

Alcohol y Salud Pública en las Américas

UN CASO PARA LA ACCIÓN

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Monteiro, Maristela G.

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

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32849 1

I. Título

1. ALCOHOLISMO - prevención y control
2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS
3. TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALCOHOL
4. TRASTORNOS INDUCIDOS POR ALCOHOL
5. POLÍTICA DE SALUD

NLM WM 274

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación, THS/MH, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introductorias en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

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.

Pan American Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C 20037, EE.UU.

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, 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.

ÍNDICE



| | |
|---|------------|
| Agradecimientos | v |
| Introducción: | |
| ¿Por qué el alcohol es una amenaza para la salud pública en la Región? | vii |
| 1. Panorama: Daños relacionados con el alcohol y tendencias en la Región | 1 |
| 2. Problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol..... | 3 |
| 2.1 El alcohol desde una perspectiva de salud mundial..... | 3 |
| 2.2 El papel del alcohol como factor causal de problemas sociales y de salud..... | 3 |
| 2.3 Impacto del alcohol en las Américas | 3 |
| 2.4 Patrones de consumo..... | 5 |
| 2.4.1 Consumo excesivo episódico . | 5 |
| 2.4.2 Medición de los patrones de consumo..... | 5 |
| 2.5 Daño asociado con el alcohol en las Américas..... | 6 |
| 2.5.1 Carga de morbilidad | 6 |
| 2.5.2 Muertes relacionadas con el alcohol..... | 8 |
| 2.5.3 El alcohol y los jóvenes | 9 |
| 2.5.4 Alcohol y seguridad automovilística | 12 |
| 2.5.5 Alcohol y violencia | 14 |
| 2.5.6 Alcohol y salud en poblaciones indígenas | 17 |
| 2.5.7 Alcohol y género | 17 |
| 2.6 Trastornos por uso de alcohol | 20 |
| 2.7 Conclusión: el alcohol no es una mercancía ordinaria | 21 |
| 3. Políticas sobre alcohol | 23 |
| 3.1 Políticas sobre alcohol en las Américas..... | 23 |
| 3.1.1 Edad mínima legal para adquirir alcohol..... | 23 |
| 3.1.2 Restricciones sobre la disponibilidad de bebidas alcohólicas | 27 |
| 3.1.3 Restricciones sobre la venta minorista fuera de los locales | 27 |
| 3.1.4 Precios e impuestos..... | 27 |
| 3.1.5 Legislación sobre el conducir en estado de ebriedad | 28 |
| 3.1.6 Screening e intervenciones breves para problemas relacionados con alcohol..... | 29 |
| 3.1.7 Publicidad y patrocinio en las Américas | 30 |
| 3.1.8 Entornos libres de alcohol..... | 31 |
| 3.1.9 Prevención, tratamiento y capacitación de recursos humanos | 32 |
| 4. Desafíos y barreras que enfrentan las políticas sobre el alcohol | 33 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.1 | Producción y comercio de alcohol..... | 33 |
| 4.1.1 | Globalización del mercado de alcohol..... | 33 |
| 4.2 | Acuerdos de comercio internacionales..... | 35 |
| 4.3 | Impacto en los países en vías de desarrollo..... | 36 |
| 4.4 | Cultura..... | 36 |
| 5. | Bases para la acción: "Diez Componentes para reducir los daños relacionados con el alcohol" | 39 |
| 5.1 | Rol de la OPS..... | 41 |
| 6. | Referencias... | 45 |
| 7. | Anexos | 51 |
| | Anexo 1 DECLARACIÓN DE BRASILIA SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ALCOHOL..... | 51 |
| | Anexo 2 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA58.26..... | 53 |

AGRADECIMIENTOS



El presente reporte fue preparado por Maristela G. Monteiro, asesora regional sobre Alcohol y Abuso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud, con contribuciones de Raúl Caetano, Alberto Concha-Eastman, Juan Eduardo Guerrero, James Hospedales, Ronaldo Larenjeira, Valerie McArdle, Maria Elena Medina Mora, Jurgen Rehm, Jorge Rodriguez, Marilyn Rice, Martha Romero, Alafia Samuels, Tim Stockwell, Benjamín Taylor, Mary Jo Vásquez y Lourdes Vásquez. Agradecemos las aportaciones, comentarios y sugerencias recibidas, que fueron incorporadas al documento final.

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDADES

El presente reporte contiene los puntos de vista de los autores y no necesariamente representan las decisiones o políticas declaradas de la Organización Panamericana de la Salud.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué el alcohol es una amenaza para la salud pública en la Región?

Existen cinco razones cruciales para considerar al alcohol una urgente prioridad de salud pública en las Américas. Estas son:

Las Américas superan a las estadísticas medias globales en:

1. muertes relacionadas con el alcohol
2. consumo de alcohol
3. patrones de consumo de alcohol
4. trastornos por el uso de alcohol
5. el alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en la Región.

El propósito del presente documento es explicar la necesidad de transformar al alcohol en una prioridad de salud pública en la Región y de iniciar acciones tanto a nivel nacional como regional. Las actuales investigaciones basadas en evidencias demuestran que el consumo de alcohol y los patrones de ingesta en las Américas se hallan ya en niveles perjudiciales y la Región supera las medias globales para muchos problemas relacionados con el alcohol. Extensas investigaciones han demostrado la efectividad de numerosas políticas de salud pública que han sido evaluadas en diferentes países y culturas.

El Capítulo 1 de este documento nos da un panorama del daño relacionado con el alcohol y las tendencias actuales en la Región.

El Capítulo 2 se extiende en el tema de investigaciones basadas en evidencias que asocian el alcohol con problemas sociales y de salud, incluyendo muertes, enfermedades, lesiones y grupos de alto riesgo.

El Capítulo 3 describe las diversas políticas sobre el alcohol en la Región y su efectividad.

El Capítulo 4 describe las posibles barreras que podrían obstaculizar una aplicación efectiva de las políticas del alcohol en la Región.

El capítulo 5 proporciona diez recomendaciones para la acción, con estrategias concretas y basadas en evidencias, así como intervenciones a nivel regional, nacional o local.

El Capítulo 6 brinda un panorama de las áreas técnicas de trabajo existentes en la OPS que tratan las cuestiones relacionadas con el alcohol, indicando que el mismo influye sobre casi todos los aspectos del trabajo de la Organización.

Panorama de los daños relacionados con el alcohol y las tendencias en la Región

Mortalidad: Se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región [Rehm et al. 2006 (una interpretación de 323,000 muertes en 2002)]. Se estima que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7% (Rehm et al. 2006), es decir, 68% más que el promedio mundial.

Morbilidad: El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro 2005), que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.

Años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD): El alcohol causó casi el 10.0% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región en 2002, en comparación con la cifra global de 4.4% (Rehm et al. 2006). En el año 2000, el análisis comparativo de la OMS de 26 factores de riesgo distintos y su impacto sobre la carga de morbilidad demostró que el alcohol era el principal factor de riesgo en la Región de las Américas (Rehm y Monteiro 2005), en tanto que a nivel mundial el alcohol ocupaba el cuarto lugar.

Lesiones por accidentes de tránsito: Entre el 20 y 50% de las fatalidades por accidentes de tránsito en la Región estaban relacionadas con el alcohol (OMS 2004b).

Lesiones: El 50.5% de las muertes atribuibles al alcohol en las Américas en 2002 se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales) (Rehm et al. 2006).

Salud mental: Una reciente encuesta de salud mental mundial demostró que las Américas presentaban mayores incidencias de trastornos por el uso de alcohol que en el resto del mundo (World Mental Health Survey Consortium 2004).

Costo económico: En EE.UU., el costo estimado del alcohol fue de casi 185 mil millones de dólares en 1998, un incremento del 25% en seis años (Harwood 2000), en tanto que en Canadá se gastaron más de 2 mil millones de dólares canadienses tan sólo en costos de atención a la salud en 2002, por problemas relacionados con el alcohol (Taylor et al. 2007). Se carece de estudios similares para los países en vías de desarrollo de la Región.

Consumo de alcohol: El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial. En 2002, el consumo de alcohol per cápita en las Américas fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros (Rehm et al. 2006).

Patrones de consumo:

Adultos: El patrón de consumo promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es perjudicial (ver Tabla 2.1)

Jóvenes: El consumo excesivo episódico, especialmente entre jóvenes, es particularmente elevado en muchos países de la Región (OMS 2001). Los estudios sugieren que, en ciertos países en las Américas, los niños están empezando a beber alcohol desde los diez años de edad (Carlini Cotrim 1999).

Problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol

2.1 El alcohol desde una perspectiva de salud mundial

El alcohol se ha convertido en uno de los riesgos más serios para la salud a nivel mundial.

Según el *Informe Mundial de la Salud 2002*, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD perdidos) y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo en 2000. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo.

2.2 El papel del alcohol como factor causal de problemas sociales y de salud

En general, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y 60 tipos de enfermedades y lesiones (Rehm 2005)

El uso difundido de bebidas alcohólicas está asociado a una serie de consecuencias sociales y de salud, incluyendo lesiones deportivas y de ocio, reducción de la productividad laboral, diversas formas de cáncer, enfermedad crónica hepática, enfermedad cardíaca, lesiones en los sistemas nerviosos central y periférico y dependencia del alcohol.

Los problemas ocasionados por el alcohol pueden ir más allá del bebedor y producir efectos sobre quienes lo rodean en aspectos como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisiones en salas de emergencia (Borges et al. 2004), comportamiento violento, lesiones y fatalidades en automovilistas y peatones cuando se conduce en estado de ebriedad (MacDonald et al. 2006; Borges et al. 2004a).

El consumo de alcohol también está asociado con comportamientos

de alto riesgo, incluyendo sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. Los trastornos por el uso de alcohol, con altos índices en la Región, conllevan un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia de la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. Los estudios más recientes sugieren una asociación entre consumo de alcohol y VIH/SIDA (Matos et al. 2004; Stein et al. 2005; Stueve y O'Donnell 2005).

2.3 Impacto del alcohol en las Américas

En el año 2000, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas en los países de ingresos medios y bajos, (incluyendo Brasil, México y la mayoría de los países latinoamericanos), y el segundo en los países desarrollados, como EE.UU. y Canadá (Rehm y Monteiro 2005). Fue la única Región del mundo donde el alcohol tuvo el primer lugar como factor de riesgo.

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial.

A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población, en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita (Rehm y Monteiro 2005).

La Región es diversa en lo que se refiere a consumo de alcohol. La carga relacionada con la sustancia se refiere por lo menos a dos dimensiones distintas de consumo: volumen promedio y patrones de consumo. Por consiguiente, y con el fin de comprender y reducir la carga, deben tomarse en consideración ambas dimensiones.

La Tabla 2.1 presenta estimaciones para el año 2002 para países selectos de la Región.

