. En opinión de la OMS, la formulación de las políticas sanitarias debe estar protegida ante la distorsión de los intereses comerciales y otros intereses creados” (Chan, 2012). La documentación de la influencia de la industria alcohólica en áreas como la formulación de políticas, la educación y la investigación ha ayudado a señalar la necesidad de contar con principios claros para la interacción con la industria a fin de evitar conflictos de

intereses con los objetivos de salud pública. A medida que los países de la Región vayan desarrollándose, crecerá el mercado potencial de las empresas del alcohol que intentan extenderse en zonas con una gran prevalencia de abstemios, sobre todo entre los jóvenes y las mujeres. Los países que intenten limitar la repercusión del alcohol en la población tendrán que poner en la balanza los objetivos de la industria alcohólica frente a los del bien público.



Conclusiones

Está sobradamente demostrado, con los datos que se presentan en este informe y los de otras publicaciones, que el consumo de alcohol afecta gravemente a la salud y tiene profundas repercusiones sociales y económicas. En las Américas, donde en general se acepta el consumo de alcohol como norma cultural, queda mucho trabajo por hacer para concientizar acerca de los perjuicios y cosechar apoyos a las políticas y las intervenciones que pueden limitar las consecuencias negativas del alcohol.

La información presentada en esta publicación proporciona una base científica para comprender quiénes consumen alcohol y qué patrones de consumo siguen, las consecuencias del consumo y lo que puede hacerse para mitigar el daño que causa. En particular, este informe describe el efecto que tienen el sexo, el género, la edad y el nivel socioeconómico sobre el consumo de alcohol; intenta analizar la evolución de los consumos de alcohol y los daños atribuibles con el transcurso del tiempo, enmarcando esas cifras en su contexto histórico; y plantea soluciones basadas en datos empíricos como parte de una hoja de ruta para los responsables de las políticas en las Américas.

En términos generales, el consumo de alcohol y los perjuicios resultantes son relativamente importantes en las Américas, si se comparan con la mayoría de regiones del mundo. Aunque parece que el APC está estabilizándose en algunos casos, el aumento del consumo de ciertos grupos, como las mujeres y los jóvenes, echa tierra sobre estos avances.

Por otro lado, si no se implantan medidas preventivas, los países (sobre todo en desarrollo) podrían enfrentarse en el futuro a un recrudecimiento de los daños causados por el alcohol. Esto es especialmente importante, ya que, a medida que se desarrollan las economías, crecen los ingresos disponibles de la población. Así, al destinarse más dinero al alcohol, aumentan la cantidad ingerida por persona, la prevalencia del consumo y los daños causados. Es importante reconocer lo que ya se ha logrado: la investigación sobre las repercusiones reales de los daños que causa el alcohol ha avanzado notablemente y muchos Estados están replanteándose sus políticas y sus relaciones con la industria alcohólica. Entre las acciones regionales para abordar la carga del alcohol cabe citar tanto la Red Panamericana sobre Alcohol y Salud Pública (PANNAPH) como una extensa serie de investigaciones y publicaciones (muchas de las cuales se citan en este informe).

Los países de las Américas deben ser pioneros en la lucha contra el consumo nocivo de alcohol, a fin de salvar millones de vidas y ahorrar miles de millones de dólares al año. Es preciso actuar ya si se quieren atajar las consecuencias prevenibles. En el apartado siguiente se describen varias recomendaciones para la Región basadas en datos científicos; además, estas recomendaciones tienen en cuenta las dificultades y las oportunidades particulares que definen a los países de las Américas.



Recomendaciones

Estas recomendaciones se basan en los cinco objetivos planteados en la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (OMS) y el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (OPS).

Las recomendaciones pueden ayudar a proporcionar orientación si se desea conseguir modificaciones significativas y duraderas de la carga que supone el alcohol para la sociedad. Aunque las circunstancias varían en función del país, todos pueden beneficiarse de una comprensión más clara de la situación y del refuerzo de sus actuaciones actuales.

Aumentar la concienciación mundial y reforzar el compromiso político

La concienciación sobre la bebida es un primer paso importante para modificar las actitudes culturales relativas al alcohol y ganar el respaldo del público para las políticas y las intervenciones destinadas a reducir los daños que provoca el consumo. La difusión de los resultados presentados en este informe puede ayudar a concientizar acerca de la carga del alcohol en las Américas, las lagunas en la recopilación de datos y la existencia de políticas basadas en datos probatorios. Los responsables políticos tendrán que tomar decisiones difíciles para salvar vidas y reducir los costos del alcohol en la sociedad.

