



Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018

RESUMEN



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018

RESUMEN



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen
OPS/NMH/19-012

© Organización Panamericana de la Salud 2019

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

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. (OPS/NMH/19-012). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

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

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

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

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

ÍNDICE

1. REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL: UN FACTOR CLAVE EN EL DESARROLLO SOSTENIBLE	1
2. ESTRATEGIAS, PLANES DE ACCIÓN Y MARCOS DE SEGUIMIENTO A NIVEL MUNDIAL.....	2
3. CONSUMO DE ALCOHOL	4
4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	8
5. POLÍTICA E INTERVENCIONES EN MATERIA DE ALCOHOL.....	11
6. REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL: UN IMPERATIVO DE SALUD PÚBLICA.....	15

CAPÍTULO 1. REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL: UN FACTOR CLAVE EN EL DESARROLLO SOSTENIBLE

- El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las de la salud maternoinfantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. La producción y el consumo de alcohol están estrechamente relacionados con otros muchos objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El consumo de alcohol por habitante en un año civil en litros de alcohol puro es uno de los dos indicadores de la meta de salud 3.5 (“Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Recuadro 1. Metas de salud 3.3, 3.4, 3.5 y 3.6 del ODS 3

Metas de salud del ODS		Indicadores para metas de salud de ODS	
3.3	De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	3.3.1	Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población.
		3.3.2	Incidencia de la tuberculosis por cada 1000 habitantes.
		3.3.3	Incidencia de la malaria por cada 1000 habitantes.
		3.3.4	Incidencia de hepatitis B por cada 100 000 habitantes.
		3.3.5	Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas.
3.4	De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.	3.4.1	Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.
		3.4.2	Tasa de mortalidad por suicidio.
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.	3.5.1	Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas.
		3.5.2	Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro.
3.6	De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.	3.6.1	Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico.

- Con frecuencia, el alcohol acentúa las desigualdades entre los países y dentro de ellos, lo que dificulta el logro del ODS 10, en el que se pretende lograr una reducción de las desigualdades. Los daños que una determinada cantidad de alcohol causa son mayores en los bebedores más pobres y sus familias que en aquellos más ricos. Este patrón de mayor “daño por litro” se encuentra en muchos otros daños causados por el alcohol.
- El desarrollo económico de una sociedad más pobre a una más rica podría a largo plazo mitigar los daños relacionados con el alcohol, pero puede provocar con mayor rapidez un aumento en el consumo de alcohol y los daños relacionados dado que aumenta la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Las medidas eficaces de control del alcohol en aras de la salud pública son especialmente importantes cuando se está produciendo un desarrollo económico rápido.
- El alcohol a menudo se consume antes, junto con o después de otras sustancias psicoactivas. La comorbilidad de la dependencia del alcohol y el tabaco es elevada y está bien documentada. Las políticas, estrategias e intervenciones de salud pública deben tener en cuenta la frecuente asociación del consumo de alcohol con el de otras sustancias psicoactivas, en particular con los opioides y las benzodiazepinas, en la prevención de las muertes por sobredosis, y con el cannabis, en la seguridad vial.

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS, PLANES DE ACCIÓN Y MARCOS DE SEGUIMIENTO A NIVEL MUNDIAL

- El consumo nocivo de alcohol se menciona en numerosas estrategias y planes de acción mundiales, pero la Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol, de la OMS, sigue siendo el documento de política internacional más completo que proporciona orientación a todos los niveles sobre la reducción del consumo perjudicial de bebidas alcohólicas.
- Tras la elaboración y ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el alcohol sigue siendo la única sustancia psicoactiva y generadora de dependencia con un impacto mundial significativo en la salud poblacional que no está controlada a nivel internacional por marcos normativos jurídicamente vinculantes.
- La actualización de la evidencia sobre costo-efectividad de las opciones de política e intervenciones emprendidas en el contexto de una actualización del apéndice 3 del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles dio lugar a un nuevo conjunto de medidas facilitadoras que se recomiendan para reducir el consumo nocivo de alcohol. Entre las acciones más costo-efectivas, o las “mejores inversiones”, están el aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, la formulación y aplicación de prohibiciones o restricciones totales a la exposición a la publicidad del alcohol en múltiples tipos de medios de comunicación, y la formulación y aplicación de restricciones a la disponibilidad de alcohol vendido al por menor.

Recuadro 2. Medidas generales y facilitadoras, “mejores inversiones” y otras intervenciones recomendadas para reducir el consumo nocivo de alcohol

Medidas generales y facilitadoras para reducir el consumo nocivo de alcohol

- Aplicar la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol mediante acciones multisectoriales en las esferas de acción recomendadas.
- Fortalecer el liderazgo y aumentar el compromiso y la capacidad para abordar el consumo nocivo de alcohol.
- Aumentar la sensibilización y reforzar la base de conocimientos sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el consumo nocivo de alcohol mediante programas de sensibilización, investigación operativa y mejores sistemas de seguimiento y vigilancia.

“Mejores inversiones”

- Aumentar los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas.
- Formular y aplicar una prohibición o restricción total de la publicidad del alcohol (en múltiples tipos de medios de comunicación).
- Adoptar y hacer que se apliquen restricciones a la disponibilidad física de bebidas alcohólicas vendidas al por menor (reduciendo los horarios de venta).

Intervenciones eficaces

- Promulgar y hacer cumplir las leyes sobre la conducción bajo los efectos del alcohol y los límites de concentración de alcohol en la sangre mediante puntos de control de la alcoholemia.
- Proporcionar intervenciones psicosociales breves para las personas cuyo consumo de bebidas alcohólicas resulta perjudicial o peligroso.