Los países industrializados y desarrollados de la Región, como EE.UU. y Canadá, tienen un elevado consumo per cápita (9.3 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de

Tabla 2.1 Exposición al alcohol y características económicas de países selectos en las Américas 2002

| País (Clasificación OMS) | Consumo per cápita ¹ | Consumo no registrado ² | Patrones de consumo | % abstemios | | Consumo per cápita por bebedor ⁴ | PIB per cápita \$ ⁵ | PPA per cápita PIB \$I ⁶ | Población de 15 años y mayor en 1000 |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|---------|---|-----------------------------------|---|--|
| | | | | Hombres | Mujeres | | | | |
| Argentina (B) | 10.5 | 2.0 | 2 | 9 | 26 | 12.8 | 6,453 | 10,134 | 27,331 |
| Barbados (B) | 7.0 | -0.5 | 2 | 29 | 70 | 14.1 | 9,176 | 14,716 | 214 |
| Belice (B) | 8.6 | 2.0 | 4 | 24 | 44 | 13.0 | 3,429 | 6,337 | 156 |
| Bolivia (D) | 6.34 | 3.0 | 3 | 24 | 45 | 9.7 | 1012 | 2403 | 5,276 |
| Brasil (B) | 8.8 | 3.0 | 3 | 13 | 31 | 11.3 | 3,560 | 7,480 | 127,411 |
| Canadá (A) | 9.8 | 2.0 | 2 | 18 | 26 | 12.5 | 23,950 | 28,155 | 25,516 |
| Chile (B) | 8.8 | 2.0 | 3 | 22 | 29 | 11.9 | 5,089 | 9432 | 11,569 |
| Colombia (B) | 7.8 | 2.0 | 3 | 5 | 21 | 8.9 | 1,977 | 6,243 | 29,554 |
| Costa Rica (B) | 7.7 | 2.0 | 3 | 33 | 66 | 15.1 | 4,208 | 8,454 | 2,852 |
| Cuba (A) | 4.5 | 2.0 | 2 | 29 | 70 | 9.0 | - | - | 8,915 |
| Ecuador (D) | 7.2 | 5.4 | 3 | 41 | 67 | 15.7 | 1,353 | 3,402 | 8,407 |
| El Salvador (B) | 5.6 | 2.0 | 4 | 9 | 38 | - | 2,128 | 4,727 | 4,243 |
| EE.UU. (A) | 9.6 | 1.0 | 2 | 34 | 54 | 17.2 | 34,789 | 34,430 | 228,220 |
| Guatemala (D) | 3.8 | 2.0 | 4 | 49 | 84 | 11.5 | 1,683 | 3,903 | 6,582 |
| Guyana (B) | 5.9 | 2.0 | 3 | 20 | 40 | 8.5 | 961 | 4,111 | 523 |
| Haití (D) | 7.5 | 0.0 | 2 | 58 | 62 | 18.8 | 470 | 1,663 | 4,967 |
| Honduras (B) | 4.7 | 2.0 | 4 | 72 | 84 | 21.4 | 921 | 2515 | 3,992 |
| Jamaica (B) | 3.9 | 2.0 | 2 | 38 | 61 | 7.8 | 2,904 | 3,548 | 1,767 |
| México (B) | 6.5 | 1.8 | 4 | 36 | 65 | 13.2 | 5,806 | 8,798 | 69,336 |
| Nicaragua (D) | 3.6 | 1.0 | 4 | 12 | 50 | 5.2 | 769 | 3098 | 3,057 |
| Paraguay (B) | 5.3 | 1.5 | 3 | 9 | 33 | 6.6 | 1,445 | 4,490 | 3,512 |
| Perú (D) | 9.9 | 5.9 | 3 | 20 | 29 | 13.1 | 2,085 | 4,820 | 17,761 |
| República Dominicana (B) | 7.5 | 1.0 | 2 | 12 | 35 | 9.7 | 2,481 | 6,682 | 5,617 |
| Surinam (B) | 6.2 | 0.0 | 3 | 30 | 55 | - | 2,216 | - | 302 |
| Trinidad y Tobago (B) | 4.3 | 0.0 | 2 | 29 | 70 | 8.7 | 6,689 | 9,234 | 991 |
| Uruguay (B) | 9.8 | 2.0 | 3 | 25 | 43 | 14.9 | 5,137 | 7,474 | 2,557 |
| Venezuela (B) | 9.0 | 2.0 | 3 | 19 | 39 | 12.7 | 4,377 | 5,259 | 17,072 |

1 en litros de alcohol puro incluyendo consumo no registrado

2 en litros de alcohol puro

3 puntaje de consumo de riesgo con 1 = menos y 4= más perjudicial (para mayor explicación, ver texto)

4 consumo per cápita por bebedor en litros de alcohol puro, incluyendo consumo no registrado

5 Producto Interno Bruto en dólares de EE.UU.

6 Paridad de poder adquisitivo (PPA) en dólares internacionales

Fuente: Base de datos global de la OMS

edad o más). Se estima que hay un 11.2% de bebedores intensos y un consumo promedio de 14.3 litros por bebedor adulto.

En países de vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad como Brasil, México, Chile y otros, el consumo per cápita es similar al de los países desarrollados (9.0 de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más). El porcentaje estimado de bebedores intensos es ligeramente menor (9.1%), con un promedio similar de consumo per cápita (14.1 litros por bebedor), aunque el patrón promedio de ingesta es mayor (3.1, comparado con 2.0 litros en EE.UU. y Canadá).

En países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad, como Bolivia y Perú, el consumo promedio per cápita es menor, (5.1 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más), el porcentaje de bebedores intensos es menor (2.7) así como el consumo promedio (7.61), aunque el patrón promedio de ingesta es tan elevado como el de los demás países en vías de desarrollo (Base de Datos Global sobre Alcohol de la OMS, favor de consultar <http://www.who.int/globalatlas>).

Aunque el consumo per cápita de alcohol se ha estabilizado en los EE.UU., en el transcurso de los últimos años en Canadá se ha observado un incremento del 13% desde 1997, según Statistics Canada (Statistics Canada 2005).

2.4 Patrones de consumo

El consumo excesivo episódico es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la Región. El patrón de ingesta promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es de riesgo para la salud.

2.4.1 Consumo excesivo episódico

La consumo excesivo episódico, definido como cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión (o por un periodo de dos horas) para el hombre, y cuatro o más

tragos estándar para la mujer, es un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección, ETS y VIH (Obot y Room 2005).

Recientes análisis de la Encuesta 2004 de Adicciones de Canadá describieron que el 62% del consumo de alcohol ocurría en días en los que consumían cinco o más tragos los varones y cuatro o más tragos las mujeres (Stockwell et al. 2005). Para los jóvenes de entre 19 y 24 años, este porcentaje se elevó a casi 90%.

En muchos países en vías de desarrollo de la Región, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado (beber más de cinco tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes (Villatoro et al. 2005; Median Mora et al. 2003).

2.4.2 Medición de los patrones de consumo

Se pueden estimar los patrones de consumo en base al riesgo asociado de daño. Un modelo de medición adoptado por la OMS, y utilizado en análisis previos, se basa en un rango de puntuaciones de 1 a 4, donde 4 representa el patrón más masivo, reflejando altas frecuencias de ocasiones de ingesta intensa, beber entre comidas y en lugares públicos (Rehm et al. 2004; OMS 2004). Aunque muchos países aún no han realizado encuestas apropiadas en la población general sobre el consumo de alcohol y los patrones de consumo, informantes claves han proporcionado datos a la OMS que han sido utilizados para estimar el patrón típico de ingesta en un país dado.

La Tabla 2.2 demuestra que AMR A tenía el patrón de consumo de menor valor medio en la Región americana (2.00), seguida por AMR B y D, que fueron aproximadamente iguales, en poco más de tres. Esto confirma previas investigaciones, que demuestran que los patrones de ingesta son peores (puntuaciones de 3 y 4) en los países en vías de desarrollo, como los centroamericanos, en tanto que los países de América del Norte y el Caribe tienden a tener puntajes de patrones menos nocivos, de aproximadamente 2 (Rehm et al. 2004). Tanto la puntuación de los patrones de consumo, como el consumo no registrado de alcohol, juegan un papel significativo en la determinación de la mortalidad y carga atribuible al alcohol,

lo que será confirmado en las siguientes tablas. También cabe destacar que tanto AMR A como B son culturas en las que predomina la ingesta de cerveza, mientras que en AMR D se consumen licores y cerveza en cantidades aproximadamente iguales. Los países más populosos de cada Región son interesantes en cuanto a la influencia que ejercen sobre los valores generales para la Sub-región y la Región, específicamente para AMR B y AMR D, (puesto que AMR A -específicamente EE.UU- pesa mucho sobre el promedio de la Región de las Américas en general). México tiene tasas de abstinencia atípicamente elevadas para AMR B, y en consecuencia un menor consumo per cápita que el de AMR B y la región Americana en general. Sin embargo, el valor de los patrones refleja un patrón perjudicial de ingesta entre aquéllos que ciertamente beben (Medina Mora et al. 2000; Median Mora et al. 2002). Ocurre lo opuesto en Perú, donde cantidades atípicamente bajas de abstemios elevan los valores de consumo per cápita de alcohol. Esto, combinado con un patrón de ingesta perjudicial, produce altas tasas de daños relacionados con el alcohol en estas regiones, como lo ilustran las siguientes tablas.

2.5 Daño asociado con el alcohol en las Américas

2.5.1 Carga de Morbilidad

El alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en los países en vías de desarrollo de las Américas, y el segundo factor de riesgo en los países en vías de desarrollo de la Región.

En la Región de las Américas, el alcohol fue el factor *de riesgo principal* para la carga de morbilidad, entre 26 factores de riesgo distintos evaluados en 2000 (Rehm y Monteiro 2005), como se demuestra en la Figura 2.1 (que describe los diez principales factores de riesgo en las Américas), y la Tabla 2.3 (que muestra los diez principales factores de riesgo por sub-región). Aunque el alcohol es un importante factor de riesgo en varias regiones del mundo, las Américas son únicas ya que el alcohol supera al tabaquismo como el factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad (Rehm y Monteiro 2005).

Tabla 2.2 Características de consumo de alcohol en las subregiones OMS de las Américas (AMR) en 2002

| Región OMS* | Población adulta ** | Porcentaje de abstemios | | Consumo de alcohol† | Consumo no registrado | Valor del patrón | Bebida registrada como más consumida |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------|-----------|---------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | M | F | | | | |
| AMR A | 262,651 | 32 | 52 | 9.4 | 1.1 | 2.0 | Cerveza (59%) |
| Estados Unidos de América | 228,220 | 37 | 54 | 9.6 | 1.0 | 2 | Cerveza (61%) |
| AMR B | 311,514 | 18 | 39 | 8.4 | 2.6 | 3.1 | Cerveza (59%) |
| Brasil | 127,411 | 13 | 31 | 8.8 | 3.0 | 3 | Cerveza (59%) |
| México | 69,336 | 35 | 64 | 7.7 | 3.0 | 4 | Cerveza (77%) |
| AMR D | 46,049 | 32 | 51 | 7.4 | 4.0 | 3.1 | Licores y cerveza (50% cada uno) |
| Perú | 17,761 | 20 | 27 | 9.9 | 5.9 | 3 | Cerveza (88%) |
| Región Americana OMS | 620,213 | 25 | 45 | 8.7 | 2.1 | 2.6 | Cerveza (58%) |
| Mundial | 4,388,297 | 45 | 66 | 6.2 | 1.7 | 2.6 | Licores (55%) |

*Subgrupos regionales definidos por la Organización Mundial de la Salud:

AMR A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América. AMR B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Grenada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela. AMR D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

** números en miles

† Consumo per cápita de adultos (edad 15+) para 2002 en litros de alcohol puro, derivado como el promedio de consumo anual de 2001 a 2003, incluyendo el consumo no registrado. Las cifras pueden derivarse de la FAO, World Drink Trends, o de la base de datos global de la OMS, dependiendo de su disponibilidad y exactitud.

