

Consumo de alcohol en las Américas: una mirada general¹

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública a nivel mundial y genera una carga sustancial de enfermedad, mortalidad prematura, discapacidad y costos sociales y económicos. En 2019, se estimó que ocasionó aproximadamente 2,6 millones de muertes, en su mayoría prevenibles, con impactos que no se limitan a las personas que consumen, sino que también afectan a terceros y sobrecargan los sistemas de salud y protección social. Dado su carácter de producto no esencial, los daños asociados al alcohol superan ampliamente los beneficios económicos derivados de su comercialización.

Reconociendo su impacto en más de 200 condiciones de salud, incluidas las enfermedades no transmisibles (ENT), la salud mental, las lesiones y la salud materno-infantil², la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en 2010 la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol³, respaldada por todos los Estados Miembros. Posteriormente, en 2013, la Asamblea Mundial de la Salud estableció una meta voluntaria de reducción del 10 % del uso nocivo del alcohol para 2025 (en comparación con 2010), incorporada en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT y en el Marco Mundial de Monitoreo, que incluye indicadores específicos sobre consumo poblacional, consumo de alto riesgo y carga atribuible al alcohol⁴.

El impacto del alcohol también fue incorporado de manera explícita en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas⁵. En particular, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 reconoce el uso del alcohol como un desafío central para garantizar una vida sana y promover el bienestar, a través de la meta 3.5, orientada a fortalecer la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias. No obstante, los impactos del alcohol trascienden el ámbito de la salud y constituyen un obstáculo transversal para el cumplimiento de múltiples ODS, incluidos aquellos relacionados con la reduc-

ción de la pobreza, las desigualdades, la violencia y la carga de las ENT.

Para acelerar la reducción del uso del alcohol, la OMS lanzó en 2018 la iniciativa SAFER, que prioriza cinco políticas costo-efectivas: restricciones a la disponibilidad de alcohol; medidas para prevenir y sancionar la conducción bajo los efectos del alcohol; ampliación del acceso al tamizaje, las intervenciones breves y el tratamiento; prohibiciones o restricciones integrales a la comercialización del alcohol; y el aumento de precios mediante impuestos y otras medidas de fijación de precios⁶.

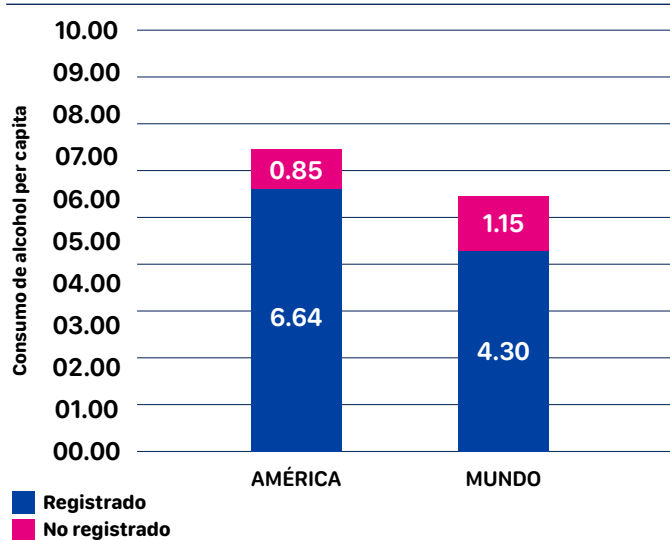
Este enfoque fue reforzado en 2022 con la adopción del Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol, que establece una meta de reducción del 20 % del consumo para 2030. En este contexto, este resumen ejecutivo analiza la situación del consumo de alcohol, sus impactos y las políticas vigentes en 19 países de América Latina, y advierte que, de no adoptarse acciones inmediatas, las proyecciones hacia 2030 muestran aumentos significativos del consumo per cápita⁷.