El compromiso político es crucial para el éxito de toda política o intervención. Las políticas en materia de alcohol son por su naturaleza intersectoriales y los ministerios de sanidad deben trabajar codo a codo con los de economía, interior, trabajo, transporte, educación y bienestar social para reducir los daños causados por el alcohol. La obtención del apoyo de diferentes sectores legitimará las actuaciones emprendidas para abordar estos daños.

Además, el compromiso de elaborar y poner en práctica políticas eficaces en materia de alcohol debe ser inde-

pendiente de los actores económicos y estar por encima de los intereses comerciales. Los Estados tienen mucho que ganar de las estrategias de salud pública para reducir el consumo nocivo del alcohol: desde el aumento de la recaudación para financiar los servicios sanitarios y sociales y promover el desarrollo sostenible, hasta la reducción de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida de sus ciudadanos.

Consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud de los daños relacionados con el alcohol y sobre la eficacia de las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños

Resulta fundamental estar bien informados acerca de la magnitud de los problemas asociados con el alcohol y las intervenciones que funcionan, a fin de emplear los recursos con responsabilidad y eficacia. Como institución de salud pública, la OPS es responsable de promover la investigación y las políticas basadas en datos probatorios. Los indicadores presentados en este documento son valiosos, pero no todos los países de la Región los recopilan ni los declaran de forma regular. Los países que realizan encuestas deben procurar obtener información sobre los subgrupos vulnerables, como los jóvenes, los indígenas y las personas o grupos de ingresos bajos, a fin de desentrañar la distribución de los daños causados por el alcohol e implementar mejores intervenciones específicas. La recopilación sistemática de datos sobre la producción, las ventas, las exportaciones y las importaciones, el consumo, los daños, la exposición de la juventud al marketing y otros indicadores incluidos en este informe mejorará enormemente la capacidad de justificar la adopción de medidas por parte de los responsables competentes.

Incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros

Muchos responsables de políticas de las Américas están interesados en reducir la carga asociada con el alcohol

pero se enfrentan a barreras como el desconocimiento de las intervenciones disponibles y los mecanismos para llevarlas a cabo. La OMS ha previsto diez esferas de acción (véase el recuadro 1) y presta apoyo técnico a los Estados para ayudarles a ejecutar estas intervenciones. La política de “mejores inversiones” descrita en este informe (controlar la disponibilidad, el marketing y los precios del alcohol) la diseñó la OMS para orientar a los países con recursos limitados sobre las políticas más eficaces que pueden emprender con un costo mínimo.

La OPS puede colaborar con los Estados en áreas técnicas para elaborar planes nacionales de acción, políticas e intervenciones, y puede aportar orientación para integrar estos planes con los relativos a otras cuestiones como las enfermedades no transmisibles, la tuberculosis, el VIH, la prevención de la violencia, etc.

Fortalecer las alianzas

La lucha contra la carga del alcohol no debe ser responsabilidad exclusiva del ministerio de salud. Es crucial que los responsables de las políticas y los funcionarios de todos los sectores del Estado, así como los investigadores y las organizaciones de la sociedad civil, aúnen sus esfuerzos con este fin. Debe fortalecerse la sociedad civil para mejorar su capacidad de abogar por mejores políticas y movilizar a las comunidades para que apoyen las políticas locales. Dentro del propio sector de la salud, los expertos sobre alcohol deben trabajar con expertos que estudian otros factores de riesgo, como el tabaco y la nutrición, para compartir experiencias y concebir enfoques integrados.

Las empresas de la industria del alcohol, en calidad de productoras, distribuidoras, comercializadoras y anunciantes de bebidas alcohólicas, deben seguir proponiendo medidas eficaces con las que contribuir a reducir el consumo nocivo del alcohol.

Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia y la difusión de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación

A nivel regional, la OMS recopila y publica información en su sitio web a través del Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (*Global Information System on Alcohol and Health*, GISAH) y edita documentos como el informe sobre la situación mun-

dial del alcohol y la salud (*Global Status Report on Alcohol and Health*), cuya última versión apareció en el 2014. Los países pueden hacer más para mejorar la calidad de la información recopilada por la OMS aprovechando el apoyo técnico que les brindan los asesores de la OPS y la OMS.

La OMS ha diseñado hace poco un conjunto de indicadores básicos de salud para ayudar a los países a recopilar datos estandarizados y empíricos. El consumo de alcohol se cuantifica con tres grandes índices: el consumo de alcohol registrado per cápita, las tasas de episodios de consumo excesivo y la prevalencia de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Se espera que estos indicadores sirvan para recopilar información más exhaustiva sobre la carga del alcohol.