Otras intervenciones recomendadas

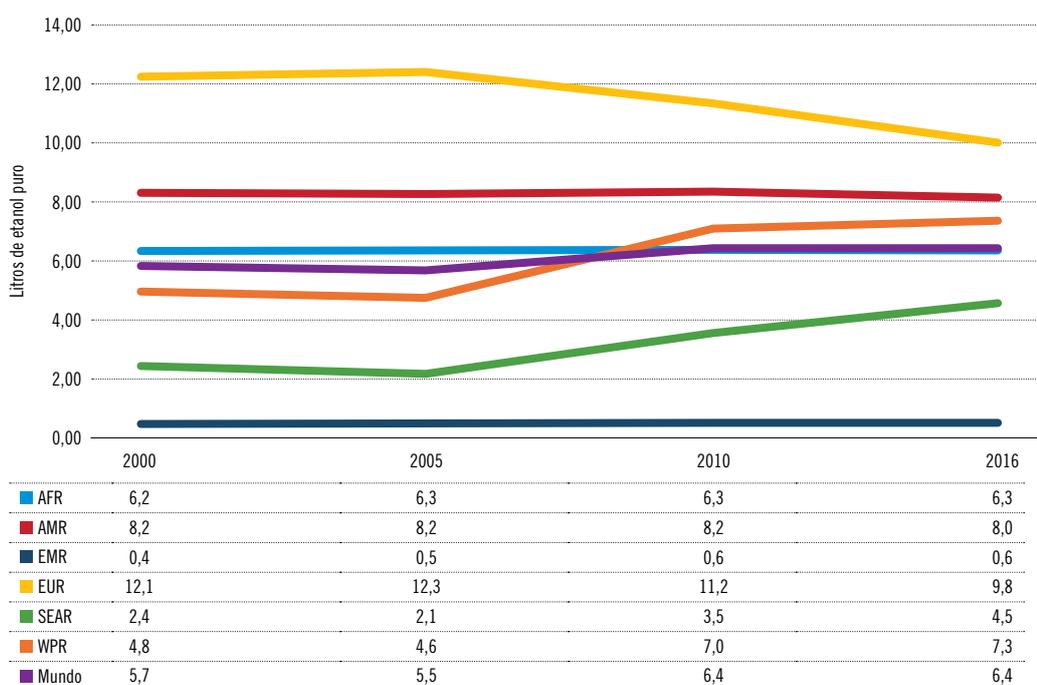
- Llevar a cabo revisiones periódicas de los precios en función de la inflación y de los ingresos.
- Fijar precios mínimos para el alcohol, cuando proceda.
- Establecer una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y reducir la densidad de los puntos de venta al por menor.
- Restringir o prohibir las promociones de bebidas alcohólicas en relación con los patrocinios y las actividades dirigidas a los jóvenes.
- Ofrecer prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las comorbilidades en los servicios de salud y sociales.

- La evidencia cada vez mayor de que el consumo nocivo de alcohol contribuye a la carga de las enfermedades infecciosas como la infección por el VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual todavía no se ha reconocido y abordado suficientemente en las estrategias y planes de acción mundiales pertinentes.
- Ha habido un aumento considerable de la demanda de información mundial sobre el consumo de alcohol, los daños atribuibles al alcohol y las respuestas de política correspondientes. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud de la OMS es un repositorio mundial de todos los indicadores clave relacionados con el alcohol incluidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en los marcos mundiales de vigilancia de las enfermedades no transmisibles (ENT).
- Los sistemas de seguimiento y vigilancia del alcohol y la salud pública deben abarcar tres ámbitos generales de indicadores clave, a saber: los relativos al consumo de alcohol, las consecuencias sociales y de salud, y las respuestas programáticas y de política. La comparabilidad internacional de los datos generados por los países es esencial para el seguimiento mundial. La evaluación y el seguimiento del consumo de alcohol no registrado sigue siendo un reto para los sistemas nacionales de seguimiento.

CAPÍTULO 3. CONSUMO DE ALCOHOL

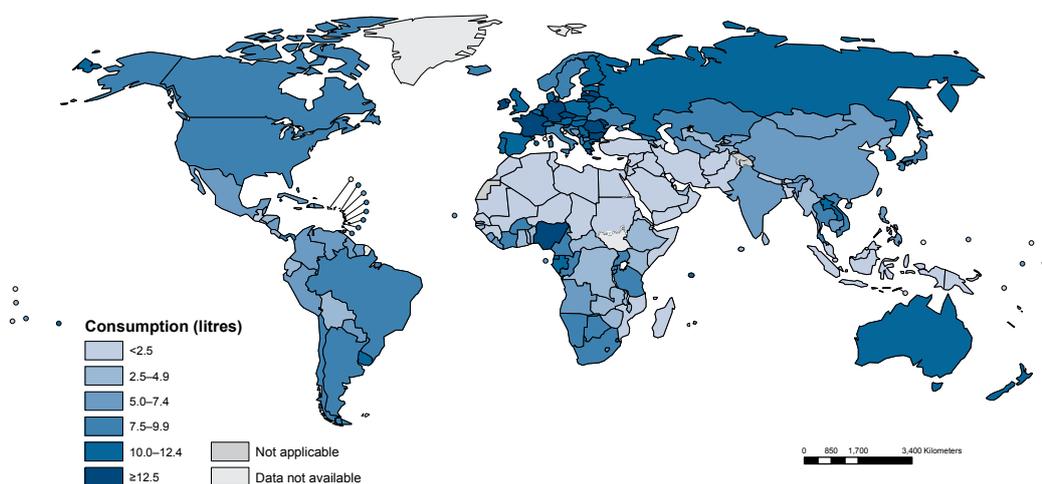
- En el 2016, más de la mitad (57% o 3 100 millones de personas) de la población mundial de 15 años o más se había abstenido de consumir alcohol en los 12 meses anteriores. Alrededor de 2 300 millones de personas son consumidores actuales. Más de la mitad de la población consume alcohol en solo tres regiones de la OMS (Américas, Europa y Pacífico Occidental).
- En las regiones de África (AFR), las Américas (AMR), el Mediterráneo Oriental (EMR) y Europa (EUR), el porcentaje de bebedores ha disminuido desde el año 2000. Sin embargo, aumentó en la Región del Pacífico Occidental (WPR) de 51,5% en el 2000 a 53,8% en la actualidad, y se ha mantenido estable en la Región de Asia Sudoriental (SEAR).
- El consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de más de 15 años aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6,4 litros en el 2010, y se mantuvo en el nivel de 6,4 litros en el 2016. Los niveles más altos de consumo de alcohol por habitante se observan en países de la Región de Europa de la OMS.

Figura 1. Tendencias del consumo total de alcohol por habitante (15 años de edad o más) en litros de alcohol puro en las regiones de la OMS, 2000-2016



- Si bien en la Región de África, la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS el consumo de alcohol por habitante permaneció bastante estable, en la Región de Europa disminuyó de 12,3 litros en el 2005 a 9,8 litros en el 2016. El aumento del consumo de alcohol por habitante se observa en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental.