En la Región de las Américas, el consumo de alcohol constituye un desafío crítico para la salud y el desarrollo, con efectos que trascienden lo sanitario e inciden en la equidad, la seguridad y el bienestar social. Este documento ofrece una aproximación clara y basada en evidencia sobre la magnitud del problema y las oportunidades de acción disponibles, destacando la existencia de políticas costo-efectivas y probadas para reducir los daños asociados. Dirigido a actores de la sociedad civil y a tomadores de decisión, el texto propone reconocer el consumo de alcohol como un obstáculo transversal para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible e impulsar respuestas firmes y coordinadas que prioricen la salud y el bienestar colectivo.

1 Cifras claves⁸

En 2019, el consumo mundial de alcohol per cápita (APC, por sus siglas en inglés)⁹ se situó en 5,4 litros, mientras que en la región de las Américas alcanzó los 7,5 litros, superando de manera significativa el promedio global.

Nivel y composición del consumo de alcohol por región de la OMS



Fuente: Elaboración propia con base en World Health Organization (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Ginebra: WHO

En total, 9 de los 19 países analizados en la región presentaron niveles de consumo superiores a la media mundial. Argentina encabezó la lista con 8 litros de APC, seguida por Brasil con 7 litros, mientras que Guatemala registró el nivel más bajo, con 1,6 litros.

Consumo per cápita de alcohol en América Latina



Una proporción relevante del consumo de alcohol permaneció fuera de los registros oficiales: se estima que el 11,3 % del alcohol consumido no fue registrado por las estadísticas gubernamentales ni por estudios de mercado. Bolivia presentó la mayor proporción de

consumo no registrado (27 %), mientras que Guatemala reportó un 0 %.

Al analizar únicamente a la población consumidora de alcohol, Panamá mostró el nivel más alto de consumo, con un APC de 14,1 litros, seguido por Brasil con 13,3 litros. En términos de consumo diario promedio de alcohol puro, Panamá alcanzó los 30,6 gramos diarios (equivalentes a aproximadamente tres bebidas estándar), mientras que Guatemala registró el promedio más bajo, con 10,2 gramos diarios, equivalente a una bebida estándar.

En cuanto a la prevalencia de consumo, Chile presentó la mayor proporción de bebedores actuales (71 %), seguido de Argentina (70,6 %). En contraste, Guatemala y El Salvador se ubicaron en el extremo inferior, con 34,6 % y 37,3 %, respectivamente. En todos los países analizados, el consumo de alcohol fue mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Respecto al consumo episódico excesivo (CEE) —definido como la ingesta de grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión—, Perú registró las cifras más elevadas: el 37,1 % de la población mayor de 15 años reportó este patrón, y entre quienes consumían alcohol, más de la mitad (55,3 %) incurrió en consumo excesivo.

En relación con la abstinencia, Guatemala presentó la mayor proporción de personas que nunca habían consumido alcohol (42,5 %), mientras que Perú registró la menor (8,9 %). En cuanto a la abstinencia en los últimos 12 meses, Guatemala volvió a encabezar la lista (65,4 %), y Chile mostró la proporción más baja (29,4 %). Respecto a los ex bebedores, Costa Rica presentó la mayor proporción (37,1 %), mientras que Argentina registró la menor (19,7 %).

Desde 2003, la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) se ha aplicado en 14 países de la región a adolescentes de entre 12 y 15 años. Los resultados muestran un aumento del consumo de alcohol entre las adolescentes mujeres en comparación con los hombres en siete países, mientras que en el resto las diferencias por género fueron mínimas. Este hallazgo resulta particularmente preocupante, dado que las adolescentes enfrentan condiciones de desigualdad de género que pueden intensificar los riesgos asociados al consumo de alcohol, incluidos impactos negativos en su salud y en su vida reproductiva.

Determinantes socioeconómicos del consumo de alcohol

En los contextos nacionales, los patrones de consumo de alcohol están estrechamente relacionados con el nivel de ingresos. En los países de altos ingresos, el consumo tiende a ser más frecuente, favorecido por una mayor asequibilidad, disponibilidad y normalización social del alcohol. En contraste, en los países de ingresos bajos y medios la abstinencia es más común; sin embargo, entre quienes sí consumen alcohol, la ingesta suele ser más elevada.