De todos modos, queda mucho trabajo por hacer para recopilar datos fidedignos sobre muchos otros indicadores relacionados con el alcohol. Por ejemplo, los cálculos del consumo de alcohol no registrado siguen siendo poco fiables y hay que hacer más para conocer bien la situación real, sobre todo en los países de ingresos bajos donde las tasas tienden a ser mayores y los fondos destinados a la investigación, menores. Además, los datos sobre las políticas en materia de alcohol a veces son poco fiables debido a los mecanismos de notificación, que deben fortalecerse para comprender mejor y validar la información disponible.

Puede hacerse mucho más, también, para divulgar la información y promover la causa. Las investigaciones publicadas en revistas arbitradas deben ser más accesibles para el público lego y las reuniones políticas de alto nivel deben contar con una mayor cobertura en los medios de comunicación. Para resistir la tenaz presión y el cabildeo de la industria del alcohol hará falta concertar los esfuerzos de los profesionales de la salud pública y sacar a la luz información veraz.

Anexo 1. El compromiso de la OPS/OMS para reducir el consumo nocivo de alcohol: cronología

1999

Informe sobre la situación mundial del alcohol, OMS (No se publicó en español)

Este informe mundial (*Global Status Report on Alcohol 1999*) marca formalmente el inicio de la Iniciativa Mundial del Alcohol de la OMS. Publicado en 1999, es el primero de su clase en recoger datos e información acerca de los aspectos clave de la situación del alcohol en los Estados Miembros de la Organización, incluidos el consumo y los indicadores de las políticas; además, contiene una ficha informativa para cada país.

2001

Informe sobre la situación mundial: alcohol y jóvenes, OMS (No se publicó en español)

Este informe (*Global Status Report: Alcohol and Young People*) proporciona un resumen de las pautas concretas de consumo, consecuencias y políticas relativas al consumo de alcohol entre los jóvenes.

2004

Informe sobre la situación mundial: políticas en materia de alcohol, OMS (No se publicó en español)

Este informe (*Global Status Report: Alcohol Policy*) detalla el estado de las políticas en materia de alcohol aplicadas en 2004 y contiene la línea de base para que los países puedan dar seguimiento de la situación.

Informe sobre la situación mundial del alcohol, OMS (No se publicó en español)

Este informe (*Global Status Report on Alcohol 2004*) es una actualización de los datos del informe sobre la situación mundial de 1999 y con hincapié en la necesidad de mejorar la comparabilidad de los datos. A diferencia del informe de 1999, no incluye indicadores de políticas en materia de alcohol, ya que el mismo año se publica el informe *Alcohol Policy (Políticas en materia de alcohol)*.

2005

Declaración de Brasilia, OPS

Esta declaración se elaboró en la primera conferencia panamericana sobre políticas relacionadas con el consumo de alcohol y salud pública, celebrada en Brasilia con la representación de 26 países de la Región.

2007

Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción, OPS

Este informe expone los resultados empíricos de las investigaciones realizadas para demostrar la amenaza que supone el alcohol para la salud pública en las Américas y reforzar la eficacia de las políticas de salud pública.

2008

El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas, OPS

Este libro aporta datos probatorios sobre el efecto que tiene el consumo de alcohol en la violencia de pareja.

2010

Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, OMS

La estrategia mundial de 2010 es la primera resolución de la OMS para afrontar el consumo nocivo de alcohol en reconocimiento de las graves repercusiones que tiene para la salud en todo el mundo. Se fijan cinco objetivos principales (entre ellos el de mejorar el conocimiento sobre la magnitud de los daños relacionados con el consumo de alcohol y la eficacia de las intervenciones) y 10 esferas de acción (incluidas las de liderazgo, concienciación y compromiso).

Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, OMS

Este informe contiene una lista de “mejores inversiones” sumamente costo-eficaces que se ha demostrado que funcionan para luchar contra las enfermedades no

transmisibles. El alcohol figura entre los cuatro factores conductuales de riesgo más importantes; entre las “mejores inversiones” hay tres medidas reglamentarias concretas: la restricción de las ventas minoristas, la prohibición de ciertos tipos de publicidad y el aumento de los impuestos a las bebidas alcohólicas.

El alcohol: un producto de consumo no ordinario, Oxford

Este libro, cuya primera edición apareció en 2003 y se actualizó en 2010, es una obra trascendental en el campo del consumo de alcohol y la salud pública. En 2004 obtuvo el primer premio en la categoría de salud pública del concurso de libros de temática médica de la Asociación Médica Británica. La OMS prestó un apoyo valioso a los autores en la determinación del contenido.