Figura 2.1 Los 10 primeros factores de riesgo para la carga de morbilidad en las Américas, 2000 (en % AVAD)

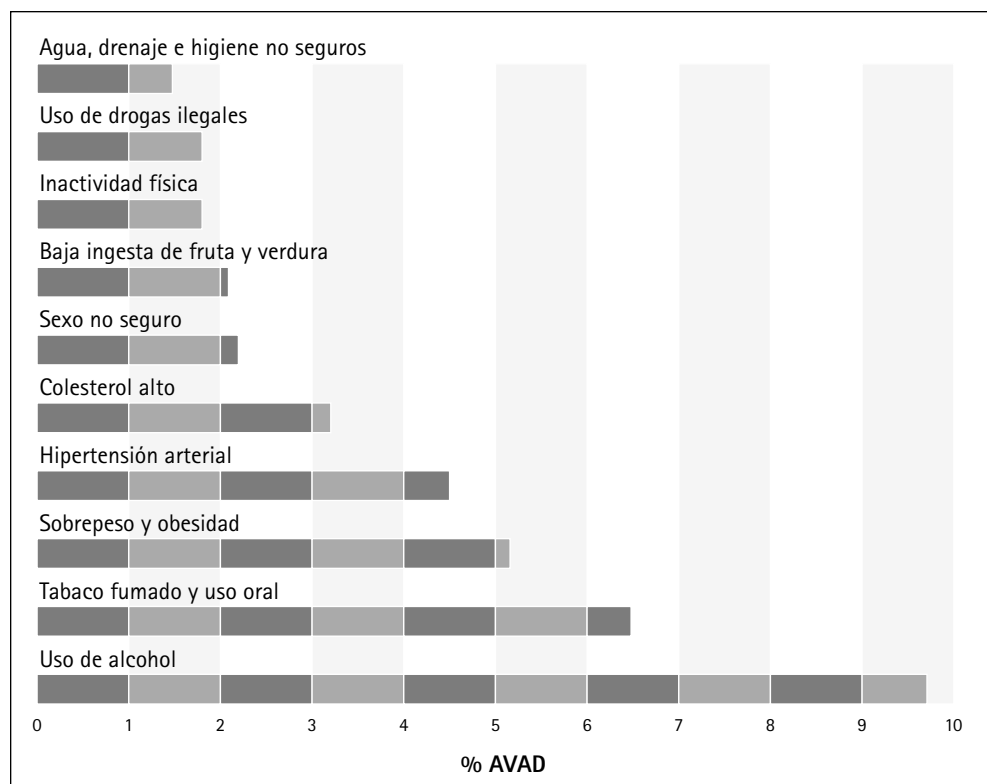


Tabla 2.3 Principales factores de riesgo para la carga de morbilidad en el año 2000 en diferentes regiones de las Américas, clasificadas por porcentaje de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos atribuibles a cada factor *

| América D (Alta mortalidad infantil y adulta) | América B (Baja mortalidad infantil y adulta) | América A (Muy baja mortalidad infantil y adulta) |
|--|--|--|
| AVAD totales (miles) | 17 052 | 80 437 |
| Alcohol | 5.5 | 11.4 |
| Bajo peso | 5.3 | 4.2 |
| Sexo no seguro | 4.8 | 4.0 |
| Agua y servicios sanitarios no seguros | 4.3 | 3.7 |
| Sobrepeso | 2.4 | 2.3 |
| Hipertensión arterial | 2.2 | 2.1 |
| Deficiencia de hierro | 1.9 | 2.1 |
| Humo en interiores | 1.9 | 1.8 |
| Colesterol | 1.1 | 1.6 |
| Baja ingesta de frutas y verduras | 0.8 | 1.4 |
| | | 46 284 |
| | | 13.3 |
| | | 7.8 |
| | | 7.5 |
| | | 6.0 |
| | | 5.3 |
| | | 2.9 |
| | | 2.7 |
| | | 2.6 |
| | | 1.1 |
| | | 1.0 |

*Definición de regiones: Las subagrupaciones regionales utilizadas fueron definidas por la OMS, basándose en niveles altos, medios o bajos de mortalidad adulta e infantil. "A" significa muy baja mortalidad infantil y adulta de, "B" es baja mortalidad infantil y adulta, y "D" es alta mortalidad infantil y adulta.

América A Canadá, Cuba, Estados Unidos de América; **América B** Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela; **América D** Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú

2.5.2 Muertes relacionadas con el alcohol

Se estima que en el año 2002, el alcohol produjo la muerte de UNA persona cada DOS minutos en la Región.

El consumo de alcohol causa una considerable carga de morbilidad en la Región, por encima de las estimaciones globales: 5.4% de todas las muertes y 10% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad en el año 2002, que podían atribuirse al consumo de alcohol, donde la mayor parte de la carga recaía sobre Centro y Sudamérica (Rehm et al. 2006).

Se estima que causó cuanto menos 323,000 muertes en 2002, proporcionalmente más elevado que la media global o de la Región europea (Rehm et al. 2006). Las lesiones intencionales y no intencionales representan aproximadamente el 60% de todas las muertes relacionadas con el alcohol y casi el 40% de la carga de morbilidad asociada. La mayor parte de la carga de morbilidad afecta a varones (83.3%) y 77.4% de la carga proviene de la población de entre 15 y 44 años de edad, y por consiguiente afecta en su mayor parte a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos. Las Tablas 2.4 y 2.5 resumen los resultados para el año 2002.

Tabla 2.4 Mortalidad atribuible al alcohol en las Américas en 2002, comparada con el mundo.

| | AMR 2002 | | | | Mundial 2002 | | | |
|--|----------|-------|-------|-------|--------------|--------|-------|-------|
| | no. | | % | | no. | | % | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Condiciones maternas y perinatales (bajo peso al nacimiento) | 0 | 0 | 0.0 | 0.2 | 1 | 1 | 0.1 | 0.4 |
| Cáncer | 30 | 19 | 10.7 | 40.1 | 361 | 105 | 19.7 | 36.7 |
| Diabetes melítus | -4 | -1 | -1.3 | -2.0 | -8 | -4 | -0.4 | -1.3 |
| Trastornos neuropsiquiátricos | 24 | 5 | 8.8 | 9.8 | 106 | 25 | 5.7 | 8.6 |
| Enfermedades cardiovasculares | 31 | -8 | 11.1 | -17.4 | 361 | -53 | 19.7 | -18.4 |
| Cirrosis hepática | 50 | 14 | 18.3 | 30.7 | 293 | 77 | 16.0 | 26.7 |
| Lesiones no intencionales | 80 | 13 | 29.0 | 27.0 | 501 | 96 | 27.3 | 33.3 |
| Lesiones intencionales | 65 | 5 | 23.4 | 11.7 | 220 | 40 | 12.0 | 14.1 |
| Todas las muertes atribuibles al alcohol | 276 | 47 | 100.0 | 100.0 | 1,836 | 287 | 100.0 | 100.0 |
| Todas las muertes | 3,170 | 2,791 | | | 29,891 | 27,138 | | |
| Porcentaje de todas las muertes atribuibles al alcohol | 8.7% | 1.7% | | | 6.1% | 1.1% | | |

Fuente. Rehm et al. 2006

Tabla 2.5 Mortalidad atribuible al alcohol y AVAD por sub-región en las Américas, 2002

| Región | Muertes atribuibles al alcohol ('000) | % de todas las muertes en la Región o Subregión | AVAD atribuibles al alcohol ('000) | % de todos los AVAD en la Región o subRegión |
|----------|---------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| AMR A | 50 | 1.8 | 4 011 | 8.6 |
| AMR B | 248 | 9.2 | 9 636 | 11.8 |
| AMR D | 26 | 4.8 | 948 | 5.5 |
| Américas | 323 | 5.4 | 14 595 | 10.0 |
| Mundial | 2 123 | 3.7 | 64 975 | 4.4 |

Fuente: Rehm et al. 2006

2.5.3 El alcohol y los jóvenes

Las investigaciones sugieren que los niños en la Sub-región están comenzando a beber ya desde los diez años de edad.

En 2002, al menos 69,000 muertes de personas entre 15 y 29 años de edad se atribuyeron a la ingesta de alcohol.

Entre los jóvenes, el alcohol es la droga predilecta. De hecho, los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas (NIAAA 2000). Aunque la mayoría de los niños de entre diez y catorce años aún no han comenzado a beber, la adolescencia temprana es un momento de especial riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol (OMS 2001).

Aunque algunos padres y tutores pueden sentir alivio de que sus hijos adolescentes "solamente" beben, es importante recordar que el alcohol es una poderosa droga psicoactiva (que altera el estado de ánimo) (OMS 2004c; NIAAA 2000). El alcohol no sólo afecta la mente y el cuerpo muchas veces de manera impredecible, sino que además los adolescentes carecen de las habilidades de criterio y resistencia para manejar el alcohol con prudencia. Como resultado:

- Los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol son una importante causa de muerte y discapacidad entre los jóvenes. El uso de alcohol también está relacionado con muertes en la juventud por ahogamiento, incendio, suicidio y homicidio.
- Los adolescentes que usan alcohol tienen más probabilidades que los adolescentes abstemios de ser sexualmente activos a edades más tempranas, de tener relaciones sexuales con mayor frecuencia y de tener sexo sin protección.
- Los jóvenes que beben tienen más probabilidades que los demás de ser víctimas de delitos violentos, incluyendo violación, asalto a mano armada y robo.
- Los adolescentes que beben tienen más probabilidades de tener problemas de asistencia a la escuela, con las tareas y el comportamiento escolar.

- El individuo que comienza a beber como adolescente tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que quien espera hasta la edad adulta para usar alcohol.

Desde 2001, los análisis de las encuestas escolares en varios países de la Región (Tabla 2.6), en su mayoría patrocinadas por CICAD (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas, para mayores detalles ver www.cicad.oas.org) indican que los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley. Más aún, aunque no se contaba con datos sobre daños, las investigaciones recientes indican que mientras más temprana es la edad de inicio del consumo de alcohol, mayor es el riesgo a desarrollar dependencia del alcohol en etapas posteriores de la vida (Grant y Dawson 1997). Además, las consecuencias agudas del consumo en menores incluyen muerte y lesiones no intencionales asociadas con manejar o llevar a cabo otras labores de riesgo luego de beber, homicidio y violencia, intentos de suicidio, abuso sexual, comportamiento sexual de riesgo, vandalismo y daños a la propiedad. Además, estas consecuencias parecen ser más severas en aquellos que comienzan a beber en una edad más temprana (IOM 2004).

El consumo excesivo episódico es especialmente más elevado en jóvenes. En Brasil, por ejemplo, una encuesta reciente sobre comportamientos relacionados con la salud en 800 estudiantes secundarios de siete escuelas privadas de enseñanza media y superior de San Pablo, descubrió que el 25% de los adolescentes encuestados reportaron por lo menos una ocasión de consumo excesivo episódico (al menos cinco tragos en aproximadamente dos horas) en los 30 días anteriores. Este mismo comportamiento fue reportado por el 10% de los 900 estudiantes de bajos ingresos encuestados en diez escuelas públicas (Carlini-Cotrim et al. 1998); en México, el 21% de los estudiantes de escuelas preparatorias reportaron una ingesta de cinco o más tragos por ocasión durante el mes previo a la encuesta (Villatoro et al. 2005).