Figura 2. Consumo total de alcohol por habitante (15 años de edad o más; en litros de alcohol puro), 2016



- Los bebedores consumen por término medio 32,8 gramos de alcohol puro al día, cifra que es de aproximadamente 20% más (40,0 g/día) en la Región de África y cerca de 20% menos (26,3 g/día) en la Región de Asia Sudoriental. Los bebedores han aumentado su consumo de alcohol desde el año 2000 en casi todas las regiones de la OMS, excepto en la Región de Europa.
- Una cuarta parte (25,5%) de todo el alcohol que se consume en el mundo se presenta en forma de alcohol no registrado, es decir, alcohol que no se contabiliza en las estadísticas oficiales sobre los impuestos o las ventas de alcohol, ya que generalmente se produce, distribuye y vende fuera de los canales formales que están bajo control gubernamental.
- En todo el mundo, 44,8% del total de alcohol registrado se consume en forma de licores y aguardientes (también conocidos como bebidas espirituosas o bebidas blancas). El segundo tipo de bebida más consumida es la cerveza (34,3%), seguida del vino (11,7%). En el mundo solo ha habido pequeños cambios en las preferencias de bebidas desde el 2010. Los mayores cambios se produjeron en Europa, donde la proporción del consumo total registrado de licores y aguardientes disminuyó un 3% mientras que la del vino y la cerveza aumentó.

- La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol (definido como 60 gramos o más de alcohol puro en al menos una ocasión al mes) ha disminuido a nivel mundial de 22,6% en el 2000 a 18,2% en el 2016 en el total de la población, pero sigue siendo alta entre los bebedores, en particular en partes de Europa del Este y en algunos países del África subsahariana (más del 60% entre los bebedores).

Cuadro 1. Consumo total de alcohol por habitante (en litros de alcohol puro) y prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol (en %) en la población total de 15 años o más y en los bebedores (de 15 años o más) por región de la OMS y en el mundo, 2016.

Región de la OMS	En la población total (15 años o más)		En bebedores (15 años o más)		Número de bebedores con ECEA (en miles)
	CAH total	Prevalencia de ECEA (%)	ECEA total	Prevalencia de ECEA (%)	
AFR	6,3	17,4	18,4	50,2	100 881
AMR	8,0	21,3	15,1	40,5	163 853
EMR	0,6	0,5	21,2	10,4	2 262
EUR	9,8	26,4	17,2	42,6	197 913
SEAR	4,5	13,9	12,1	40,7	195 746
WPR	7,3	21,9	13,8	40,6	332 368
Mundo	6,4	18,2	15,1	39,5	993 023

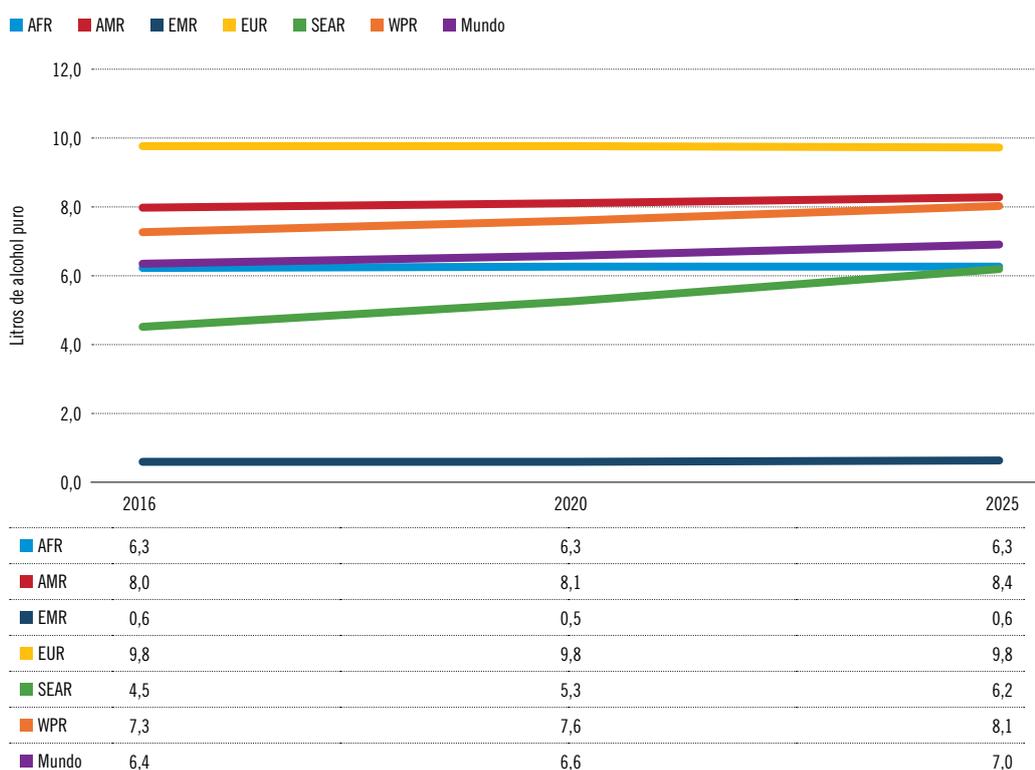
CAH: consumo de alcohol por habitante

ECEA: episodio de consumo excesivo de alcohol

- En todo el mundo, más de la cuarta parte (26,5%) de todos los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores, lo que representa 155 millones de adolescentes. Las tasas de prevalencia del consumo de alcohol son más altas en los jóvenes de 15 a 19 años en la Región de Europa de la OMS (43,8%), seguidas por las de la Región de las Américas (38,2%) y la Región del Pacífico Occidental (37,9%).
- Los resultados de las encuestas escolares indican que en muchos países de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años y la prevalencia de este consumo en los estudiantes de 15 años puede oscilar entre 50 y 70%, con diferencias sorprendentemente pequeñas entre muchachos y muchachas.
- En todo el mundo y en todas las regiones de la OMS, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es inferior en los adolescentes (de 15 a 19 años) que en la población total, pero alcanza su punto máximo a la edad de 20 a 24 años, momento en el que es mayor que en la población total. Salvo en la Región del Mediterráneo Oriental, todas las tasas de prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol en los bebedores de 15 a 24 años son más altas que en la población total. Los jóvenes de 15 a 24 años, cuando son bebedores, a menudo beben en sesiones de consumo excesivo. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres.
- En todas las regiones de la OMS, hay menos mujeres que sean consumidoras actuales que hombres; y cuando lo son, beben menos que los hombres. En todo el mundo, la prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres disminuyó en la mayoría de las regiones del mundo, excepto en las de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, pero el número absoluto de mujeres que beben actualmente ha aumentado en el mundo.