A un mismo nivel de consumo, las poblaciones en situación de vulnerabilidad experimentan impactos desproporcionados, debido a su acceso limitado a servicios de salud y a sistemas de protección social, lo que incrementa el riesgo de pobreza, inseguridad alimentaria y otros efectos sociales asociados al uso de alcohol y a las enfermedades atribuibles. Estos patrones pueden verse modulados por factores contextuales, como las normas religiosas, culturales y las políticas públicas vigentes.

Consumo de alcohol y desigualdades de género¹⁰

A nivel mundial y en América Latina, los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia y en mayores cantidades que las mujeres; sin embargo, en algunos contextos se observa una tendencia hacia la convergencia de los patrones de consumo, impulsada en parte por estrategias de mercadeo dirigidas específicamente a mujeres y madres. Estas campañas han contribuido a normalizar el consumo femenino, asociándolo con ideas de empoderamiento, manejo del estrés y roles de cuidado, a pesar de los riesgos para la salud. En la región de las Américas, la brecha de consumo por sexo persiste, aunque con señales preocupantes de aumento entre las mujeres y las adolescentes.

Las mujeres enfrentan impactos desproporcionados del consumo de alcohol debido a factores biológicos y sociales. A igual nivel de consumo, presentan concentraciones más altas de alcohol en sangre y una metabolización más lenta, lo que incrementa los riesgos para la

salud. Además, el estigma social lleva a que el consumo ocurra con mayor frecuencia en espacios privados, dificultando la detección temprana de patrones de consumo problemático y el acceso a servicios de prevención y tratamiento.

El consumo de alcohol también profundiza las desigualdades de género y expone a las mujeres a riesgos específicos, incluyendo la violencia asociada al consumo de sus parejas y los efectos adversos durante el embarazo, que pueden tener consecuencias permanentes para la salud materna e infantil. Estas dinámicas se ven agravadas por normas de género que limitan el acceso de las mujeres a servicios de salud y protección social, así como por estrategias de mercado y publicidad que invisibilizan los daños del alcohol. En este contexto, incorporar un enfoque de género en las políticas de control del alcohol es fundamental para reducir inequidades y proteger la salud y los derechos de las mujeres.

2 Consumo de alcohol y daño

El consumo de alcohol está causalmente vinculado a más de 200 afecciones de salud, lo que genera un impacto sustancial en la salud poblacional. Entre estas se incluyen enfermedades no transmisibles, como cáncer y enfermedades cardiovasculares y neurológicas, enfermedades infecciosas agudas y crónicas, lesiones tanto intencionales como no intencionales, así como trastornos fetales asociados a la exposición prenatal al alcohol¹¹.

En 2019, la prevalencia de trastornos de salud asociados al consumo de alcohol y dependencia en los países de América Latina osciló entre 2,3 % en México y 8,9 % en Perú, con tasas casi dos veces mayores en hombres que en mujeres. Estas cifras resultan particularmente preocupantes debido a la muy baja cobertura de servicios de prevención, atención y tratamiento disponibles para estas condiciones en la región.

Las consecuencias del consumo de alcohol se reflejan también en patrones específicos de mortalidad y carga de enfermedad. Uruguay presentó la tasa más alta de mortalidad por cáncer atribuible al alcohol; Bolivia y Guatemala lideraron en muertes por cirrosis hepática; y la República Dominicana registró las tasas más elevadas de mortalidad atribuible al alcohol por todas las causas y por lesiones de tránsito. Asimismo, se estima que el 11,2 % de las mujeres en las Américas consumieron alcohol durante el embarazo, y que en promedio 9 de cada 1.000 niños nacidos en 2012 presentaron trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD), una prevalencia superior a la del síndrome de Down, la espina bífida o las trisomías en Estados Unidos. En términos de carga global de enfermedad, el alcohol fue responsable de entre 5 % y 7,9 % de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD/DALYs), siendo Brasil el país con la mayor carga atribuible (7,9 %).

Los efectos nocivos del consumo de alcohol no se limitan a quienes lo consumen, sino que se extienden a terceros, contribuyendo de manera significativa a la

violencia doméstica e interpersonal, el abuso y la negligencia infantil, los homicidios, las lesiones y la ocurrencia de siniestros viales.