La encuesta de salud escolar global es otro proyecto a gran escala patrocinado por la OMS, OPS y el Centro de Control de Enfermedades (CDC) (<http://www.who.int/chp/gshs/en/> o <http://www.cdc.gov/gshs/>

Tabla 2.6 Uso de alcohol entre jóvenes escolares (14 a 17 años de edad en países latinoamericanos selectos, 2001–2005

| País | Género | Uso durante la vida | Uso en el año anterior | Uso en el mes anterior |
|-----------|---------|---------------------|------------------------|------------------------|
| Venezuela | Mujeres | 63.1% | 42.8% | 23.1% |
| | Hombres | 68.2% | 49.4% | 27.8% |
| | Total | 65.6% | 45.9% | 25.4% |
| México* | Mujeres | 46% | - | 35.2% |
| | Hombres | 45.8% | - | 35.1% |
| | Total | 45.9% | - | 35.2% |
| Panamá | Mujeres | 63.7% | 43.8% | 27.2% |
| | Hombres | 63.9% | 46.7% | 31.0% |
| | Total | 63.8% | 45.2% | 28.8% |
| Guatemala | Mujeres | 47.9% | 27.7% | 13.3% |
| | Hombres | 53.9% | 34.4% | 19.3% |
| | Total | 50.5% | 30.6% | 15.8% |
| Nicaragua | Mujeres | 53.6% | 32.3% | 16.0% |
| | Hombres | 65.7% | 44.3% | 26.1% |
| | Total | 59.0% | 37.7% | 20.5% |
| Uruguay | Mujeres | 77.1% | 65.3% | 48.2% |
| | Hombres | 79.4% | 68.9% | 52.5% |
| | Total | 78.2% | 67.0% | 50.1% |
| Paraguay | Mujeres | 60.8% | 49.0% | 40.0% |
| | Hombres | 58.7% | 48.1% | 40.4% |
| | Total | 59.8% | 48.6% | 40.0% |
| Brasil | Mujeres | 70.3% | 68.8% | 48.3% |
| | Hombres | 68.4% | 66.2% | 47.8% |
| | Total | 69.3% | 67.4% | 48.0% |
| Colombia | Mujeres | 74.2% | 63.1% | 49.0% |
| | Hombres | 79.1% | 68.4% | 55.3% |
| | Total | 76.4% | 65.4% | 51.9% |
| Chile | Mujeres | 69.5% | 59.2% | 40.2% |
| | Hombres | 66.8% | 54.6% | 40.2% |
| | Total | 68.1% | 56.9% | 40.1% |
| Bolivia | Mujeres | 34.0% | 22.7% | 13.7% |
| | Hombres | 44.3% | 30.9% | 19.3% |
| | Total | 39.0% | 26.7% | 16.4% |
| Ecuador | Mujeres | 58.0% | 39.8% | 25.3% |
| | Hombres | 63.3% | 43.7% | 30.9% |
| | Total | 60.5% | 41.7% | 28.0% |
| Perú | Mujeres | 47.2% | 35.0% | 23.2% |
| | Hombres | 65.7% | 40.1% | 28.6% |
| | Total | 59.0% | 37.5% | 25.9% |
| Argentina | Mujeres | 62.3% | 50.0% | 42.0% |
| | Hombres | 65.7% | 56.6% | 46.0% |
| | Total | 59.0% | 53.0% | 42.2% |

* Rango de edades de 12-18 años de edad (Villatoro et al. 2005)

Fuente para Brasil: SENAD (Secretaría Nacional Antidrogas); Fuente para México: Villatoro et al. 2005; Fuente para otros países: encuestas escolares CICAD

Tabla 2.7 Consumo de alcohol en niños escolares de 13–15 años de edad en países latinoamericanos selectos¹

| País | Año | N (total) | Prevalencia (%) en el consumo en los últimos 30 días | | | Prevalencia (%) que se embriagaron cuando menos una vez en la vida | | | Prevalencia (%) que tuvieron un problema como resultado de beber durante la vida | | |
|------------------------|------|-----------|--|-------|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | | | Total | Niños | Niñas | Total | Niños | Niñas | Total | Niños | Niñas |
| Chile ² | 2004 | 2111 | 34% | 31% | 37% | 26% | 25% | 26% | 18% | 17% | 19% |
| Guyana | 2004 | 1212 | 35% | 47% | 26% | 28% | 40% | 18% | 12% | 18% | 6% |
| Santa Lucía | 2007 | 1276 | 55% | 59% | 52% | 35% | 41% | 30% | 15% | 15% | 14% |
| Uruguay | 2006 | 3406 | 60% | 62% | 58% | 30% | 33% | 29% | 19% | 24% | 16% |
| Venezuela ³ | 2003 | 2249 | 35% | 38% | 32% | 20% | 25%W | 15% | 11% | 14% | 8% |

Fuente: CDC

o <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/EMSE/EMSEesp.html>). Utilizando preguntas comparables en niños escolares de entre 13-15 años de edad, la encuesta recaba datos sobre el consumo del alcohol y otros comportamientos de riesgo. Están participando varios países latinoamericanos; en la Tabla 2.7 se muestran los resultados disponibles por país.

Otro estudio demostró que el inicio temprano del consumo del alcohol está relacionado con el abuso de drogas, delincuencia, comportamiento antisocial en la vida adulta y fracaso educativo (Curie 2004).

Como se puede apreciar en la Tabla 2.8, por lo menos 69,000 muertes de personas entre 15 y 29 años de edad estuvieron relacionadas con el alcohol y el número de años de vida perdidos por muertes y discapacidades asociados con la sustancia se estimaron en más de siete millones de años en 2002 (OMS 2002). Por consiguiente, la ingesta en menores es un problema significativo en las Américas.

Existen otras estadísticas reveladoras para EE.UU.: (CAMY 2005):

- La ingesta en menores representa entre el 12 y 20% del mercado de alcohol en los EE.UU.
- Las estadísticas de bebedores intensos (cinco o más tragos por ocasión de ingesta) demuestran que:

- los bebedores episódicos de 12-14 años de edad consumen el 92% del alcohol que se bebe en su grupo de edades.
- el 96% del alcohol bebido por jóvenes de 15-17 años y de 18-20 años se consume cuando el bebedor ingiere cinco o más tragos por sesión.

Es sabido que el acceso al alcohol es un fuerte determinante del consumo (Babor et al. 2003) particularmente entre jóvenes. Un reciente estudio en Brasil realizado en 1990 entre estudiantes de 11-21 años de edad indicó que era muy fácil adquirir el alcohol y beberlo en un contexto social con parientes y amigos. Tan sólo el 1% reportó que había intentado comprar bebidas alcohólicas sin poder hacerlo (Vieira et al. 2007).

En conclusión, existen evidencias de que los jóvenes están comenzando a beber a edades cada vez más tempranas (Vieira et al. 2007). Esto puede causar daño fisiológico en el cerebro (que madura hasta los 25 años de edad); incrementa de cuatro a cinco veces el riesgo de desarrollar dependencia del alcohol; y puede tener consecuencias agudas que juegan un papel significativo en las estadísticas de mortalidad, como accidentes automovilísticos, homicidios, suicidios y ahogamientos. La mercadotecnia ha jugado un papel crucial en la convergencia global de patrones de uso del alcohol en países desarrollados y en vías de desarrollo (ver siguiente sección sobre mercadotecnia), en un entorno en el que se dispone de poca protección para la salud y seguridad (IOM 2004; OMS 2001).

1 Las cifras están redondeadas; para cifras exactas por favor consultar: <http://www.who.int/chp/gshs/en/>

2 Zona metropolitana (hay datos para otras zonas, pero no se muestran aquí)

3 Barinas (encuesta disponible también para Lara, pero no se muestra aquí)

Tabla 2.8 Carga de morbilidad, en mortalidad y AVAD, en 2002, atribuibles al alcohol.

| REGIÓN | Hombres 15-29 | | | | Mujeres 15-29 | | | |
|----------------|---------------|--------------------|---------------|-----------------|---------------|--------------------|--------------|-----------------|
| | Muertes (000) | % total de muertes | AVAD (000) | % total de AVAD | Muertes (000) | % total de muertes | AVAD (000) | % total de AVAD |
| Afr D | 16 | 9.2% | 807 | 7.2% | 4 | 1.5% | 194 | 1.3% |
| Afr E | 32 | 10.2% | 1,701 | 9.7% | 5 | 0.9% | 275 | 1.1% |
| Amr A | 9 | 23.2% | 1,471 | 29.3% | 1 | 9.8% | 395 | 9.6% |
| Amr B | 51 | 34.8% | 4,095 | 31.2% | 4 | 7.9% | 659 | 7.9% |
| Amr D | 4 | 15.9% | 355 | 16.6% | 0 | 2.3% | 65 | 3.3% |
| Emr B | 2 | 5.8% | 93 | 2.8% | 0 | 1.1% | 11 | 0.4% |
| Emr D | 2 | 1.4% | 74 | 0.9% | 0 | 0.3% | 16 | 0.2% |
| Eur A | 9 | 27.0% | 1,132 | 26.3% | 1 | 11.3% | 235 | 6.4% |
| Eur B | 10 | 25.2% | 704 | 18.0% | 1 | 7.9% | 107 | 3.3% |
| Eur C | 41 | 40.8% | 2,366 | 34.9% | 6 | 21.3% | 267 | 7.5% |
| Sear B | 12 | 10.8% | 669 | 3.8% | 1 | 1.8% | 80 | 1.3% |
| Sear D | 33 | 7.1% | 2,029 | 6.3% | 5 | 1.1% | 272 | 0.7% |
| Wpr A | 2 | 18.6% | 211 | 17.4% | 0 | 8.2% | 101 | 9.0% |
| Wpr B | 40 | 14.0% | 3,874 | 15.4% | 7 | 5.2% | 654 | 3.3% |
| MUNDIAL | 263 | 13.9% | 19,583 | 13.8% | 36 | 2.2% | 3,331 | 2.4% |

Fuente: Rehm et al. 2006

"A" significa muy baja mortalidad infantil y adulta, "B" significa baja mortalidad infantil y adulta, "C" baja mortalidad infantil y alta mortalidad adulta, "D" alta mortalidad infantil y adulta, y "E" alta mortalidad infantil y muy alta mortalidad adulta.

Afr= Región Africana; Amr= Región Americana; Emr= Región Mediterránea Oriental; Eur= Región Europea; Sear= Región del Sudeste Asiático; Wpr= Región del Pacífico Occidental

Para una lista completa de países en cada Región y categoría, consulte el Informe Mundial de Salud, 2002 lista del anexo estadístico de los Estados Miembro por Región OMS y estrato de mortalidad.

2.5.4 Alcohol y seguridad automovilística

Entre el 20 y 50% de las fatalidades en accidentes de tránsito en las Américas están relacionadas con el alcohol.

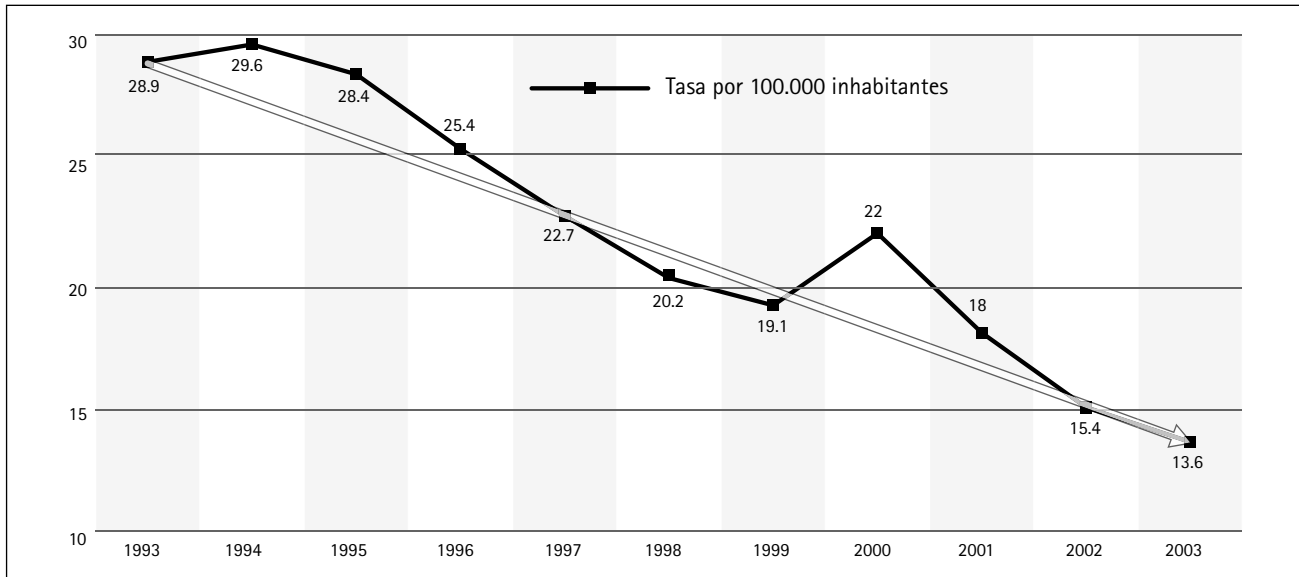
El consumo de alcohol, incluso en pequeñas cantidades, incrementa el riesgo de quedar implicado en un accidente automovilístico, ya sean conductores o peatones, por afectar la capacidad de discernimiento, la visión, el tiempo de reacción y la coordinación motora (OMS 2007).