- La riqueza económica de los países se asocia con un mayor consumo de alcohol y una mayor prevalencia de bebedores en todas las regiones de la OMS. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol en los bebedores es bastante similar en la mayoría de las regiones de la OMS en el caso de los países de ingresos más altos y más bajos, excepto en la Región de África, donde es mayor en los países de ingresos más bajos en comparación con los países de ingresos más altos, y en la Región de Europa, donde, por el contrario, dicha prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es menor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos.
- Se prevé que para el 2025 el consumo total de alcohol por habitante en personas de 15 años o más aumente en las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Es poco probable que esto se vea compensado por una disminución importante del consumo en las demás regiones. Como resultado, el consumo total de alcohol por habitante en el mundo puede ascender a 6,6 litros en el 2020 y 7,0 litros en el 2025, a menos que se detengan e inviertan las tendencias ascendentes previstas en el consumo de alcohol en la Región de las Américas y en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.

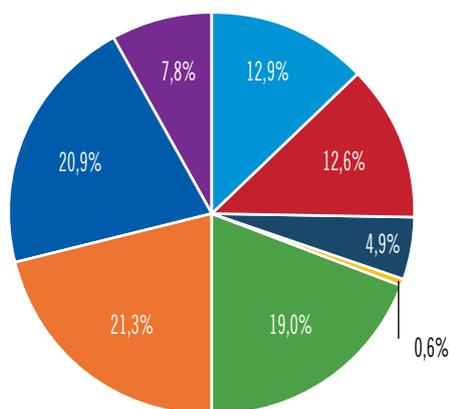
Figura 3. Proyecciones del consumo total de alcohol por habitante (15 años de edad o más) en litros de alcohol puro por región de la OMS, 2016–2025



CAPÍTULO 4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

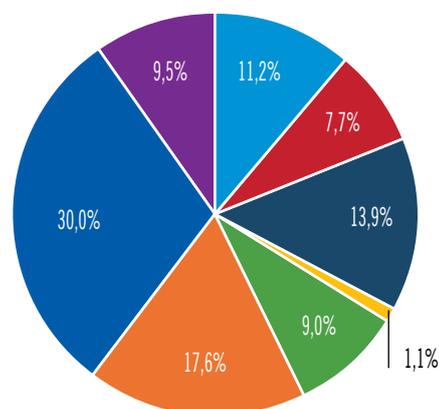
- En el 2016, el consumo nocivo de alcohol causó unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir, el 5,1% de todos los AVAD de ese año. La mortalidad resultante del consumo de alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la diabetes. Se estima que en el 2016 unos 2,3 millones de muertes y 106,5 millones de AVAD en los hombres se atribuyen al consumo de bebidas alcohólicas. Sin embargo, las mujeres presentaron 0,7 millones de muertes y 26,1 millones de AVAD atribuibles al consumo de alcohol.
- La carga de enfermedad y los traumatismos atribuibles al alcohol, estandarizadas por la edad, fueron más elevadas en la Región de África de la OMS, mientras que los porcentajes de todas las muertes y AVAD atribuibles al consumo de alcohol fueron más altos en la Región de Europa de la OMS (10,1% de todas las muertes y 10,8% de todos los AVAD), seguido de la Región de las Américas (5,5% de las muertes y 6,7% de los AVAD).
- En el 2016, de todas las muertes atribuibles al consumo de alcohol en todo el mundo, el 28,7% se debió a traumatismos, el 21,3% a enfermedades digestivas, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el 12,9% a enfermedades infecciosas y el 12,6% a cánceres. Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al alcohol se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental, y cerca del 40% se deben a traumatismos.

Figura 4. Porcentaje (%) de muertes atribuibles al alcohol, como porcentaje de todas las muertes atribuibles al alcohol, por categoría general de enfermedades, 2016



Total neto= 3,0 millones de muertes

Figura 5. Distribución de la carga de enfermedad atribuible al alcohol, como porcentaje (%) del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol, por categoría general de enfermedades, 2016