3 Políticas de control del alcohol

Esta sección se centra en las políticas de control del alcohol más costo-efectivas recomendadas por la OMS, basadas en evidencia internacional y que han demostrado reducir el consumo de alcohol a nivel país y disminuir los daños asociados. Asimismo, revisa la situación de los países de la Región y la información reportada por los Estados Miembros sobre la interferencia de la industria del alcohol como una de las principales barreras para la adopción de estas políticas¹².

Estrategia SAFER de la OMS para el control del consumo de alcohol



Strengthen
restrictions
on alcohol
availability
(Fortalecer las
restricciones
sobre la
disponibilidad
de alcohol)

Advance &
enforce drink
driving counter
measures
(Avanzar y hacer
cumplir las medidas
contra la conducción
bajo los efectos del
alcohol)

Facilitate
access to
screening brief
interventions
& treatment
(Facilitar el acceso
al tamizaje
(detección), a
intervenciones
breves y al
tratamiento)

Enforce bans/
comprehensive
restrictions on
alcohol
advertising,
sponsorship &
promotion
(Hacer cumplir
prohibiciones o
restricciones
integrales sobre la
publicidad, el
patrocinio y la
promoción de alcohol)

Raise prices on
alcohol through
excise taxes &
pricing policies
(Aumentar los
precios del alcohol
mediante impuestos
selectivos y políticas
de precios)

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2020). El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol. Washington, D.C.: OPS. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Restricciones a la disponibilidad física de alcohol¹³

La mayoría de los países de América Latina exige licencias para la venta de bebidas alcohólicas; las excepciones son Argentina y Ecuador. Así mismo, la mayoría de los países establecen restricciones sobre los lugares donde se puede vender y servir alcohol, a excepción de Argentina. Estas limitaciones varían entre prohibiciones totales, parciales o voluntarias, y con frecuencia están reguladas a nivel local o municipal, o incluso de forma voluntaria por la compañías, más que por legislación nacional.

Las restricciones a la venta de alcohol a personas visiblemente intoxicadas han demostrado ser eficaces para reducir la violencia y las lesiones, tanto en los puntos de venta como en el ámbito doméstico. No obstante, sólo Brasil, Chile, Costa Rica y Nicaragua reportan contar con este tipo de restricciones, y su nivel de cumplimiento es bajo.

Ningún país de la región cuenta con leyes nacionales que prohíban las promociones de alcohol gratuito en bares y

pubs. Únicamente, Brasil, Costa Rica y Ecuador imponen restricciones a la venta de alcohol en estaciones de servicio. Por su parte, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras y Venezuela restringen la venta de alcohol en determinados días, una medida considerada eficaz. La limitación de horarios de venta es la política más extendida en la región: 13 de los 19 países la aplican, ya sea a nivel nacional o subnacional. Su efectividad depende en gran medida de la aplicación y de la existencia de sanciones. Un ejemplo exitoso es el municipio de Diadema (Brasil), donde esta medida contribuyó a reducir los homicidios y la violencia de género, aunque no fue adoptada a escala nacional.

En cuanto a las restricciones por edad, todos los países, excepto Paraguay, donde la edad mínima es de 20 años, establecen los 18 años como límite para la venta y el consumo de alcohol; sin embargo, su cumplimiento sigue siendo limitado.

Avanzar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol¹⁴

La conducción bajo los efectos del alcohol es un factor de riesgo determinante de las lesiones y muertes por siniestros viales, con un aumento significativo del riesgo de colisión a partir de niveles de alcohol en sangre superiores al 0,05 %. La mayor parte de estas muertes ocurre en países de ingresos bajos y medios, donde confluyen el consumo de alcohol, condiciones viales deficientes, una aplicación limitada de la ley y un acceso inadecuado a los servicios de emergencia. En la región de las Américas, los siniestros viales afectan de manera desproporcionada a hombres jóvenes, y constituyen la principal causa de muerte en personas de 15 a 49 años.