A pesar de la falta de datos específicos de cada país, el manejar después de beber se percibe como una práctica común que

debe ser controlada. Las muertes y discapacidades causadas por una combinación de consumo de alcohol y manejo pueden prevenirse totalmente. Los accidentes de tránsito en la Región están fuertemente relacionados con el uso perjudicial de alcohol. Entre el 20 y el 50% de las fatalidades en accidentes de tránsito están relacionadas con el alcohol (OMS 2004b).

Aunque no existe una investigación regional completa sobre alcohol y seguridad vial, los siguientes son ejemplos que proporcionan un panorama acerca de datos existentes sobre el conducir en estado de ebriedad y sobre las medidas emprendidas por diversas autoridades en la Región con la intención de reducir las muertes y lesiones relacionadas con el alcohol.

Figura 2.2 Muertes por lesión de tránsito en Cali, 1993–2003



Colombia: Los datos del Departamento de Medicina Forense en Cali, Colombia, demuestran que en el 60% de los accidentes de tránsito estuvieron implicados altos niveles de alcohol en sangre. Es importante señalar que el 50% de las muertes por lesiones en accidentes de tránsito en Cali se debieron a peatones atropellados. La Figura 2.2 demuestra la situación entre 1993-2003 (más información en: http://vigileiones.univalle.edu.co/informes/anuales/transito/transit_2003.pdf).

En México, un estudio de 112 pacientes ingresados en salas de emergencias debido a lesiones causadas por accidentes automovilísticos, descubrió que el 13.4% de los pacientes tenían concentraciones de alcohol en sangre positivas y el 14.6% de los sujetos admitieron haber bebido seis horas antes del accidente (Borges et al. 2005).

En los EE.UU., el manejo en estado de ebriedad sigue siendo un problema importante. En 2004, las consecuencias ocasionadas por este tipo de manejo incluyeron 16,694 fatalidades, 275,000 lesiones (reportadas a la policía), más de 40 mil millones de dólares anuales en costos totales para la sociedad y 1.4 millones de arrestos (NHTSA 2006).

Las estadísticas de mortalidad por lesiones de tránsito en los años 1999-2004 de la Administración Nacional de Seguridad de Tránsito en Carreteras (NHTSA, por sus siglas en inglés) de EE.UU. indican que “el conducir en estado de ebriedad sigue jugando un papel importante en los accidentes de tránsito ocasionados por vehículos automotores, sin importar divisiones de raza, etnia, edad o género”. Los datos demuestran que el porcentaje más elevado de conductores que bebieron y sufrieron lesiones fatales se registró en americanos nativos (57%) e hispanicos o latinos (47%). Esta tendencia pareció ser independiente de ciertas influencias socioeconómicas, como el nivel educativo o la proporción de conductores mujeres/varones en la población de conductores muertos (NHTSA 2006).

En Brasil se han realizado varios estudios, revisados por Carlini-Cotrom (2000). Entre ellos, un estudio en cuatro capitales estatales brasileñas midieron el NAS en el 92% de las víctimas (n = 865) de los accidentes de tránsito durante una semana típica. Se halló presencia de algún contenido de alcohol en el 61% de la muestra; el 16.6% de la muestra total tenía un NAS de más de 0.6 g/litro. La presencia de alcohol fue similar en las víctimas fatales: el 53% tuvo resultado positivo. Sin embargo, el 38.2% de ellas presentó un NAS de más de 0.6g/litro. Según

Carlibi-Cotrim (2000), durante festividades, como el carnaval, las incidencias de víctimas en estado de ebriedad en accidentes de tránsito son aún mayores. En un estudio realizado en Recife, Oliveira y Melcop (1997) descubrieron que el 80.7% de las víctimas de accidentes de tránsito tenían resultados positivos de alcohol. En San Pablo, se analizó aleatoriamente el NAS de 384 víctimas de causas externas que ingresaron en la sala de urgencias de un hospital público (Carvalho 1999). Los resultados preliminares demuestran que el 21.8% de las víctimas de accidentes de tránsito presentaron resultados positivos de NAS, en tanto que el 43.1% de las víctimas de agresión también tuvieron resultado positivo.

Una reciente investigación en Diadema, Brasil, indicó que el 30% de los conductores manejaban bajo la influencia del alcohol y el 22% estaban por encima del límite legal de 0.6% dg/ml (Dualibi et al. en prensa).

2.5.5 Alcohol y violencia

Se estima que, internacionalmente, el uso perjudicial de alcohol causa el 26% (en hombres) y 16% (en mujeres) de AVAD perdidos por homicidio (OMS 2004a).

Existe una fuerte relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de una persona de ser perpetrador o víctima de violencia. La violencia o los maltratos relacionados con el alcohol incluyen violencia en la pareja, maltrato infantil, violencia juvenil, violencia sexual y maltrato y abuso de ancianos (para mayor información y referencia, consulte la página www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/Index.html).

Relación entre alcohol y violencia

- El uso de alcohol afecta directamente las funciones cognitivas y físicas.
- El uso de riesgo de alcohol puede reducir el autocontrol, la capacidad de procesar información entrante y la evaluación de riesgos. También puede incrementar la susceptibilidad e impulsividad emocional, haciendo que ciertos bebedores sean más propensos a recurrir a la violencia en

una confrontación y ser menos capaces de negociar una resolución no-violenta del conflicto.

- Un menor control físico y una menor capacidad de reconocer signos de alarma en situaciones potencialmente peligrosas puede hacer que algunos bebedores sean blanco fácil para perpetradores.
- La expectativa individual y las creencias sociales sobre los efectos del alcohol (por ejemplo, mayor confianza en sí mismo, mayor agresión) puede significar que se consume alcohol como preparativo para involucrarse en actos de violencia.
- Los locales de bebida incómodos, apiñados y mal administrados, contribuyen a una mayor agresividad entre bebedores.
- El alcohol y la violencia pueden estar relacionados de modo ritual, como parte de la cultura de las pandillas juveniles.
- El alcohol y la violencia pueden estar relacionados a través de un factor común de riesgo (por ejemplo, trastorno de personalidad antisocial) que contribuye tanto al riesgo de ingesta intensa como de comportamiento violento.

El impacto de la violencia relacionada con el alcohol

- Homicidios: Se estima que, a nivel internacional, el uso perjudicial de alcohol causa el 26% (en hombres) y 16% (en mujeres) de AVAD perdidos por homicidio (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf)
- Relaciones entre alcohol y violencia: El abuso de alcohol y la violencia actúan como catalizadores entre ambos.
- Víctimas: Para las víctimas, experimentar o presenciar actos de violencia puede llevar a que se automediquen o a provocar en ellas el uso perjudicial de alcohol como forma de enfrentar la situación (Wingwood 2000). El impacto sobre la salud también incluye lesiones físicas y daños emocionales como depresión, ansiedad y problemas del sueño. También puede afectar las relaciones personales entre víctimas y sus familiares y amigos, incluyendo la capacidad de la víctima de trabajar o asistir a la escuela.
- Niños: Los niños que presencien violencia o amenazas de violencia entre sus padres tienen más probabilidades de desarrollar problemas emocionales y de comportamiento durante la infancia. También son más propensos a desarrollar patrones de ingesta intensa o dependencia del alcohol

en etapas posteriores de la vida, lo cual aumenta su riesgo de ser perpetradores de violencia (Widom et al. 1995).

- Costo económico: La carga económica de la violencia relacionada con el alcohol sobre las instituciones de salud y de justicia penal puede ser inmensa. Arrestar y tratar a delincuentes y víctimas de violencia relacionada con el alcohol es costoso y desvía recursos pertenecientes a otros temas de salud y delincuencia.
- Consecuencias sociales: El impacto de la violencia relacionada con el alcohol puede extenderse más allá de las personas implicadas. Una alta prevalencia de violencia relacionada con alcohol en una comunidad también puede afectar la calidad de vida: reduce la cohesión comunitaria, aumenta el temor al crimen, e impide que la gente visite lugares asociados con disturbios, como los centros de las ciudades por la noche (Departamento de Transporte de Londres, 2004).

Investigaciones basadas en evidencias sobre la relación entre alcohol y violencia en las Américas

En estudios realizados en siete países (Argentina, Australia, México, Polonia, España y los EE.UU.), los porcentajes de lesiones

por violencia asociadas con el uso perjudicial de alcohol fueron mayores en las sociedades con el consumo per cápita de alcohol más elevado (Cherpitel et al. 2005).

Un estudio patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (Estudio Multicéntrico de la OPS sobre Alcohol, Géneros, Culturas y Daño) comparó datos de encuestas de hogares de 10 países en las Américas, en las que se preguntó a hombres y mujeres de más de 18 años de edad sobre su consumo de alcohol y una variedad de problemas relacionados con la ingesta. La siguiente Tabla muestra los resultados de los informes sobre agresiones y lesiones luego de haber bebido.

En un estudio realizado en Argentina, Brasil y México, como parte del estudio colaborativo de la OMS sobre alcohol y lesiones, el 80% de los pacientes que terminaron en salas de emergencias por lesiones intencionales o no intencionales asociadas con alcohol fueron varones y de menos de 30 años de edad. El uso de alcohol estuvo implicado en el 46% de los casos relacionados con violencia (contra 11.5% sin violencia). El estudio también demostró que las lesiones relacionadas con la violencia se incrementan con la cantidad que se bebe (MacDonald et al. 2006).

Tabla 2.9 Prevalencia de agresiones y lesiones luego de haber bebido, respectivamente, en bebedores por país y género*

| | Prevalencia de peleas (%) | | Prevalencia de lesiones (%) | |
|--------------------|---------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| | M ⁺ | F ⁺ | M ⁺ | F ⁺ |
| Canadá | 4.41 | 1.20 | 6.39 | 2.59 |
| Argentina | 8.41 | 1.83 | 9.24 | 0.94 |
| EE.UU. (II) | 21.72 | 8.68 | 10.27 | 2.36 |
| Brasil (I) | 9.90 | 2.99 | 4.88 | 1.40 |
| Brasil (II) | 32.88 | 33.41 | 34.75 | 0.00 |
| Belice | 11.94 | 4.83 | 4.06 | 0.98 |
| México | 5.68 | 0.49 | 7.17 | 0.62 |
| Nicaragua | 26.53 | 18.00 | 12.93 | 6.00 |
| Perú | 10.97 | 2.23 | 4.80 | 0.00 |
| Costa Rica | 23.52 | 6.22 | 6.69 | 2.60 |
| Uruguay | 4.59 | 0.80 | 3.61 | 0.53 |

Fuente: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS (en prensa)

M= Masculino, F= Femenino

Nota: Se determinó el consumo episódico intenso como tener por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante el pasado año.

En Chile, un estudio en seis salas de emergencias demostró que tres de cada diez personas admitidas por cualquier tipo de violencia habían bebido en las horas previas. El estudio también demostró un alto porcentaje de personas con niveles de alcohol en sangre positivos implicadas en casos de violencia callejera (39%), seguido por un 20% de personas que habían intentado suicidarse o que habían estado implicadas en violencia doméstica (CONACE, 2001).

Un estudio realizado en Pachuca, México, descubrió que había una significativa relación entre consumo habitual de alcohol y admisión en salas de emergencia por lesiones. Los pacientes lesionados en la muestra de salas de emergencias tenían una mayor probabilidad de reportar una frecuencia y cantidad de ingesta alta en los últimos doce meses, en relación a la población general, y de reportar el haber bebido dentro de un lapso de seis horas previas a la lesión. Se hallaron niveles de alcohol en sangre positivos en el 17.7% de los pacientes lesionados y el 15.8% informó haber consumido alcohol seis horas antes del accidente (Borges et al. 2005).