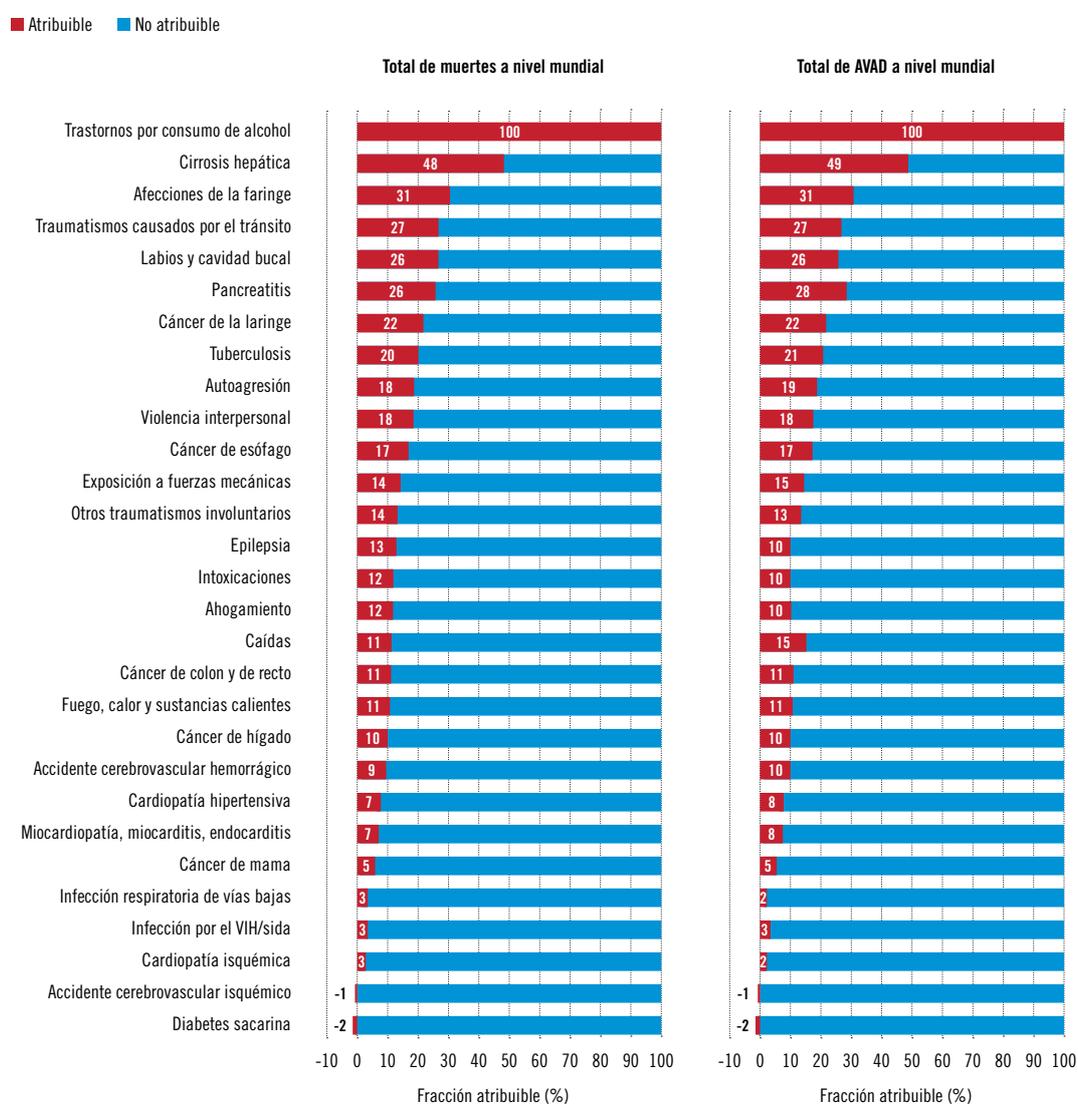
Total neto= 133 millones de AVAD

■ Enfermedades infecciosas ■ Neoplasias malignas ■ Trastornos por consumo de alcohol ■ Epilepsia ■ Enfermedades cardiovasculares y diabetes
 ■ Enfermedades digestivas ■ Traumatismos no intencionales ■ Traumatismos intencionales

- En todo el mundo, el alcohol fue la causa del 7,2% de la mortalidad prematura (en las personas de 69 años y menores) en el 2016. Las personas más jóvenes se vieron desproporcionadamente afectadas por el alcohol en comparación con las personas mayores, y el 13,5% de las muertes de quienes se encuentran entre los 20 y los 39 años se atribuyen al alcohol.

- El alcohol causó 0,4 millones de muertes de los 11 millones que se produjeron en todo el mundo en el 2016 como consecuencia de enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales, lo que representa el 3,5% de estas muertes.
- El consumo nocivo de alcohol causó aproximadamente 1,7 millones de muertes por enfermedades no transmisibles en el 2016, incluidos los aproximadamente 1,2 millones de muertes por enfermedades digestivas y cardiovasculares (0,6 millones de cada una de ellas) y 0,4 millones de muertes por cáncer. A nivel mundial, se estima que un millón de muertes por traumatismos fueron atribuibles al alcohol, lo que incluye alrededor de 370 000 muertes por traumatismos causados por el tránsito, 150 000 por autoagresión y cerca de 90 000 por violencia interpersonal. De los traumatismos causados por el tránsito, 187 000 muertes atribuibles al alcohol se produjeron en personas distintas de los conductores.

Figura 6. Fracciones atribuibles al alcohol (FAA) en determinadas causas de muerte, enfermedades y traumatismos, 2016

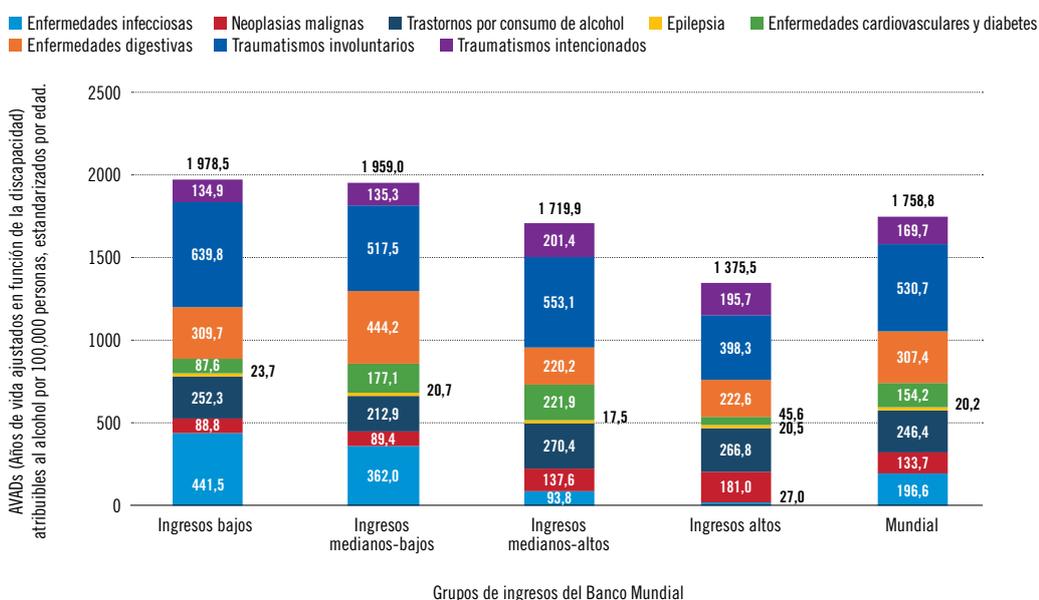


AVAD = año de vida ajustado en función de la discapacidad

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

- En el 2016, los principales factores que contribuyeron a la carga de mortalidad y AVAD atribuibles al alcohol en los hombres fueron los traumatismos, las enfermedades digestivas y los trastornos por el consumo de alcohol, mientras que en las mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades digestivas y los traumatismos.
- Hay diferencias importantes entre los sexos en cuanto a la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol en los últimos 12 meses. A nivel mundial, se calcula que unos 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol, y la prevalencia más alta de estos trastornos en hombres y mujeres se encuentra en la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%). Los trastornos por consumo de alcohol son más frecuentes en los países de ingresos altos.
- En el 2016, la carga de enfermedad atribuible al alcohol fue más elevada en los países de ingresos bajos y en los de ingresos medianos-bajos en comparación con los países de ingresos medianos-altos y de ingresos altos.