2011

Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud, OMS (No se publicó en español)

Este informe (*Global Status Report on Alcohol and Health 2011*) es otra actualización de los de 1999 y 2004 y aporta información mundial y comparable sobre el consumo de bebidas alcohólicas, las consecuencias del consumo nocivo de alcohol y las políticas en respuesta a ellos.

Plan regional de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, OPS

Después de la estrategia mundial de 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron el plan regional del 2011 como un marco de acción en la Región de las Américas. Ese plan prioriza los cinco objetivos de la estrategia mundial. Los Estados Miembros han colaborado para incidir en las esferas de acción siempre que ha sido posible, aunque todavía queda mucho por hacer.

2012

Primera reunión regional de la Red Panamericana sobre Alcohol y Salud Pública (PANNAPH), OPS

La PANNAPH se creó en 2011 para aplicar mejor la estrategia mundial en los países de las Américas. En 2012, se dieron cita en la ciudad de México los representantes de 30 países de la Región, junto con otros expertos.

2013

Curso virtual sobre políticas de salud pública en materia de consumo de alcohol y otras sustancias, OPS

Este curso de autoaprendizaje combina los datos probatorios sobre los daños asociados con el consumo de alcohol y proporciona las herramientas necesarias para mitigar las repercusiones a través de las políticas.

Curso virtual sobre el método AUDIT-SBI, OPS

Este curso de autoaprendizaje está diseñado para ayudar a los profesionales de atención primaria a realizar programas de detección de los trastornos debidos al consumo de alcohol y aplicar intervenciones breves.

Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política, OPS

Este libro recopila una serie de estudios realizados en los servicios de urgencias de toda la Región para contar con más datos probatorios sobre la relación entre el alcohol y los traumatismos. Los datos se destinan a fundamentar las intervenciones políticas para reducir los accidentes relacionados con la bebida en las Américas.

2014

Segunda reunión regional de la Red Panamericana sobre Alcohol y Salud Pública (PANNAPH), OPS

En 2014, se reunieron los representantes de 28 países de la Región, así como otros especialistas, en Cartagena, Colombia, para analizar los logros obtenidos desde la reunión anterior de la PANNAPH, reforzar las metas compartidas y debatir nuevas estrategias para reducir los daños relacionados con el consumo de alcohol.

Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud, OMS (No se publicó en español)

Este informe (*Global Status Report on Alcohol and Health 2014*) se trata de la última actualización de los informes mundiales sobre el alcohol. La edición de 2014 constituye la base de la mayoría de la información expuesta en el presente informe de situación regional.

Bibliografía

Las publicaciones citadas solo en inglés no se encuentran disponibles en español.

Advertising Age (AdAge) (2012). *Global Marketers 2011*. In: Advertising Age. New York, NY.

Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira, LG. (2010). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001). AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias (http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf), consultado el 3 de diciembre de 2014).

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel R, Livingston M, Osterberg E, Rehm J, Room R, Rossow I (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Segunda edición*. Society for the Study of Addiction y Organización Mundial de la Salud. Oxford University Press.

Babor TF, Xuan Z (2004). Alcohol policy research and the grey literature: A tale of two surveys. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift (English Supplement)*;21:125-137.

Banco Mundial (2014). Datos de libre acceso del Banco Mundial. (<http://www.bancomundial.org/>, consultado el 2 de diciembre de 2014).

Blas E, Kurup AS (2010). Equity, social determinants and public health programmes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, consultado el 7 de abril de 2014).

Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *American Journal of Preventive Medicine*. 44(2):198. doi: 10.1016/j.amepre.2011.06.045.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Fact Sheets - Underage Drinking. (<http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm>, consultado el 5 de diciembre de 2014).

Center on Alcohol Marketing and Youth (CAMY) (2007). Alcohol Advertising and Youth. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (http://www.camy.org/factsheets/sheets/Alcohol_Advertising_and_Youth.html, consultado el 5 de diciembre de 2014).

Center on Alcohol Marketing and Youth (CAMY) (2012). Women, Girls, and Alcohol. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (http://www.camy.org/factsheets/sheets/Women_Girls_and_Alcohol.html, consultado el 5 de diciembre de 2014).

Chaloupka F (2014). Alcoholic Beverage and Tobacco Product Prices, Relative to CPI, United States, 1953-2013. Consumer Price Indexes (CPI) from U.S. Bureau of Labor Statistics. Washington, DC.