Contar con leyes que prohíban conducir bajo los efectos del alcohol es fundamental para prevenir siniestros viales evitables, reducir muertes y lesiones, y proteger especialmente a los usuarios más vulnerables de las vías mediante una aplicación efectiva. De acuerdo con el Informe Mundial sobre Seguridad Vial de la OMS (2023)¹⁵, siete países de la región cumplen con los estándares recomendados por la OMS en materia de conducción bajo los efectos del alcohol, diez los aplican de manera parcial y dos no los han implementado.

El acceso al tamizaje, las intervenciones breves y el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol (TCA)¹⁶

En el ámbito de la atención primaria de la salud, el tamizaje y las intervenciones breves han demostrado ser herramientas eficaces para reducir los daños asociados al consumo de alcohol y mejorar el acceso al tratamiento. Sin embargo, en América Latina la respuesta sigue siendo limitada: el tamizaje y las intervenciones breves no están integrados de manera sistemática en la aten-

ción primaria ni en la cobertura universal de salud. Esto evidencia la necesidad urgente de fortalecer la capacidad de los servicios de salud, mejorar la organización e integración de la atención, y capacitar al personal sanitario para garantizar una respuesta efectiva y sostenida frente a los TCA dentro de los sistemas de salud y protección social.

Prohibiciones o restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción¹⁷

La publicidad, promoción y patrocinio del alcohol constituyen un eje central de la estrategia de la industria para expandir y sostener el consumo, mediante la normalización del alcohol como parte esencial de la vida cotidiana, la socialización y el entretenimiento. La evidencia demuestra que la exposición a estas prácticas incrementa el atractivo del alcohol, favorece el inicio temprano del consumo y el consumo episódico excesivo entre adolescentes y jóvenes, y puede desencadenar recaídas en personas con dependencia o estimular un mayor consumo en quienes ya presentan patrones de consumo nocivo.

En los últimos años, estas estrategias se han intensificado y diversificado a través de campañas integradas que incluyen medios tradicionales y, de manera creciente, plataformas digitales, redes sociales, publicidad en línea y el uso de influencers, en un contexto transnacional con escasa regulación. Asimismo, las acciones de “responsabilidad social empresarial” y el patrocinio de eventos culturales, deportivos, comunitarios, educativos y políticos funcionan como mecanismos de posicionamiento de marca, legitimación social y acceso a espacios de

decisión pública, al tiempo que limitan la adopción de políticas regulatorias efectivas.

Frente a este escenario, la implementación y el cumplimiento de prohibiciones o restricciones integrales a la publicidad, promoción y patrocinio del alcohol se presentan como una medida prioritaria de salud pública, indispensable para reducir la exposición, proteger a poblaciones vulnerables y contrarrestar la interferencia de la industria en el diseño e implementación de políticas orientadas a la reducción de los daños asociados al consumo de alcohol.

Las regulaciones sobre publicidad y mercadeo del alcohol en la región son, en general, parciales y no abarcan todos los medios ni tipos de productos. Además, muchos países dependen de esquemas de autorregulación o mecanismos voluntarios influenciados por la industria. El control de la publicidad digital representa un desafío creciente, especialmente tras la pandemia de COVID-19. Solo Costa Rica prohíbe el patrocinio de eventos dirigidos a jóvenes, mientras que Ecuador, Costa Rica y Paraguay lo prohíben en eventos deportivos.

Aumentar los impuestos a los productos con alcohol¹⁸

Aumentar los precios del alcohol mediante impuestos específicos y políticas de precios es una de las medidas más efectivas y costo-efectivas para reducir su consumo y los daños asociados. Cuando están bien diseñados, los impuestos al alcohol generan un triple beneficio: disminuyen el consumo, reducen los costos sanitarios y sociales, y aumentan los ingresos públicos, que pueden destinarse a prevención, tratamiento y promoción de la salud. Dado que la demanda de alcohol es relativamente inelástica, el porcentaje de los impuestos debe ser suficientemente alto para afectar de manera real su asequibilidad.