En EE.UU., una encuesta halló que los delincuentes habían utilizado alcohol u otras sustancias psicoactivas en el 61% de los incidentes de violencia sexual. En el 76% de estos incidentes, se había consumido alcohol antes del acto violento (Brecklin y Ulman 2001). De los 11.1 millones de víctimas anuales de delitos violentos en EE.UU., casi uno de cada cuatro, o 2.7 millones, informaron que el delincuente había bebido antes del delito (Greenfield, 1998).

En Brasil, Duarte (1999) estudió el 75% de los expedientes de los casos de homicidio que pasaron por el Tribunal de la ciudad de Curitiba entre 1995 y 1998. Sus datos sugieren con certeza que en el 70% de los 123 casos analizados, la víctima y/o el perpetrador estaba bajo la influencia del alcohol cuando sucedió el crimen.

Calini-Cotrim y Chasin (2000) también informan acerca de un estudio de todas las víctimas con lesiones fatales a las que se les hicieron análisis de alcohol en el Instituto de Medicina Forense de la ciudad de San Pablo, Brasil, durante 1994. Descubrieron que el 64% de las víctimas de ahogamiento, 72% de las víctimas de homicidio, 53% de los peatones con lesiones fatales y el 50% de los conductores o pasajeros es-

taban intoxicados al momento de morir.

En México, Borges et al. (2004) reportaron índices de admisión a salas de emergencias con niveles positivos de alcohol que variaban entre 15 y 21% para eventos traumáticos y de 3.45 a 6.4% en emergencias médicas. Las tasas en hombres duplicaban las de las mujeres en una ciudad vacacional costera y fueron cuatro a cinco veces mayores en otras ciudades. Los autores informaron que los pacientes de trauma (63% a 79%) y emergencias médicas (72% a 87%) que habían bebido durante las seis horas previas al evento, tenían muchas probabilidades de atribuir la emergencia al uso de alcohol.

Borges et al. (2004), en un análisis de datos de México provenientes de un estudio colaborativo de la OMS, utilizaron un enfoque de correlaciones múltiples que tomó en cuenta tres periodos de control de tiempo: el día anterior a la lesión, el mismo día en la semana anterior y el mismo día en el mes anterior. En el análisis, el riesgo relativo estimado de lesión para pacientes que reportaron haber consumido alcohol dentro de un lapso de seis horas previas a la lesión (17% de la muestra) fue de 3.97 (intervalo de confianza de 95%; 2.88-5.48). El incremento en el riesgo relativo se concentró en las dos horas siguientes a la ingesta. Hubo una correlación positiva entre incremento de riesgos y aumento de la cantidad de tragos consumidos. Los datos sugieren que las estimaciones de riesgo relativo fueron iguales para pacientes con o sin trastornos de uso de alcohol.

En un análisis similar con datos de Argentina y Brasil, Borges et al. (2006) reportan un porcentaje de 21.3% de uso de alcohol en las seis horas previas a lesiones no fatales en todos los casos que ingresaron a salas de emergencias en Argentina. Esta proporción se incrementó a 25.3% cuando se consideraron únicamente lesiones relacionadas con violencia; las incidencias para Brasil fueron de 12.8 y 25.4%, respectivamente. Se realizaron análisis de la muestra total proveniente de diez países, similares a los descritos para México, presentando resultados similares.

Marleny et al. (2005), en una muestra de personas muertas por homicidio en Colombia entre 1990 y 2002, hallaron que el 24% (IC95%: 22% - 26.5%) tuvieron resultados positivos de alcohol en sangre. Esto fluctuó entre 13.6% (IC95%: 7% - 22.6%) en 2000 y 39.1% (IC95%: 29% - 47.5) en 1990.

2.5.6 Alcohol y salud en poblaciones indígenas

El mayor acceso y disponibilidad de alcohol en las comunidades indígenas, junto con las malas condiciones de vida y laborales, falta de salud, educación y de programas de prevención y tratamiento por consumo de alcohol, contribuyen a una alta tasa de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con alcohol (Room et al. 2002).

El alcohol y el tabaco son las sustancias de uso más común que causan el mayor daño general en los pueblos indígenas. Las consecuencias más significativas son problemas de salud, perturbaciones sociales y destrucción de las culturas y valores indígenas.

Las comunidades indígenas de Brasil, México, Nicaragua, Panamá y Bolivia advierten que el uso de alcohol era una antigua tradición antes de la colonización (OPS 2006). Por otra parte, en Canadá, el alcohol no existía antes de la colonización y su introducción conllevó severos problemas para la comunidad. Algunas comunidades siguen usando alcohol para propósitos terapéuticos, medicinales o rituales y otras lo utilizan junto con alimentos durante las festividades. Sin embargo, tras la colonización, las bebidas tradicionales consumidas por las poblaciones indígenas fueron lentamente sustituidas por bebidas destiladas. El consumo de alcohol se ha incrementando y está muy difundido, especialmente en varones jóvenes. Se ha perdido el carácter religioso del uso del alcohol y actualmente se consume principalmente para embriagarse. El mayor acceso y disponibilidad de alcohol en las comunidades indígenas, junto con las malas condiciones de vida y laborales, falta de salud, educación y de programas de prevención y tratamiento del consumo, contribuyen a una alta tasa de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con alcohol (Room et al. 2002).

Las experiencias en varias comunidades indígenas de Australia, Nueva Zelanda, Canadá, EE.UU. y Sudáfrica indican que los enfoques comunitarios pueden ser eficaces para reducir los problemas sociales y de salud relacionados con el consumo de alcohol. Para responder a estos problemas, se debe facilitar a las comunidades indígenas para emprender acciones con

apoyo político y económico y con el involucramiento de los mismos pueblos indígenas. (Hall 1986; Brady Rendall-Mkosi 2005; Brady M 1998; Brady 2005; OMS 1996).

2.5.7 Alcohol y género

El uso de alcohol y los problemas relacionados están vinculados con los roles y las expectativas de hombres y mujeres en la sociedad, además de las diferencias biológicas entre géneros en lo que se refiere al metabolismo del alcohol (Gender Rev Panam Salud Publica 2002). Tradicionalmente, los hombres beben con mayor frecuencia e intensidad en los países desarrollados y en algunos países en vías de desarrollo los patrones de ingesta de hombres y mujeres están convergiendo. Aunque el uso de alcohol en mujeres está aumentando gradualmente, los programas de tratamiento tienden a enfocarse en los hombres, soslayando a veces las necesidades de las mujeres.

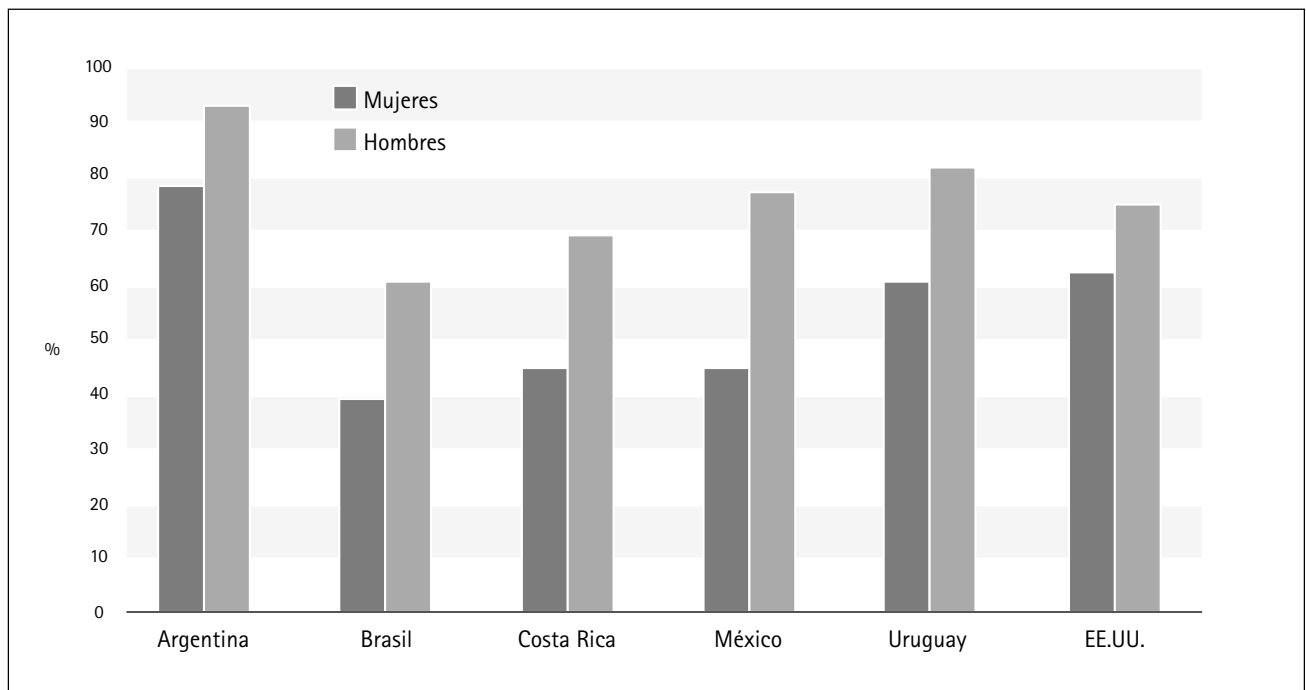
Los resultados del proyecto GENACIS (Géneros, Alcohol y Culturas: Un Estudio Internacional) compararon la prevalencia de ingesta en mujeres y hombres en seis países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Uruguay y EE.UU.) Los resultados indicaron que los hombres beben más que las mujeres (Figura 2.3), que la prevalencia de consumo intenso (Figura 2.4) es de tres a cuatro veces más común en hombres que en mujeres y que los géneros y las culturas ejercían fuertes influencias sobre el uso y abuso del alcohol (Obot y Room 2005).

Como resultado de la globalización, más mujeres están bebiendo, particularmente las jóvenes con mayor nivel educativo y, en consecuencia, algunas están experimentando problemas debido a esta práctica (Obot y Room 2005). Estudios sobre muertes relacionadas con el alcohol en la capital de México muestran que en años recientes se ha incrementado el porcentaje de muertes relacionadas con el consumo de alcohol en mujeres. Información proveniente de bases de datos que registran causas de muerte forenses indican que, en 1990, el 10% de los suicidios en mujeres estaba relacionado con alcohol, una cifra que se incrementó a 25% en 1995. En 1990, 3% de mujeres asesinaron a otra persona estando en estado de ebriedad, una cifra que se incrementó a 28.4% en 1995. En 1990, 5.8% de mujeres murieron en accidentes estando en estado de ebriedad y en 1995 esta cifra se había incrementado a 15.5% (Gutiérrez 2006).