Chan M. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion (10 June 2013). Helsinki, Finland (http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/, consultado el 29 de enero del 2015).

- Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, Monteiro MG, Stockwell T (2013). Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política. Organización Panamericana de la Salud.
- Cherpitel CJ, Yu Y, Bond J, Borges G, Monteiro MG (2014). Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction*. doi : 10.1111/add.12755.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro MG (2004). Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: A Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 65 (6): 791-2.
- Cook PJ (2007). *Paying the Tab: The Costs and Benefits of Alcohol Control*. Princeton University Press.
- Daley JI, Stahre MA, Chaloupka FJ, Naimi TS (2012). The Impact of a 25 Cent-Per-Drink Alcohol Tax Increase: Who Pays the Tab? *American Journal of Preventive Medicine*, 42(4), 382-389. doi:10.1016/j.amepre.2011.12.008.
- Drabble L, Midanik LT, Trocki K (2005). Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual, and heterosexual respondents: Results from the 2000 National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66:111-120.
- Foster SE, Vaughan RD, Foster WH, Califano JAJ (2003). Alcohol consumption and expenditures for underage drinking and adult excessive drinking. *JamaicaA*. 2003 Feb 26;289(8):989-95.
- Foster SE, Vaughan RD, Foster WH, Califano JAJ (2006). Estimate of the commercial value of underage drinking and adult abusive and dependent drinking to the alcohol industry. *Arch Pediatr Adolesc Med*;160(5):473-478.
- Freudenberg N (2014). *Lethal But Legal: Corporations, Consumption, and Protecting Public Health*. Oxford University Press.
- Gawryszewski VP and Monteiro MG (2014). Mortality from diseases, conditions, and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-2009. *Addiction*. 109. doi: 10.1111/add.12418.
- Graham K, Bernards S, Munné M, Wilsnack SC, editors (2008). *El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2013a). *Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Risk Factor 1990-2010 - Country Level*. Seattle (<http://ghdx.healthdata.org/>, consultado el 1 de diciembre de 2014).
- International Wine & Spirit Research (IWSR) (2010). *Forecast Report 2014-2019*. (referenced at <http://www.thespiritsbusiness.com/2013/10/brazilians-swap-cachaca-for-vodka/>, consultado el 2 de diciembre de 2014).
- International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA) (2014). *Indigenous Peoples in Latin America - a general overview*. (<http://www.iwgia.org/regions/latin-america/indigenous-peoples-in-latin-america>, consultado el 5 de diciembre de 2014).
- Jernigan D (2008). *Center on Alcohol Marketing and Youth*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. http://www.camy.org/factsheets/sheets/Alcohol_Advertising_and_Youth.html
- Kleiman MAR, Caulkins JP, Hawken A (2011). *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*. Oxford University Press.
- Laslett AM, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M, Mugavin J (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*. 106:1603-11. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x.
- M. Shanken Communications (2012). *The Global Drinks Market: Impact Databank Review and Forecast, 2011 Edition*. New York, NY.

Marsden Jacob Associates (2012). Bingeing, collateral damage and the benefits and costs of taxing alcohol rationally. Report prepared for the Foundation for Alcohol Research and Education.

National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) (2012). Traffic Safety Facts 2012 (DOT HS 812 032). U.S. Department of Transportation, Washington, DC.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2013). Las mujeres y el alcohol. (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/women.htm>, consultado el 9 de abril del 2015).

National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking; Bonnie RJ, O'Connell ME, editors (2004). Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. National Academies Press (US). 3, Consequences of Underage Drinking. Washington, DC (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK37591/>, consultado el 27 de enero del 2015).

Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP) (2005). Drinking in America: Myths, Realities, and Prevention Policy. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Washington, DC (http://www.udetc.org/documents/Drinking_in_America.pdf, consultado el 6 de diciembre de 2014).