La efectividad de esta medida depende del diseño del sistema tributario, incluyendo el tipo de impuesto (por

volumen, contenido alcohólico o alcohol puro), su nivel, su aplicación uniforme y una base imponible cercana al precio de venta al público, así como de ajustes periódicos por inflación. En América Latina, persisten desafíos en la estructura y actualización de los impuestos, lo que limita su impacto en la reducción del consumo y los daños relacionados con el alcohol.

La mayoría de los países aplican impuestos especiales a las bebidas alcohólicas; sin embargo, pocos los ajustan automáticamente por inflación, y la proporción del impuesto suele ser baja, lo que limita su impacto sobre el consumo. En algunos casos, los ingresos recaudados se destinan a programas de salud o actividades deportivas.



Otras políticas

Toda política nacional de control del alcohol requiere un plan estratégico de implementación. De los 19 países de América Latina analizados, solo nueve cuentan con una política nacional sobre alcohol y únicamente dos, Colombia y México, reportaron en 2019 disponer de un plan nacional para su implementación. Ningún país ha

desarrollado guías nacionales de consumo de alcohol ni una definición oficial de "unidad estándar de bebida", herramientas clave para el diseño de normas de etiquetado, guías clínicas, campañas de sensibilización y políticas fiscales.

Resumen de la adopción de políticas de control de alcohol en América Latina

Países de Latinoamérica	Restringir la disponibilidad física (1)	Prohibiciones de publicidad (2)	Aumentar impuestos especiales (3)
Argentina	Logrado parcialmente	Logrado parcialmente	No logrado
Bolivia	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado
Brasil	Logrado parcialmente	No logrado	No logrado
Chile	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado parcialmente
Colombia	Logrado parcialmente	Logrado parcialmente	No logrado
Costa Rica	Logrado	Logrado	Logrado
Cuba	Logrado parcialmente	No logrado	No logrado
Ecuador	Logrado parcialmente	Sin respuesta	Logrado parcialmente
El Salvador	Logrado parcialmente	No logrado	No logrado
Guatemala	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado
Honduras	Logrado	No logrado	Logrado
México	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado parcialmente
Nicaragua	Logrado parcialmente	Logrado parcialmente	No logrado

Panamá	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado parcialmente
Paraguay	Logrado parcialmente	Logrado parcialmente	Logrado
Perú	Logrado parcialmente	Logrado	Logrado parcialmente
República Dominicana	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado parcialmente
Uruguay	Logrado parcialmente	No logrado	No logrado
Venezuela	Logrado parcialmente	No logrado	Logrado parcialmente

(1) El país cuenta con un sistema de licencias o un monopolio sobre la venta minorista de cerveza, vino y bebidas espirituosas; el país tiene restricciones para la venta y el consumo en establecimientos y fuera de ellos (on-/off-premise) de cerveza, vino y bebidas espirituosas en relación con horarios, días y lugares de venta; el país tiene una edad legal mínima para la venta y el servicio de bebidas alcohólicas.

(2) El país cuenta con marcos regulatorios o de correulación para la publicidad de alcohol a través de distintos canales (servicio público/televisión nacional, televisión comercial/privada, radio nacional, radio local, medios gráficos, carteles en vía pública, puntos de venta, cine, internet y redes sociales); el país cuenta con un sistema de detección de infracciones a las restricciones de comercialización.

(3) El país aplica impuestos especiales a la cerveza, el vino y las bebidas espirituosas; el país ajusta el nivel de tributación de las bebidas alcohólicas en función de la inflación.

Fuente: World Health Organization (2022). Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: World Health Organization.

4 Barreras y desafíos para la implementación de políticas

La falta de recursos, la ausencia de sistemas adecuados de monitoreo y vigilancia, y la interferencia reportada de la industria del alcohol fueron identificadas como las principales barreras para la implementación de políticas durante la consulta regional sobre los avances en la implementación de la Estrategia Mundial sobre el Alcohol (GAS) en 2019. Asimismo, la limitada capacidad técnica, los recursos humanos limitados y

la escasez de financiamiento suelen obstaculizar el desarrollo, la implementación y el seguimiento de intervenciones efectivas de control del alcohol a nivel nacional, regional y local. La falta de colaboración intersectorial y de mecanismos de cooperación entre la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales (ONG), la academia y otros sectores también fueron identificadas como desafíos relevantes.