La Tabla 2.10 proporciona información sobre la prevalencia del consumo (en los últimos doce meses) y sobre el consumo episódico intenso (beber cinco o más tragos en una sola sesión en los últimos doce meses), en hombres y mujeres, en diez países de las Américas, basándose en encuestas domésticas de población general realizadas entre 2002 y 2005,

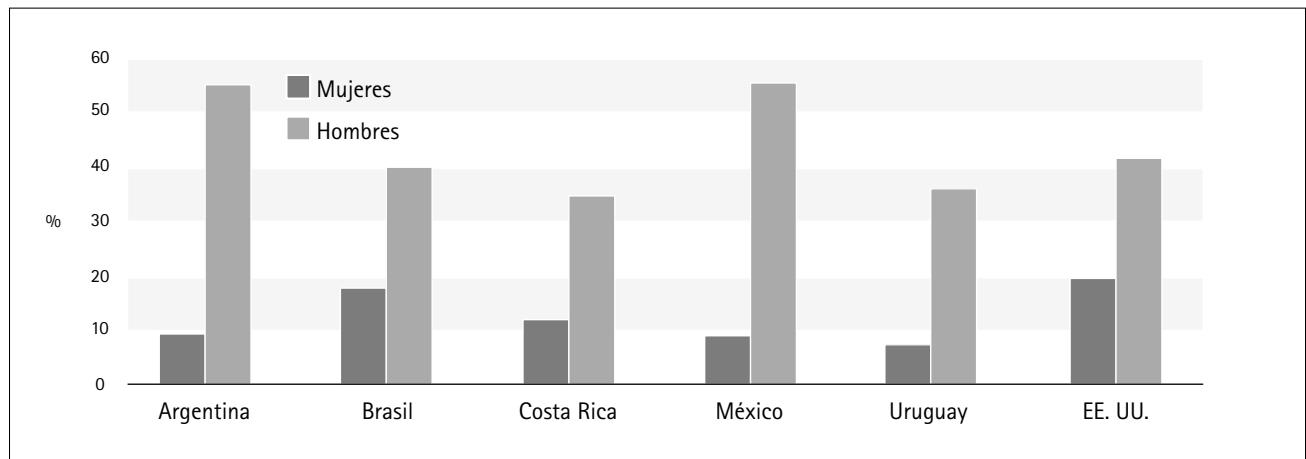
utilizando preguntas comparables (OPS, en prensa). Como puede apreciarse, el consumo de alcohol y los episodios de ingesta intensa son más comunes en hombres y mujeres de todos los países, aunque las diferencias entre géneros varían de un país a otro.

Figura 2.3 Prevalencia de consumo en hombres y mujeres por país



Fuente: Obot and Room 2005

Figura 2.4 Prevalencia de consumo episódico intenso en bebedores actuales, por país



Fuente: Obot and Room 2005

Tabla 2.10 Prevalencia de consumo episódico intenso, en hombres y mujeres, en los países participantes

| País | General (%) | Hombres (%) | Mujeres (%) |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Argentina | 30.07 | 55.52 | 9.62 |
| Canadá | 48.26 | 63.45 | 36.65 |
| Brasil (I) | 26.29 | 36.12 | 18.48 |
| Brasil (II) | 31.00 | 35.64 | 10.36 |
| Belice | 22.86 | 38.17 | 8.86 |
| Nicaragua | 16.8 | 40.23 | 6.64 |
| Perú | 37.2 | 59.06 | 26.11 |
| México | 28.54 | 56.60 | 9.04 |
| Costa Rica | 22.51 | 33.98 | 11.29 |
| Uruguay | 18.40 | 36.70 | 7.37 |
| EE.UU. | 26.93 | 37.87 | 16.80 |

Fuente: Encuestas multicéntricas por país de la OPS (en prensa)

Nota: Se determinó el consumo episódico intenso como: por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante el año anterior.

Existen varias diferencias entre hombres y mujeres que deben ser tomadas en consideración, como:

- 1. El efecto del alcohol en mujeres:** Tanto a las mujeres, como a los niños y a los jóvenes, el alcohol generalmente les afecta más y tienen mayores concentraciones en sangre que los hombres adultos con la misma ingesta de alcohol. Esto se debe a que las mujeres tienden a tener menor peso corporal, hígados más pequeños y mayor proporción de grasa que de músculo.
- 2. El estigma del alcohol⁴ y la búsqueda de ayuda:** Las mujeres tienden a experimentar más estigmas sociales relacionados con el consumo del alcohol que los hombres. Esto queda demostrado por las diferencias en los entornos en donde beben mujeres y hombres. Las mujeres beben con mayor frecuencia en privado, en contraposición con los hombres, que beben más frecuentemente en lugares públicos. Esto contribuye a la invisibilidad del uso de alcohol en mujeres, lo que hace menos probable que busquen ayuda por sus problemas relacionados con el uso de alcohol.

- 3. Mujeres, alcohol y violencia:** Muchas veces las mujeres son las víctimas directas de las consecuencias nocivas de la ingesta en hombres, puesto que comúnmente son el blanco de comportamientos agresivos (Natera et al. 1997; Natera et al. 2005; Medina Mora et al. 1999).

Según una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones en México de 1998, el 47% del número total de mujeres de entre 18 a 65 años de edad en zonas urbanas que viven con sus parejas reportaron haber sido víctimas de violencia en algún momento de sus vidas, donde el alcohol estuvo presente en el 66% de los casos (Medina Mora et al. 1999; Natera y Juárez 2004).

En un estudio multinacional donde se compararon Brasil, Costa Rica, Uruguay y Argentina, los resultados demostraron que existe una relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica (Obot y Room 2005). Los patrones de ingesta están relacionados con la agresión física del perpetrador y los ataques recibidos por la víctima. Los bebedores excesivos tienen mayores probabilidades que los bebedores moderados de ser víctimas de agresión física y atacar a su pareja o cónyuge. Sin embargo, no

⁴ **Estigma social:** una desaprobación social severa sobre características personales o creencias que están en contra de las normas culturales. El estigma social muchas veces lleva a la marginación. *Health Policymaking*

se comprenden bien ciertas complejidades. Por ejemplo, muchos actos se perpetran sin que el alcohol esté implicado y es muy posible que ciertos factores culturales puedan facilitar un comportamiento más violento bajo la influencia del alcohol.

- 4. Alcohol y comportamiento sexual:** El consumo de alcohol está asociado con el comportamiento sexual de riesgo. Las mujeres en estado de ebriedad, tanto adolescentes como adultas, son más vulnerables al abuso sexual, lo cual contribuye a la carga de morbilidad en términos de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH.

Los estudios realizados en México, que examinan la interacción entre uso de alcohol y comportamiento sexual que implican riesgos para la infección ITS/VIH, demostraron que se usa el alcohol como pretexto para el comportamiento irresponsable, incluyendo sexo de riesgo. El estudio también demostró el modo en que el alcohol permite a los jóvenes y a los homosexuales "tener valor para abordar a una posible pareja sexual" (OMS 2005).

- 5. Alcohol y embarazo:** El consumo de alcohol de la mujer durante el embarazo puede afectar adversamente al feto. Una consecuencia puede ser el desarrollo del síndrome alcohólico fetal, una condición que puede causar una variedad de problemas de salud en recién nacidos y posteriormente en la primera infancia. También se ha demostrado que incluso dosis esporádicas de alcohol durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de anomalías congénitas en recién nacidos y pueden causar bajo peso al nacimiento (Jacobson y Jacobson 2002). Además, las mujeres que beben durante el embarazo tienen un mayor riesgo de aborto o parto prematuro. La ingesta intensa también puede comprometer la capacidad de concepción de la mujer ((Borges y colab 1997; Berenzon et al. 2007). En un reciente estudio realizado en Uruguay en 2005 (Magri et al. 2007), los análisis de 865 muestras de meconio de mujeres embarazadas revelaron que el 47.3% fueron positivas para alcohol, pero sólo el 35% admitieron haber bebido durante el embarazo.

2.6 Trastornos por el uso de alcohol

Sólo unos pocos estudios han documentado las incidencias de la dependencia de alcohol en la Región. Los datos revisados por Medina Mora et al. (2005) indicaron que en Costa Rica, una encuesta de hogares realizada en 2000 utilizó la prueba AUDIT, (Prueba de identificación de trastornos por uso de alcohol), e identificó que 15% de la población presentaba un patrón de consumo de riesgo, 8% perjudicial y 3.7% con posible dependencia. En México, una encuesta de hogares realizada en 1996 sobre una población de 18 a 65 años de edad, en una ciudad en el centro de México, utilizando la prueba CAGE, la proporción hallada fue de 22% de los bebedores hombres y 5% de las bebedoras mujeres con puntuación positiva (Medina-Mora et al. 2005), lo cual indica dependencia del alcohol. Las recientes encuestas de iniciativas de salud mental de la OMS reportaron tasas de prevalencia durante la vida, de dependencia o abuso, que alcanzaron 3.4% en México (Medina-Mora et al. 2004); en Colombia, el índice de prevalencia anual de abuso o dependencia del alcohol fue de 2.5% (OMS 2004).

Hohn et al. (2005) recientemente publicaron una comparación de incidencias de problemas psiquiátricos en la Región, incluyendo dependencia de alcohol, tomado de encuestas de la población. Estos autores reportan variaciones en la prevalencia anual que varían entre 4.3% en San Pablo y 8.7% en Porto Alegre, Brasil. Las incidencias para otros países fueron de 6.9% en Chile y la misma tasa para Lima, Perú. Se observaron importantes variaciones entre géneros en todos los países. En Porto Alegre, las incidencias fueron de 15.9% en hombres y 1.6% en mujeres. En Brasilia, fue de 8.6% y 0.8%, respectivamente, y en Chile se observaron diferencias similares (12.1% y 2.2%) y en Lima, Perú (12.5% y 1.2%).

En Brasil, Noto et al. (2002) analizaron el papel del alcohol en admisiones psiquiátricas e informaron que las admisiones relacionadas con el alcohol representaron entre el 90 y el 95% de todas las admisiones relacionadas con sustancias. En muchos países no se ha documentado la diferencia en tratamientos, aunque se cuenta con datos para México. En este país, las encuestas de hogares demostraron que sólo una pequeña proporción de la población recibe tratamiento. El 17% de la población urbana que cumple con los criterios de dependencia (según DSM IV) recibió un tratamiento en el año anterior a la encuesta (Medina Mora et al. 2004).

Como se demostró anteriormente, el análisis de la carga de morbilidad por alcohol en la Región (Rehm et al. 2006; Rehm y Monteiro 2005) indica que los trastornos por uso de alcohol siguen contribuyendo a la mayor parte de las pérdidas de vida anuales por muerte prematura y discapacidad, donde más del 45% de los AVAD totales son atribuibles al alcohol entre 2000 y 2002. Muy posiblemente esto es un reflejo de la falta de acceso a servicios para tratar tales problemas.

2.7 Conclusión: El alcohol no es una mercancía ordinaria

El alcohol es una droga con efectos tóxicos, además de otros peligros intrínsecos, como intoxicación y dependencia (Babor y colab, 2003; OMS 2004c). Si se consume en exceso, el alcohol puede causar muerte, enfermedades crónicas, accidentes, lesiones y numerosos problemas sociales.

Políticas sobre alcohol

Emprender un enfoque de salud pública para las políticas de alcohol implica la aplicación de intervenciones apropiadas, que muy probablemente beneficiarían a una mayor cantidad de personas, ya que es un enfoque poblacional. También implica la hipótesis de que las poblaciones consumen bebidas alcohólicas como resultado de una interacción entre la sustancia (es decir, el alcohol como sustancia psicoactiva y tóxica), lo individual (es decir, género, características biológicas, historial personal) y los factores ambientales (es decir, disponibilidad, precio y promoción del alcohol). Por consiguiente, se pueden utilizar principios epidemiológicos para evaluar y comprender mejor la ingesta de alcohol en una determinada población y proporcionar datos con el fin de monitorear tendencias, diseñar mejores intervenciones y evaluar programas y servicios, a diferencia de la medicina clínica, que se enfoca en el tratamiento y cura de un enfermedad en cada caso individual (Babor et al. 2003).

Las políticas sobre alcohol pueden definirse como decisiones tomadas por los gobiernos mediante leyes, reglas y reglamentaciones relacionadas con el alcohol, la salud y el bienestar social (Babor et al. 2003; Longest 1998).

"El propósito de las políticas sobre alcohol es servir a los intereses de la salud pública y el bienestar social, a través de su impacto sobre determinantes sociales y de salud, como los patrones de consumo, los entornos de ingesta y los servicios de salud disponibles para tratar a los bebedores con problemas." (Babor et al. 2003 p7).