Organización de los Estados Americanos (OEA) (2014). Observatorio de Seguridad Ciudadana de la OEA: Repositorio de Datos. (<http://www.oas.org/dsp/Observatorio/database/indicators.aspx?lang=es>, consultado el 2 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010a). WHO Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10th Revision. Ginebra. (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>, consultado el 2 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010b). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol

2010. Ginebra (http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf?ua=1, consultado el 5 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011a). Indicator and Measurement Registry version 1.7.0. Ginebra (<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>, consultado el 2 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013a). Encuesta Mundial de Salud a Escolares (Global School-Based Student Health Survey) (GSHS) 2013 Core Questionnaire Modules. Ginebra (http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Core_Modules_2013_English.pdf?ua=1, consultado el 5 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013b). Lesiones causadas por el tránsito. Nota descriptiva N°358. Ginebra (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es>, consultado el 6 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Conceptual causal model of alcohol consumption and health outcomes. Global status report on alcohol and health 2014. Basado en Rehm et al., 2010 y Blas et al., 2010. Ginebra (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en, consultado el 10 de diciembre de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Thai Health Promotion Foundation (OMS-ThaiHealth) (2012). Master Protocol: The Harm to Others from Drinking. Internal document approved by WHO Research Ethics Committee 14 June 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Región de Asia Sudoriental (Western Pacific Region) (WPRO) (2006). Enforcement of public health legislation. Manila (<http://www.wpro.who.int/publications/docs/enfPublicHltLeg.pdf>, consultado el 5 de diciembre de 2014).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas. Washington D.C. (<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AlcoholSaludIndigena06.pdf>, consultado el 28 de enero del 2015).

- Ortiz I and Cummins M (2011). Global Inequality: Beyond the Bottom Billion. A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries. UNicaraguaEF Social and Economic Policy Working Paper. (http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Global_Inequality_REVISSED_-_5_July.pdf, consultado el 5 de diciembre de 2014).
- Pedrero MM, Oyarce AM (2011). Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Pierce G and Toxqui A (2014). Alcohol in Latin America: A Social and Cultural History. The University of Arizona Press.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 373(9682): 2223-33. doi:10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. (2010a). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*. 105:817-43. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
- Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, Medina Mora ME, Monteiro MG, Parry C, Partanen J, Riley L, Saxena S (2002). El alcohol y los países en desarrollo: una perspectiva de salud pública. Fondo de Cultura Económica y Organización Mundial de la Salud.
- Room R (2004). Thinking about how social inequalities relate to alcohol and drug use and problems. Prepared for presentation at the 1st International Summer School on Inequalities and Addictions, at the National Centre for Education and Training in Addictions, 25-27 February 2004, Adelaide, South Australia. (<http://www.robinroom.net/inequal.htm>, consultado el 2 de diciembre de 2014).
- Sánchez AI, Villaveces A, Krafty RT, Park T, Weiss HB, Fabio A, Puyana JC, Gutiérrez MI (2011). Policies for alcohol restriction and their association with interpersonal violence: a time-series analysis of homicides in Cali, Colombia. *International Journal of Epidemiology* 2011;40(4):1037-1046. doi:10.1093/ije/dyr051.
- Sealey K (2013). Health in the post 2015 development agenda. Statement for Permanent Forum on Indigenous Issues, Twelfth Session, 29 May 2013, New York. (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22040&Itemid=&lang=en consultado el 2 de diciembre de 2014).
- Skar M (2014). OPEN LETTER RE: Alcohol Advertising in Formula One: An Irresponsible Message. European Alcohol Policy Alliance. Brussels (http://www.eurocare.org/jean_todt_president_formula_one, consultado el 6 de diciembre de 2014).
- Sousa T, Lunnen JK, Gonçalves V, Schmitz A, Pasa G, Bastos T, Sripad P, Chandran A, Pechansky F (2013). Challenges associated with drink driving measurement: combining police and self-reported data to estimate an accurate prevalence in Brazil. *Injury*; 44(4):S11-S16. doi:10.1016/S0020-1383(13)70207-9.
- Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y (2006). Effects of Alcohol Advertising Exposure on Drinking Among Youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 160: 18-24.
- Stockwell T, Auld MC, Zhao JH, Martin G. (2012a). Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, 107(5): 912-20.
- Stockwell T, Zhao J, Giesbrecht N, Macdonald S, Thomas G, Wettlaufer A. (2012b). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *American Journal of Public Health*, 102(12): e103-10.
- Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, Ponicki W, Tu A, Buxton J (2013). Minimum Alcohol Prices and Outlet Densities in British Columbia, Canada: Estimated Impacts on Alcohol-