La industria del alcohol como determinante comercial de la salud

La industrialización y la globalización transformaron al alcohol en un producto global, producido y distribuido por corporaciones transnacionales altamente concentradas que controlan gran parte del mercado mundial²⁰.

Estados. Por ello, es clave que los responsables de salud participen activamente en la política comercial y que los acuerdos reconozcan la naturaleza particular del alcohol y protejan la regulación nacional y local.

En el ámbito del comercio internacional, los acuerdos como el GATT y el GATS tratan el alcohol como una mercancía ordinaria, pese a ser una sustancia psicoactiva con potencial adictivo. Si bien estos marcos suelen permitir medidas fiscales con fines de salud, pueden limitar la capacidad regulatoria de los

Según la OMS, los determinantes comerciales de la salud son las estrategias y enfoques utilizados por el sector privado para promover productos y elecciones perjudiciales para la salud, incluyendo prácticas como el mercadeo, la incidencia en políticas públicas y otras estrategias que influyen en los patrones de

consumo²¹. La industria del alcohol ejerce una interferencia amplia y, a menudo, engañosa en las políticas públicas, con creciente preocupación por el mercadeo digital y la débil respuesta estatal. Estos determinantes agravan desigualdades preexistentes y afectan especialmente a jóvenes.

Existen, no obstante, respuestas efectivas de salud pública,

como la adopción de políticas basadas en evidencia, el trabajo con la sociedad civil y la gestión de conflictos de interés. Las alianzas con la industria del alcohol conllevan riesgos significativos, ya que el conflicto entre sus intereses comerciales y los objetivos de salud pública y desarrollo sostenible amenaza el cumplimiento de la Agenda 2030.

CONCLUSIÓN

El consumo de alcohol es responsable de múltiples daños en América Latina, incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles, trastornos mentales y lesiones que afectan tanto a quienes consumen como a terceros. Su impacto se extiende a la mortalidad prematura, la discapacidad y profundiza desigualdades sociales y de género.

Desde una perspectiva de salud pública, no existe un nivel seguro de consumo de alcohol. En la región, los niveles y patrones de consumo, en particular el consumo episódico excesivo (CEE), son elevados, con variaciones entre países. Esta situación se explica, en parte, por la alta disponibilidad y asequibilidad del alcohol, la regulación limitada de la producción, comercialización y venta de alcohol respecto de los estándares recomendados por la OMS, y las estrategias agresivas de mercadeo de la industria.

De mantenerse estas tendencias, es previsible un aumento del consumo y de los daños asociados, lo que dificultaría el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluido el compromiso de reducir en un 20 % el consumo per cápita de alcohol para 2030. No obstante, esta trayectoria es reversible mediante la adopción e implementación efectiva de políti-

cas de control basadas en evidencia.

Por su impacto transversal en la salud pública, la equidad de género y el desarrollo sostenible, el alcohol debe constituir una prioridad en la agenda pública. En este marco, la Estrategia Mundial de la OMS sobre alcohol (2010) y el paquete SAFER (2018) ofrecen un conjunto de medidas costo-efectivas que han demostrado reducir el consumo y los daños relacionados.

Las políticas sobre alcohol deben adaptarse a los contextos nacionales, incorporar enfoques de género y equidad, y compartir como objetivo regional la reducción de la disponibilidad y la exposición al alcohol. En este sentido, la desnormalización del consumo requiere, entre otras acciones, una prohibición integral del marketing, incluida la publicidad digital, para proteger especialmente a niñas, niños y jóvenes.

Finalmente, la sociedad civil desempeña un rol fundamental en la promoción de políticas eficaces, la generación de conciencia pública y la limitación de la influencia de la industria del alcohol en la formulación de políticas, contribuyendo así a la protección del derecho a la salud y al desarrollo sostenible en la región.

