

El consumo de alcohol es un factor de riesgo importante para la carga de enfermedad, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad, y se ha relacionado con numerosos resultados sanitarios y sociales negativos, incluyendo más de 200 enfermedades y lesiones como el cáncer, derrames cerebrales y la cirrosis hepática, entre otros. La exposición fetal al alcohol aumenta el riesgo de defectos de nacimiento y de discapacidad intelectual. El abuso de alcohol también está asociado con una serie de problemas de salud mental, incluyendo la depresión y los trastornos de ansiedad, la obesidad y las lesiones involuntarias (OMS, 2018[26]). En 2016, se atribuyeron 2,8 millones de muertes al consumo de alcohol en todo el mundo, lo que corresponde al 2,2% del total de muertes estandarizadas por edad entre las mujeres y al 6,8% entre los hombres. En términos de la carga de enfermedad global, el consumo de alcohol provocó el 1,6% del total de AVAD a nivel mundial entre las mujeres y el 6% entre los hombres, situando el consumo de alcohol como el séptimo factor de riesgo principal de muerte prematura y discapacidad en 2016, en comparación con otros factores de riesgo en los estudios sobre la Carga Global de Enfermedad (Griswold et al., 2018[27]).

El consumo medio de alcohol en la región de LAC es superior a los 6 litros per cápita en 2016, menor a los 9,3 litros per cápita en la OCDE. El consumo más bajo se observa en Guatemala, Costa Rica y El Salvador, mientras que el más alto se observa en Uruguay, Santa Lucía, Argentina y Barbados (Figura 4.23, panel izquierdo). El consumo es en general más alto entre los países más desarrollados, en consonancia con las tendencias de otras regiones del mundo. La evolución del consumo de alcohol en el período 2010-16 ha sido muy heterogénea entre los países, pero la media regional ha aumentado en casi 3%. Países como Guatemala y Venezuela experimentaron disminuciones de más del 25%, mientras que Dominica y Trinidad y Tobago aumentaron su ingesta per cápita en el mismo porcentaje (Figura 4.23, panel derecho).

El consumo de alcohol en exceso y en cortos espacios de tiempo son patrones de bebida con más riesgos para la salud. En promedio, en la región de LAC, en 2016 el 43% de la población que bebe ha tenido un episodio de consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días (Figura 4.24). En Perú, Santa Lucía, Granada, San Cristóbal y Nieves, y Trinidad y Tobago, alrededor de la mitad de todos los bebedores reportan un comportamiento de consumo excesivo de alcohol. Los índices de consumo excesivo de alcohol están por debajo del 35% en países como Chile, Guatemala, El Salvador, Argentina y Uruguay, lo que sugiere una cultura de consumo diferente en algunos de los países con mayor consumo de la población. En cuanto a los patrones de género, en promedio los hombres tienen episodios de consumo excesivo de alcohol más de 2,5 veces superiores a los de las mujeres, con Perú, Santa Lucía, Granada, San Cristóbal y Nieves y Trinidad y Tobago a la cabeza de ambos géneros.

En lo que respecta a los accidentes de tránsito en la región de LAC, entre uno de cada tres con conductores varones y más de uno de cada cinco con conductores mujeres pueden atribuirse al consumo de alcohol (Figura 4.25). Las tasas son superiores al 40% para los conductores varones en Argentina, Uruguay, Barbados, Granada, Santa Lucía y Trinidad y Tobago, mientras que entre las mujeres las tasas son superiores al 40% en Santa Lucía y superiores al 30% en Barbados y Trinidad y Tobago.