- Attributable Hospital Admissions. *American Journal of Public Health*;103(11):2014–2020. doi:10.2105/AJPH.2013.301289.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2011). Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (<http://archive.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10nsduh/2k10results.htm>, consultado el 2 de diciembre de 2014).
- United Nations Development Programme (UNDP) (2014). Inequality-adjusted Human Development Index (IHDI). (<http://hdr.undp.org/en/content/inequality-adjusted-human-development-index-ihdi>, consultado el 2 de diciembre de 2014).
- Vendrame A, Pinsky I, Souza e Silva R, Babor T (2010). Assessment of Self-Regulatory Code Violations in Brazilian Television Beer Advertisements. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*;71(3):445-451.
- Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009 Feb;104(2):179-90. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.
- Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA (2010). Effects of Alcohol Tax and Price Policies on Morbidity and Mortality: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2270–2278. doi:10.2105/AJPH.2009.186007.
- Walters K. (2013). Alcohol consumption screening of newly-registered patients in primary care: a cross-sectional analysis. *The British Journal of General Practice*, 63(615), e706–e712. doi:10.3399/bjgp13X673720.
- Xuan Z, Chaloupka FJ, Blanchette J, Nguyen T, Heeren T, Nelson TF, Naimi TS (2014). The Relationship between Alcohol Taxes and Binge Drinking: Evaluating New Tax Measures Incorporating Multiple Tax and Beverage Types. *Addiction*. doi: 10.1111/add.128.
- Zhao J, Stockwell T, Martin G, Macdonald S, Valance K, Treno A, Ponick, W, Tu A, Buxton J (2013). The relationship between changes to minimum alcohol price, outlet densities and alcohol-related death in British Columbia, 2002–2009. *Addiction*. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12139/pdf>, consultado el 5 de enero del 2015).
- Zhang C; Monteiro M (2013). Tactics and practices of the alcohol industry in Latin America: What can policy makers do?. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, doi: <http://dx.doi.org/10.7895/ijadr.v2i2.95>.



Glosario

A continuación se definen los términos más importantes que se utilizan en este informe. La mayoría de los términos también están definidos en el depósito de datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2011a).

Abstemio de toda la vida: Persona que jamás ha consumido ni una sola bebida alcohólica estándar. Los abstemios de toda la vida pueden sufrir daños indirectos asociados con el alcohol (como, por ejemplo, las consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales del consumo de quienes los rodean).

Abstemios actuales: Proporción de habitantes de una población que no han consumido ni una bebida alcohólica estándar en los últimos 12 meses, aunque antes sí hubiesen tomado alcohol. Este índice incluye tanto a los abstemios de toda la vida como a los antiguos consumidores.

Alcohol de sustitución: Líquidos (en general con contenido de etanol) que no están pensados para la ingestión humana, como los colutorios orales o el alcohol de desinfectar.

Antecedentes de consumo de alcohol: Situación de una persona o una población relativa al consumo de alcohol a lo largo de su vida o en el último año. (Véase abstemios actuales, consumidores actuales, antiguos consumidores, abstemios de toda la vida).

Antiguos consumidores: Proporción de habitantes de una población que no ha consumido ni una bebida alcohólica estándar en los últimos 12 meses, pero que sí han consumido al menos una en algún otro momento de su vida. Este grupo suele comprender a las personas que han dejado de beber por la gravedad de los efectos que han sufrido como consecuencia del alcohol.

Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD): Los AVAD atribuibles al alcohol se calculan como la suma de los años de vida perdidos y los años perdidos por discapacidad debida al consumo de alcohol. Así, un AVAD puede considerarse un año

“de vida sana” perdido. La suma de los AVAD de toda la población, o sea la carga de morbilidad, puede verse como una medida de la diferencia entre el estado de salud real y una situación sanitaria ideal en la que toda la población alcanza una edad avanzada sin sufrir enfermedad ni discapacidad.

APC no registrado: Cálculo de todo el alcohol del que no se tiene constancia con los métodos empleados para cuantificar el consumo de alcohol registrado. El mercado del alcohol no registrado queda fuera del sistema formal de control estatal, por ejemplo los alcoholes elaborados en los hogares o informalmente (ya sea dentro o fuera de la legalidad), el alcohol de contrabando y los alcoholes de sustitución (que no están pensados para la ingestión humana) o el alcohol adquirido fuera del territorio nacional.

APC registrado: Consumo registrado a partir de los datos de producción, importación, exportación y comercialización.

Bebida más consumida: (Véase tipo de bebida).

Conducción en estado de ebriedad: Delito consistente en conducir un vehículo con una concentración de alcohol en la sangre por encima del límite establecido en la legislación. En los Estados Unidos se utilizan distintos términos jurídicos para hablar de este delito, como driving under the influence (DUI) o driving while intoxicated, en función de las leyes más antiguas.

Consumidores actuales: Proporción de habitantes de una población que han consumido al menos una bebida alcohólica estándar en los últimos 12 meses. Este índice es valioso porque la inclusión de los abstemios de toda la vida y los antiguos consumidores en los cálculos de consumo puede sesgar los datos.