Figura 7. Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol, por ingresos del país y a nivel mundial, 2016



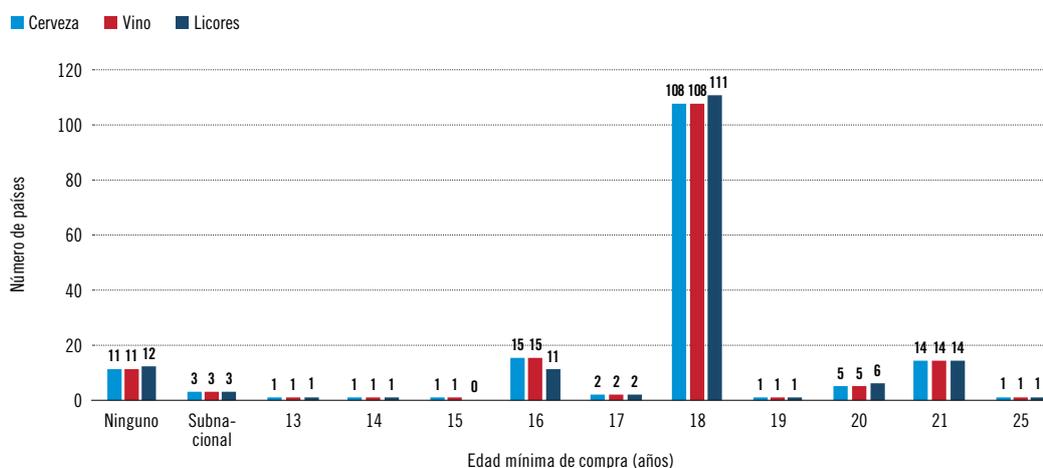
- La proporción de muertes atribuibles al alcohol del total de las muertes disminuyó levemente entre el 2010 (5,6%) y el 2016 (5,1%), pero la proporción de AVAD atribuibles al alcohol se mantuvo relativamente estable (5,3% de todos los AVAD en el 2010 y el 2016).

CAPÍTULO 5. POLÍTICA E INTERVENCIONES EN MATERIA DE ALCOHOL

- En el 2016, 80 países comunicaron tener políticas nacionales por escrito en materia de alcohol, mientras que otros 8 países tenían políticas subnacionales y 11 tenían una prohibición total del alcohol. El porcentaje de países con una política nacional por escrito en materia de alcohol aumentó de forma sostenida a partir del 2008, y muchos países han revisado sus políticas a raíz de la publicación de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. La mayoría de los países de África y las Américas no tienen políticas nacionales por escrito en materia de alcohol. La presencia de este tipo de políticas nacionales es mayor en los países de ingresos altos (67%) y menor en los países de ingresos bajos (15%). La responsabilidad principal de la política recae sobre el sector de la salud en el 69% de los países que tienen una política nacional.
- Los niveles de cobertura de tratamiento del alcoholismo (calculado como la proporción de personas dependientes del alcohol que están en contacto con los servicios de tratamiento) variaron enormemente en el 2016, desde cerca de cero en los países de ingresos bajos y medianos-bajos hasta niveles relativamente elevados (más del 40%) en países de ingresos altos. Los resultados de la encuesta indican que se desconoce el nivel de cobertura de tratamiento en la mayoría de los países. Cerca de la mitad de los países que presentaron información indicaron que había aumentado el nivel de detección y las intervenciones breves en el caso de consumo de alcohol perjudicial y peligroso en los entornos de atención primaria de salud desde el 2010, pero la mayor parte de este progreso se limitó a los países de ingresos altos y medianos-altos.
- La mayoría (97) de los países que respondieron tienen un límite máximo permisible de concentración de alcohol en la sangre (CAS) de 0,05% o inferior para evitar la conducción en estado de ebriedad. Sin embargo, 37 países de los que respondieron tienen un límite de CAS de 0,08% y 31 países no tienen ningún límite de CAS. Por otro lado, 70 países (41%) comunicaron usar puntos de control de alcoholemia y pruebas de alcoholimetría (en el aliento) aleatorias como estrategias de prevención, pero 37 (22%) países no usaron ninguna estrategia. El número de países que comunicaron utilizar estas medidas aumentó sustancialmente entre el 2008 y el 2016.
- El límite de edad establecido por la ley más frecuente para la compra de alcohol dentro y fuera de un establecimiento es de 18 años, seguido de 21 y 16 años. Los países sin un mínimo legal tienden a ser países de ingresos bajos o de ingresos medianos-bajos.

Figura 8. Límites en la edad mínima para la venta de cerveza, vino y licores en establecimientos comerciales, por número de países, 2016

(n = 164 países declarantes)

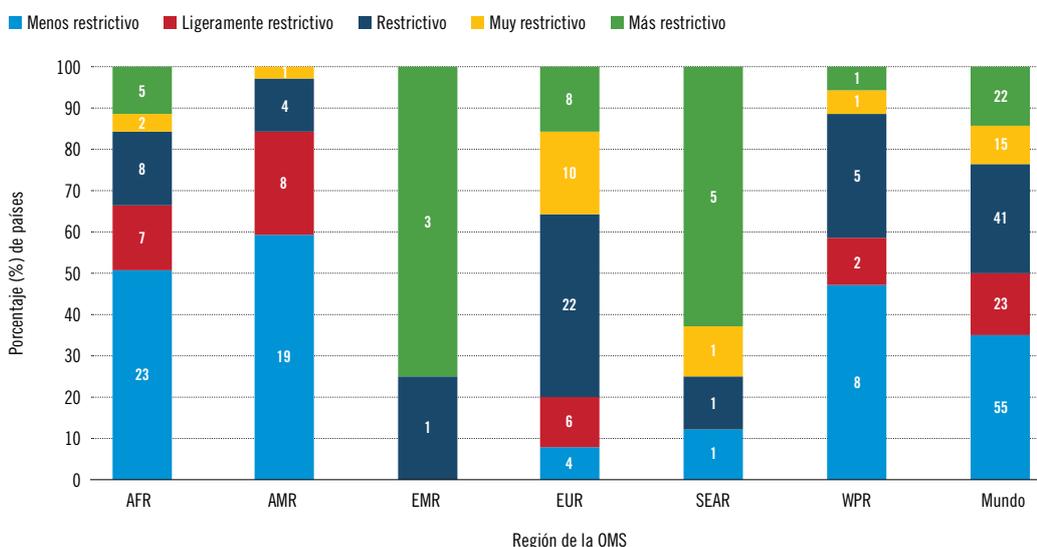


Nota: Burkina Faso tiene una edad mínima para comprar alcohol de 13 años para los hombres y 16 años para las mujeres. Este país está clasificado como "13 años de edad".

- Los sistemas de concesión de licencias son los medios más frecuentes para restringir la disponibilidad de alcohol, y 47 países tienen un sistema de licencias junto con un monopolio del gobierno en al menos un nivel del mercado del alcohol. De los países con un sistema de licencias de alcohol, la mayoría informó de un aumento del número de licencias para distribuir y vender alcohol, en particular en las regiones de África y Asia Sudoriental. Dos de cada cinco países comunicaron un aumento del número de licencias para producir alcohol. El aumento del número de licencias para la producción y la distribución de alcohol se concentra en los países de ingresos bajos.
- La mayor parte de los países tienen algún tipo de restricción a la publicidad de la cerveza, con prohibiciones totales más frecuentes en la televisión y la radio nacionales. Casi la mitad de los países comunicaron que no había restricciones en internet ni en las redes sociales, lo que sugiere que la reglamentación en muchos países va a la zaga de las innovaciones tecnológicas en la mercadotecnia. Treinta y cinco países no tenían regulaciones sobre ningún tipo de medio de comunicación. La mayoría de los países que comunicaron no tener restricciones en ningún tipo de medio se encontraban en las regiones de África (17 países) y de las Américas (11 países).