La reducción de los problemas de salud, seguridad y socioeconómicos atribuibles al alcohol requiere estrategias integrales (por ejemplo, abordar los determinantes sociales más amplios de la salud) y aquellas que se dirigen a los bebedores de alcohol. En la región se pueden desarrollar más las políticas de sensibilización sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y garantizar el apoyo a políticas eficaces en materia de alcohol, regulando la publicidad de las bebidas alcohólicas y restringiendo la disponibilidad del alcohol, en particular para los jóvenes. Las políticas de conducción bajo los efectos del alcohol han demostrado ser eficaces. Por ejemplo, en Chile se promulgó una política de "tolerancia cero" en 2012 con resultados positivos. La demanda puede reducirse a través de mecanismos de impuestos y precios, que en los países de LAC han sido menos utilizados como herramienta de política. Por último, en relación con los trastornos por consumo de alcohol, la implementación de programas de detección e intervenciones breves, junto con la provisión de un tratamiento accesible y asequible, es una estrategia eficaz (OMS, 2018[26]; Sassi, 2015[28]).

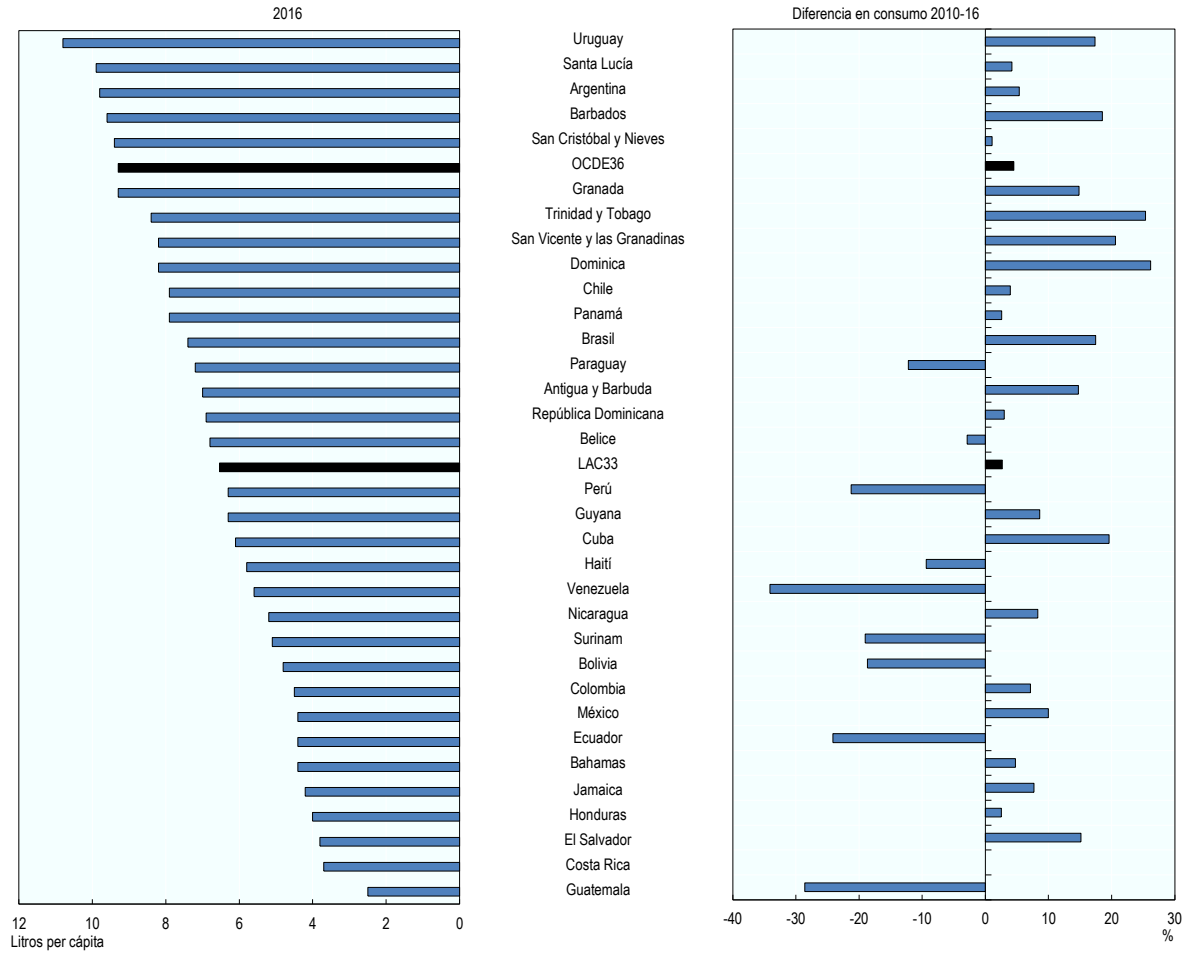
### Definición y comparabilidad

El consumo de alcohol se mide en términos de consumo anual de litros de alcohol puro por persona de 15 años o más. Las fuentes se basan principalmente en los datos de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), que consisten en estimaciones anuales de la producción y el comercio de bebidas proporcionadas por los Ministerios de Agricultura y Comercio nacionales. La metodología para convertir las bebidas alcohólicas en alcohol puro puede