Consumo de alcohol per cápita (APC): Litros de alcohol puro ingerido por persona al año, generalmente como proporción de la población mayor de 15 años (véase APC registrado y APC no registrado).

Edad de inicio en el consumo de alcohol: Edad en la que se consume por primera vez al menos una bebida alcohólica estándar (generalmente, 12 g de alcohol puro).

Episodios de consumo excesivo de alcohol (ECE): Proporción de habitantes de una población que han consumido al menos 60 g de alcohol puro (unas 5 copas estándar) al menos en una ocasión en los últimos 30 días. Este índice suele concretarse más al sustraer a todos los abstemios (abstemios actuales) para obtener una noción más clara de la proporción de consumidores que corren mayor riesgo de sufrir los daños que causa el alcohol. En función del país o de los estudios, se usan otras definiciones de ECE.

Fracciones atribuibles al alcohol: Proporción de una consecuencia para la salud (por ejemplo, la defunción o un traumatismo) provocada por el alcohol (dicho de otro modo: la proporción de esa consecuencia que no se habría producido si toda la población no hubiese consumido nunca alcohol).

Impuesto especial: Impuesto que grava un producto concreto, como el alcohol.

Modelo causal conceptual: Ilustra la relación entre el consumo y otros factores y sus consecuencias.

Morbilidad: Medida de enfermedad que no tiene en cuenta la muerte. La morbilidad atribuible al alcohol comprende diversos trastornos provocados o exacerbados por el consumo de alcohol. Los índices de morbilidad en general corresponden al número de personas que padecen dichos trastornos y a la repercusión que tienen esos trastornos en la discapacidad y el estado funcional (véase prevalencia del consumo perjudicial, prevalencia del alcoholismo, prevalencia de los trastornos debidos al consumo de alcohol).

Mortalidad atribuible al alcohol: Número de defunciones que no se habrían producido si toda la población no hubiese consumido nunca alcohol.

Mortalidad: Número de muertes en una población determinada y durante un período determinado (véase mortalidad atribuible al alcohol, puntuación de años de vida perdidos).

Prevalencia de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Proporción de la población que sufre los trastornos atribuibles al consumo de alcohol. Los trastornos debidos al consumo de alcohol comprenden tanto el alcoholismo como el consumo perjudicial. Es la

medida más aceptada de mortalidad atribuible al alcohol (defunciones).

Prevalencia del alcoholismo: Proporción de la población con alcoholismo diagnosticado. Por alcoholismo, dependencia del alcohol o adicción ética se entiende una serie de procesos conductuales, psíquicos y físicos que se desarrollan como consecuencia del consumo continuo. Los síntomas comprenden la incapacidad de controlar la ingestión de alcohol, el consumo continuo de alcohol a pesar de las consecuencias perjudiciales, el aumento de la tolerancia y los efectos de la abstinencia. También se utilizan los términos enolismo y etilismo (WHO, 2010).

Prevalencia del consumo perjudicial: Proporción de habitantes de una población a quienes se ha diagnosticado un consumo nocivo o perjudicial de alcohol. Por consumo perjudicial de alcohol se entiende una pauta de consumo que afecta a la salud física o psíquica del consumidor (OMS, 2010).

Puntuación de años de vida perdidos (AVP): Los AVP se calculan multiplicando el número de defunciones por la esperanza de vida a la edad en que sobreviene la muerte. Los años de vida perdidos (AVP) tienen en cuenta la edad en la que se producen las defunciones al ponderar más las defunciones a edades más tempranas y menos las defunciones a edades más avanzadas. La puntuación de AVP en este informe se ha calculado segregando la razón de AVP de cada país en quintiles y calificándolos de 1 a 5: los países con una puntuación de 1 tienen la razón de AVP más baja y aquellos con un 5 tienen la razón de AVP más alta.

Puntuación de los patrones de consumo: Índice que se utiliza para evaluar la carga de morbilidad atribuible al alcohol en un país, consistente en una escala que va del 1 (patrón menos peligroso) al 5 (patrón más peligroso). Se fundamenta en dimensiones como la frecuencia y la cantidad ingerida, las veces que se consume en exceso, el consumo en los lugares públicos y el consumo con las comidas.

Tipo de bebida: Para calcular cuál es la bebida más consumida en un país, los investigadores analizan los porcentajes de APC que corresponden al vino, la cerveza, los licores y otras bebidas (incluidas algunas bebidas tradicionales y el alcohol producido para usos distintos del consumo humano, como el etanol comercial).



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS **Américas**

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
www.paho.org