MENSAJES CLAVES

- Es fundamental posicionar las políticas de control del alcohol como prioridad de salud pública y desarrollo del país.
- El consumo de alcohol genera impactos significativos en la salud, la sociedad y la economía.
- Desde 2010 no se han implementado políticas sustanciales para su control.
- Las políticas deben adaptarse al contexto nacional e incorporar enfoques de género y equidad.
- La interferencia de la industria del alcohol es uno de los principales obstáculos estructurales para la adopción de políticas públicas eficaces y basadas en evidencia en América Latina.
- Sin medidas firmes, no se alcanzará la meta del ODS de reducir el consumo en un 20% para 2030.
- A mayor disponibilidad y promoción del alcohol, mayor consumo y daños, por lo que prohibir completamente la publicidad y reducir su asequibilidad es clave para desnormalizarlo.
- La sociedad civil debe ser protagonista en el proceso de regulación y en la defensa de políticas efectivas basadas en evidencia.

REFERENCIAS

- 1 Este documento fue elaborado originalmente por la Dra. Maristela G. Monteiro, reconocida especialista en políticas de alcohol y salud pública. Se desempeñó como Asesora Principal en Alcohol en la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), tras haber coordinado el Programa de Abuso de Sustancias en la OMS en Ginebra. La compilación y adaptación de este documento estuvo a cargo de CLAS, con el propósito de poner a disposición de la sociedad civil y de los decisores políticos una síntesis clara y accesible de la evidencia y las recomendaciones internacionales para reducir el consumo de alcohol en la región
- 2 World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018.
- 3 WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 4 World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. 2013.
- 5 UN (2015) Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. New York: Unites Nations.
- 6 World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization. 2019
- 7 World Health Organization. Global Alcohol Action Plan 2022-2030. 2023.
- 8 Los datos sobre la exposición al alcohol se obtuvieron del Sistema Mundial de Información sobre Alcohol y Salud.
- 9 El consumo de alcohol per cápita en personas adultas (APC, por sus siglas en inglés) se utiliza como el principal indicador del consumo de alcohol a nivel poblacional. El consumo per cápita de alcohol corresponde a la cantidad total de alcohol consumido por adulto (15+ años) durante un año calendario, en litros de alcohol puro. Se calcula principalmente en base a las ventas de alcohol, y no mediante encuestas poblacionales. Las tasas de abstinencia afectan el APC.
- 10 Brooks PJ, Zakhari S. Moderate alcohol consumption and breast cancer in women: from epidemiology to mechanisms and interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2013;37(1):23-30.
Scoccianti C, Lauby-Secretan B, Bello P-Y, Chajes V, Romieu I. Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(3):S16-S25.
- 11 World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018.
- 12 Babor TF, Casswell S, Graham K, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. 3rd ed. Oxford, UK Oxford University Press; 2023
- 13 Ibidem; Stockwell T, Gruenewald P. Controls on the physical availability of alcohol. In: Heather N, Stockwell T, editors. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. Western Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd; 2004. p. 213-34.
- 14 Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction* 2015; 110(2): 279-88.
- 15 World Health Organization. *Restricting digital marketing in the context of tobacco, alcohol, food and beverages, and breast-milk substitutes: existing approaches and policy options*. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 16 World Health Organization. *Global status report on road safety*. 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 17 Babor TF, Casswell S, Graham K, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. 3rd ed. Oxford, UK Oxford University Press; 2023
Mekonen T, Chan GCK, Connor J, Hall W, Hides L, Leung J. Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2021; 116(10): 2617-34.
Nicholls J. Everyday, everywhere: alcohol marketing and social media—current trends. *Alcohol and alcoholism* 2012; 47(4): 486-93.
- 18 World Health Organization. *Global report on the use of alcohol taxes*, 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 19 Pan American Health Organization. *Regional consultation with Member States on the implementation of the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol since its endorsement, and the way forward*. Washington, D.C.: PAHO; 2019.
- 20 Jernigan D, Ross CS. The Alcohol Marketing Landscape: Alcohol Industry Size, Structure, Strategies, and Public Health Responses. *J. Stud. Alcohol Drugs, Supplement* 19, 13–25, 2020.
- 21 Maani N, Pettricrew M, Galea S (eds). *The commercial determinants of health*. Oxford University Press, New York, NY . 2023.