diferir entre los países. Los datos son para el alcohol registrado y excluyen las fuentes caseras, las compras transfronterizas y otras fuentes no registradas. La información sobre los patrones de consumo de alcohol se deriva de encuestas y estudios académicos.

### Referencias

- [27] Griswold, M. et al. (2018), "Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, Vol. 392/10152, pp. 1015-1035, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31310-2).
- [26] OMS (2018), *Alcohol*, Organización Mundial de Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- [28] Sassi, F. (ed.) (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.

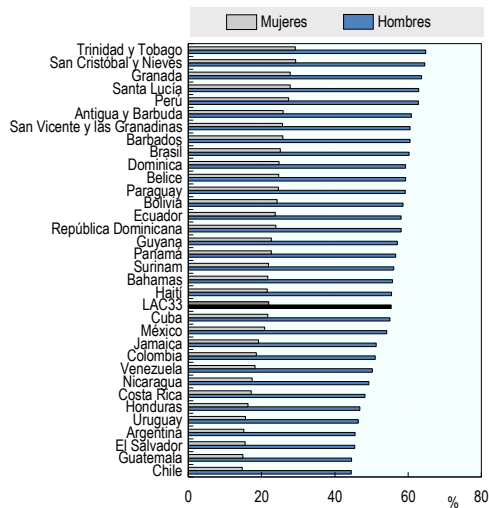
Figura 4.23. Consumo registrado de alcohol, población de 15 años y más, 2016



Fuente: Observatorio Global de Salud, OMS 2018. Estadísticas de Salud de la OCDE 2019 para México, Chile, Colombia, Costa Rica y Brasil.

StatLink <https://stat.link/cwqsd7>

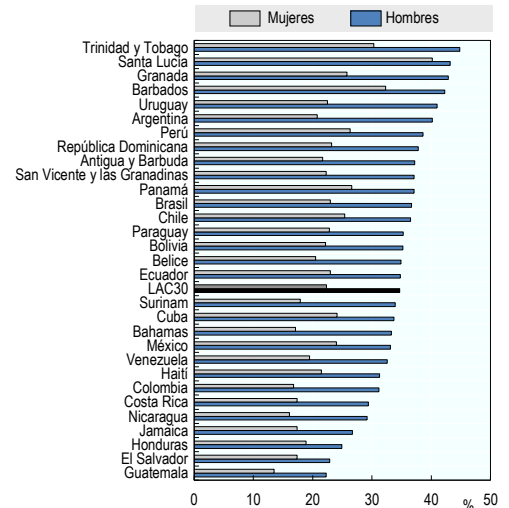
Figura 4.24. Consumo excesivo de alcohol (sólo bebedores), últimos 30 días (%), 2016



Fuente: Observatorio Global de Salud, OMS 2018.

StatLink <https://stat.link/sonbmx>

Figura 4.25. Proporción de muertes en accidentes de tránsito atribuibles al alcohol, 2016



Fuente: Observatorio Global de Salud, OMS 2018.

StatLink <https://stat.link/rem125>



**From:**  
**Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020**

**Access the complete publication at:**

<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>

**Please cite this chapter as:**

OECD/The World Bank (2020), "Alcohol", in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/d472291a-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.