Figura 9. Rigurosidad de la reglamentación legal general de la comercialización del alcohol, por región de la OMS y el mundo, y porcentaje (%) de países, 2016

(n =156 países que presentaron información)

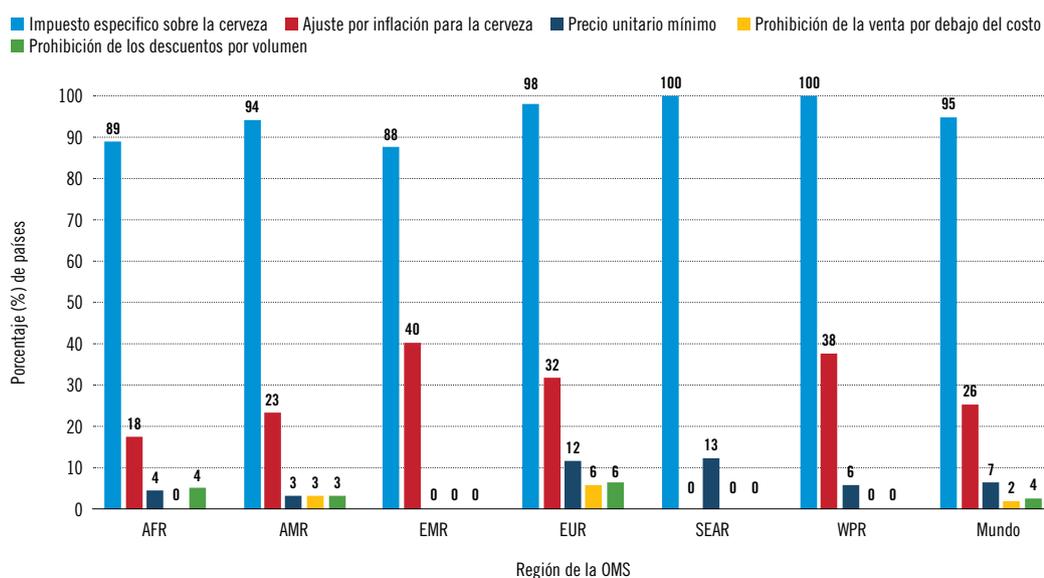


Nota: Los números en cada barra coloreada indican el número de países en esa categoría, mientras que la longitud de cada barra coloreada indica el porcentaje de países en esa categoría.

- Casi todos los países (95%) aplican impuestos especiales sobre el alcohol, pero menos de la mitad utilizan otras estrategias de precios, como el ajuste de los impuestos para mantenerse al día con la inflación y los niveles de ingresos, la imposición de políticas de precios mínimos o la prohibición de las ventas por debajo del costo o de los descuentos por volumen.

Figura 10. Aplicación de determinadas medidas tributarias y de precios por región de la OMS y porcentaje (%) de países, 2016

(n = 164 países que presentaron información, excepto 137 países que informaron sobre el ajuste a la inflación)



- En la mayor parte de los países se exige que se muestre el contenido de alcohol en las etiquetas de las bebidas alcohólicas en el caso de la cerveza, el vino y los licores, pero solo una minoría de países exige información básica para el consumidor, como las calorías y los aditivos. Solo ocho países exigen que las etiquetas de las bebidas alcohólicas indiquen el número de unidades de bebida estándar (UBE) en el envase. Menos de un tercio de los países que respondieron exigen etiquetas con advertencias de salud y seguridad en botellas o envases, y solo siete países exigen la rotación del texto de la etiqueta de advertencia.
- Un total de 104 países comunicaron tener una definición legal nacional de bebida alcohólica, y las bebidas que contienen al menos un 0,5% de alcohol por volumen fue la definición más frecuente. El tamaño más común para una bebida estándar es 10 g de contenido de alcohol puro de acuerdo con la definición de una bebida estándar proporcionada por 50 países.
- Los sistemas nacionales de seguimiento suelen recopilar datos sobre el consumo de alcohol y las consecuencias para la salud que acarrea y, en menor medida, sobre las consecuencias sociales y las respuestas de política en materia de alcohol.
- Las políticas en materia de alcohol eficaces protegen la salud de los grupos de población. La mayor cobertura de la población para las políticas en materia de alcohol más costo-eficaces ("mejores inversiones") se observa en las políticas de precios, siendo los impuestos especiales la medida más frecuente. Sin embargo, datos fidedignos indican que la cobertura poblacional de las regulaciones sobre la disponibilidad física del alcohol y las restricciones a la comercialización del alcohol es significativamente inferior en todo el mundo.

CAPÍTULO 6. REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL: UN IMPERATIVO DE SALUD PÚBLICA

- A pesar de algunas tendencias mundiales positivas desde el 2010 en cuanto a la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol y en la mortalidad y morbilidad relacionadas con el alcohol, no se observa progreso en la disminución del consumo total de alcohol por habitante en el mundo, y la carga mundial de enfermedad atribuible al alcohol sigue siendo inaceptablemente elevada. Las tendencias y proyecciones actuales apuntan a un aumento del consumo total por habitante en todo el mundo en los próximos 10 años, lo que hará imposible alcanzar el objetivo de una reducción relativa del 10% para el 2025, a menos que la aplicación de medidas eficaces de control del alcohol invierta la situación en países con niveles elevados y cada vez mayores de consumo de alcohol.

Cuadro 2. Cambios relativos (2010-2016) en el consumo de alcohol total por habitante y prevalencia estandarizada por la edad de episodios de consumo excesivo de alcohol

Región de la OMS	Consumo total de alcohol por habitante (registrado o no registrado) en la población de 15 años o más en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, por región de la OMS y el mundo, 2010 y 2016					Prevalencia normalizada por la edad (%) de episodios de consumo excesivo de alcohol en la población, por región de la OMS y el mundo, 2010 y 2016				
	2010	IC de 95%	2016	IC de 95%	Cambio relativo (%)	2010	IC de 95%	2016	IC de 95%	Cambio relativo (%)
AFR	6,3	5,9–6,8	6,3	5,8–6,8	0	18,7	17,3–20,2	16,8	15,3–18,1	-10,2
AMR	8,2	7,8–8,7	8,0	7,6–8,4	-2,4	25,0	22,1–28,0	22,3	19,6–25,1	-10,8
EMR	0,6	0,4–0,7	0,6	0,4–0,7	0	0,6	0,5–0,7	0,5	0,4–0,6	-16,7
EUR	11,2	10,6–11,8	9,8	9,3–10,3	-12,5	33,8	27,6–38,1	28,9	23,3–33,3	-14,5
SEAR	3,5	3,0–4,0	4,5	3,7–5,4	28,6	14,0	12,4–15,6	13,8	12,2–15,4	-1,4
WPR	7,0	6,5–7,6	7,3	6,7–7,9	4,3	24,2	16,8–31,9	22,6	15,5–30,2	-6,6
Mundo	6,4	6,2–6,6	6,4	6,2–6,6	0	20,6	16,6–24,5	18,5	14,9–22,2	-10,2

Cuadro 3. Cambios relativos (2010-2016) en las muertes atribuibles al alcohol estandarizadas por la edad y en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)

Región de la OMS	Muertes atribuibles al alcohol (todas las causas) estandarizadas por la edad, por Región de la OMS y el mundo, 2010 y 2016.					Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol estandarizados por la edad, por Región de la OMS y el mundo, 2010 y 2016.				
	2010	IC de 95%	2016	IC de 95%	Cambio relativo (%)	2010	IC de 95%	2016	IC de 95%	Cambio relativo (%)
AFR	79,8	64,9–98,6	70,6	57,1–87,4	-11,5	3438,2	2834,3–4124,5	3043,7	2491,8–3659,6	-11,5
AMR	36,2	26,4–63,9	34,1	27,0–56,4	-5,7	1937,7	1595,7–2294,5	1821,9	1513,2–2158,4	-6,0
EMR	7,0	5,4–11,0	7,0	5,3–10,9	-0,3	327,2	276,2–438,6	322	267,7–428,6	-1,6
EUR	84,1	78,5–89,0	62,8	58,3–67,1	-25,3	3554,7	3376,4–3723,0	2726,5	2563,3–2878,4	-23,3
SEAR	35,1	29,2–43,2	36,8	28,1–40,9	4,9	1664,4	1311,2–2392,6	1718,3	1335,9–2261,4	3,2
WPR	27,0	20,5–34,6	24,3	17,6–32,2	-10,1	1242,8	1035,6–1507,8	1132,9	929,1–1,390,9	-8,8
Mundo	44,6	39,3–52,2	38,8	33,8–45,8	-13,0	1 967,7	1 746,6–2 270,3	1 758,8	1 543,5–2 039,4	-10,6

- Se necesitan medidas concertadas para lograr al menos la estabilización de las tendencias ascendentes en cuanto al consumo de alcohol en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, la aceleración de las tendencias descendentes en la Región de las Américas, la iniciación de una disminución del consumo de alcohol en la Región de África y el apoyo constante a los cambios positivos en la Región de Europa.

- En la Región de Europa de la OMS, la meta de una reducción relativa del 10% del consumo total por habitante en comparación con el nivel del 2010 se logró en el 2016, lo que demuestra la viabilidad de una reducción relativa del 10% del consumo de alcohol, como se prevé en el *Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT*.
- La formulación y aplicación de políticas sobre el alcohol han mejorado a nivel mundial, pero aún están lejos de lograr una protección eficaz de la población frente a los daños relacionados con el alcohol. La prevalencia desigual de políticas eficaces sobre el alcohol en los países de ingresos más altos plantea cuestiones de equidad en la salud mundial y destaca la necesidad de que se asignen más recursos y se dé prioridad a apoyar la elaboración y ejecución de medidas eficaces en los países de ingresos bajos y medianos.
- Entre los retos para reducir el consumo nocivo de alcohol se encuentran el escaso compromiso político con la coordinación eficaz de la acción multisectorial para reducir el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas, la influencia de poderosos intereses comerciales que van en contra de las políticas eficaces de control del alcohol y las arraigadas tradiciones de consumo de alcohol en muchas culturas.
- Entre las oportunidades para reducir el consumo nocivo de alcohol en todo el mundo se encuentran la inclusión de objetivos relacionadas con el alcohol en los principales marcos políticos y estratégicos mundiales, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el aumento de la conciencia de salud en la población, la disminución del consumo de alcohol en los jóvenes como se ha observado en una amplia gama de países, el reconocimiento de la función de las políticas de control del alcohol en la reducción de las desigualdades en materia de salud y de género, y la evidencia cada vez mayor de la eficacia y costo-efectividad de una serie de medidas de control del alcohol.
- Para abordar el consumo nocivo del alcohol se requieren enfoques de “todo el gobierno” y “toda la sociedad” con la participación adecuada de las ONG orientadas a la salud pública, las asociaciones profesionales y los grupos de la sociedad civil. En el plano internacional, el amplio alcance y la magnitud de los problemas sociales y de salud causados por el consumo nocivo de alcohol exigen medidas coordinadas y concertadas por diferentes partes del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales regionales en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Se necesitan nuevas asociaciones y una participación adecuada de todos los interesados directos pertinentes para apoyar la ejecución de conjuntos de medidas técnicas prácticas y específicas basadas en la evidencia de la eficacia y la costo-efectividad de las diferentes medidas de control del alcohol que puedan garantizar el rendimiento de las inversiones mediante la reducción del consumo nocivo de alcohol.

- Se necesitan procedimientos racionalizados y simplificados de generación, recopilación, validación y notificación de datos, así como avances metodológicos en la evaluación de la cobertura del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, a fin de realizar un seguimiento eficaz y presentar informes sobre los indicadores relacionados con el alcohol incluidos en el marco de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- La magnitud de las enfermedades atribuibles al alcohol y su carga social, así como la disponibilidad de una serie de opciones e intervenciones eficaces y costo-efectivas, contrastan marcadamente con los recursos disponibles a todos los niveles para reducir el consumo nocivo de alcohol. La falta de recursos para financiar programas e intervenciones de prevención y tratamiento exige mecanismos de financiación innovadores para hacer frente al consumo nocivo de alcohol en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- El informe también contiene el perfil de país de los 194 Estados Miembros de la OMS, así como cuadros de datos que respaldan la información proporcionada en los capítulos 2 a 5 (apéndices I al III) y una sección en la que se explican las fuentes de datos y los métodos usados en el informe (apéndice IV).



Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018
https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report

Contacto

Unidad de Salud Mental
Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd st NW
Washington, DC 20037, EUA
+ 1 (202) 974-3000
Correo electrónico: monteirm@paho.org.