Las políticas efectivas deben "servir al bien público, reduciendo los grandes costos y sufrimientos relacionados con el uso del alcohol" (Edwards et al. 1994).

Babor y Caetano resumen el resultado de un panel de consenso de expertos que calificó 32 opciones de políticas de alcohol utilizadas en el mundo para prevenir o reducir los problemas relacionados con el alcohol. El panel descubrió que, si bien existen muchas políticas efectivas, algunas estrategias populares (por ejemplo, educación sobre alcohol en escuelas) producen poco o ningún impacto, en

tanto que las opciones menos populares (por ejemplo, impuestos sobre el alcohol) están fundamentadas con buenas evidencias sobre su impacto. La siguiente Tabla describe sus hallazgos (Babor y Caetano 2005).

Chisholm et al. (2004) realizaron un análisis de rentabilidad de diversas opciones de políticas en todas las regiones del mundo, a partir de datos del año 2000. Los resultados demostraron que las políticas de alcohol tales como la aplicación de impuestos, las leyes para el control del manejar en estado de ebriedad, las asesorías breves y la prohibición publicitaria fueron rentables para las Américas y que una combinación de dichas políticas podría producir un mayor beneficio, como se muestra en la Figura 3.1.

3.1 Políticas sobre alcohol en las Américas

El tema de los daños relacionados con el alcohol en la Región aún no se lo ha visto asociado con políticas sobre alcohol bien desarrolladas. Existe una amplia gama de respuestas de políticas sobre alcohol en la Región. Algunos países tienen respuestas políticas sofisticadas y bien desarrolladas para las consecuencias sociales y sanitarias del uso perjudicial de alcohol, aunque su implementación en el país varía de un estado a otro, e incluso de una Región a otra. La mayoría de los países tiene políticas compatibles con las últimas evidencias de las investigaciones, aunque en la práctica no se aplican.

3.1.1 Edad mínima legal para adquirir alcohol

Fijar límites legales mínimos de edad ayuda a impedir que los jóvenes tengan un fácil acceso a las bebidas alcohólicas y, si se la aplica, ha demostrado ser una medida efectiva. Se pueden fijar límites legales a la edad para beber o adquirir alcohol, dentro o fuera de locales y para cada tipo de bebida.

5 Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Estados Unidos, Uruguay, Venezuela

Tabla 3.1 Calificación de expertos de políticas y estrategias e intervenciones relevantes utilizadas en el mundo para prevenir o reducir los problemas relacionados con el alcohol (a)

| Estrategia/Intervención | Efectividad general (b) | Costo para implementar y sostener (c) | Comentarios |
|--|-------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Reglamentación de la disponibilidad física del alcohol | | | |
| Prohibición total de ventas | +++ | Alto | Significativos efectos secundarios adversos por el surgimiento de un mercado negro, que es costoso suprimir. Ineficaz sin observancia. |
| Edad legal mínima para comprar | +++ | Bajo | Reduce la ingesta de riesgo, pero no elimina la ingesta. Efectiva con un mínimo de observancia exigida, lo que incrementa significativamente su efectividad. |
| Racionamiento | ++ | Alto | Afecta particularmente a los bebedores intensos; es de difícil implementación. |
| Monopolio gubernamental de las ventas al menudeo | +++ | Bajo | Efectivo únicamente si se opera con metas de salud y orden públicos. |
| Restricciones en las horas y días de venta | ++ | Bajo | Efectivo en ciertas circunstancias. |
| Restricciones en la densidad de locales de venta | ++ | Bajo | Su implementación requiere más tiempo si los establecimientos de bebidas se han concentrado, debido a intereses económicos. |
| Responsabilidad del servidor | ++ | Bajo | Las leyes que hacen a los servidores de bebidas legalmente responsables por los daños causados por sus clientes intoxicados están limitadas principalmente a América del Norte. |
| Diferente disponibilidad según la concentración de alcohol | ++ | Bajo | Se ha probado principalmente con cervezas. |
| 2. Impuestos | | | |
| Impuestos sobre el alcohol | +++ | Bajo | La efectividad depende de la supervisión gubernamental y del control de la producción y distribución de alcohol. Los impuestos elevados pueden incrementar el contrabando y la producción ilícita. |
| 3. Alteración del contexto de ingesta | | | |
| Política de no servir a clientes intoxicados | + | Moderado | La capacitación es insuficiente por sí sola. Es esencial el control externo de la observancia para ser efectiva. |
| Capacitación del personal y administradores de los bares para prevenir la agresión y manejarla mejor | + | Moderado | La efectividad depende del monitoreo continuo de incidentes críticos. |
| Códigos voluntarios de prácticas en bares | 0 | Bajo | Ineficaz sin observancia. |
| Aplicación de la legislación para servir y vender en bares y restaurantes | ++ | Alto | El cumplimiento depende de lo que se perciba como probabilidad de que sean aplicadas. |
| Promover actividades y eventos sin alcohol | 0 | Alto | La evidencia proviene principalmente de programas alternativos para la juventud. |
| Movilización comunitaria | ++ | Alto | No se ha demostrado la sustentabilidad de los cambios. |
| 4. Educación y persuasión | | | |
| Educación escolar sobre el alcohol | 0 | Alto | Puede aumentar los conocimientos y cambiar las actitudes, pero no produce efectos sostenidos sobre la ingesta. |
| Educación de estudiantes universitarios | 0 | Alto | Puede aumentar los conocimientos y cambiar actitudes, pero no tiene efectos sobre la ingesta. |

| Estrategia/Intervención | Efectividad general (b) | Costo para implementar y sostener (c) | Comentarios |
|--|-------------------------|---------------------------------------|---|
| Anuncios en servicios públicos | 0 | Moderado | Los mensajes sobre la ingesta responsable no detienen a los bebedores intensos; los mensajes para reforzar el apoyo público para políticas efectivas pueden ser más fructíferos. |
| Etiquetas de advertencia | 0 | Bajo | Aumenta la conciencia pero no modifica el comportamiento. |
| 5. Reglamentación de la promoción del alcohol | | | |
| Prohibición de publicidad | + | Bajo | Fuerte oposición de la industria de bebidas alcohólicas; puede eludirse por publicidad subliminal en TV y películas. |
| Controles de contenido publicitario | ? | Moderado | Muchas veces sujeto a acuerdos de autoreglamentación de la industria, que pocas veces se aplican o monitorean. |
| 6. Contraindicaciones para manejo en estado de ebriedad | | | |
| Puntos de verificación de sobriedad | ++ | Moderado | Los efectos de las campañas de políticas típicamente son a corto plazo. |
| Pruebas aleatorias de aliento | ++ | Moderado | De implementación algo costosa. La efectividad del número de conductores directamente afectados. |
| Menores límites de concentración de alcohol en sangre | +++ | Bajo | Rendimientos disminuidos a niveles inferiores (es decir, 0.05%-0.02%), aunque sigue siendo significativo. |
| Suspensión de línea administrativa | ++ | Moderado | Efectivo para disminuir el manejo en estado de ebriedad, debido a lo severo del castigo. |
| Baja concentración de alcohol en sangre para conductores jóvenes ("tolerancia cero") | ++ | Bajo | La evidencia de la efectividad proviene principalmente de Australia y EE.UU. |
| Licencias graduadas para conductores novicios | ++ | Bajo | Los estudios demuestran que la "tolerancia cero" impide que los conductores jóvenes manejen luego de beber. |
| Conductores designados y servicios de viaje | 0 | Moderado | Puede incrementar la conciencia del riesgo y detener a un número reducido de bebedores en estados de ebriedad, aunque no produce un impacto general sobre los accidentes de tránsito. |
| 7. Tratamiento e intervención temprana | | | |
| Intervención breve para conductores en riesgo | ++ | Moderado | Los médicos de atención primaria carecen de capacitación y tiempo para realizar screening e intervenciones breves. |
| Tratamiento de problemas por alcohol | + | Alto | El alcance demográfico es bajo, debido a que la mayoría de los países tienen pocas instalaciones de tratamiento. |
| Ayuda mutua/autoayuda | + | Bajo | Un complemento factible y económico o alternativo al tratamiento formal en muchos países. |
| Tratamiento obligatorio para reincidentes que manejan en estado de ebriedad | + | Moderado | Los enfoques puritivos y coercitivos tienen efectos limitados en el tiempo, y a veces desvían la atención de intervenciones más efectivas. |

a. Adaptado de Babor et al. (2003), que también se encargaron de las calificaciones expertas.

b. La efectividad general representa un resumen de tres calificaciones evaluativas hechas por Babor et al. 2003. Estas tres fueron: (1) El grado en que la evidencia científica fundamenta la efectividad de una intervención en particular; (2) Amplitud de la investigación, es decir la cantidad y consistencia de las evidencias; y (3) El grado en que la evidencia se aplica igualmente bien a diferentes países, grupos culturales y clases sociales. Las calificaciones fueron a partir de la siguiente escala: 0= las evidencias indican poca eficacia; += las evidencias demuestran eficacia limitada; +++= evidencia de eficacia moderada; ++++= evidencia de alto grado de eficacia; ?= no se han realizado estudios o hay evidencias insuficientes sobre las que se puede basar un juicio.

c. Se refiere a costos monetarios y de otro tipo asociados con una intervención, sin importar su efectividad.

d. Los estudios econométricos hallan efectos de las prohibiciones publicitarias, aunque los estudios directos de los impactos a corto plazo han descubierto en general que no hay efecto sobre el consumo total de alcohol.

Figura 3.1 Efecto de las intervenciones sobre los AVAD en la Región de las Américas por millón por año

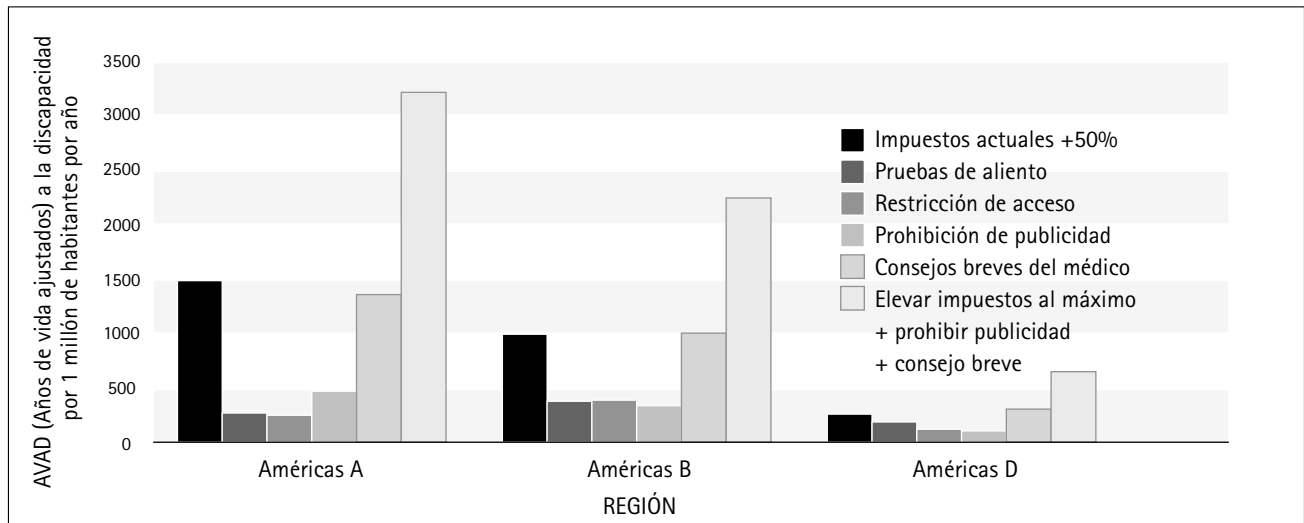
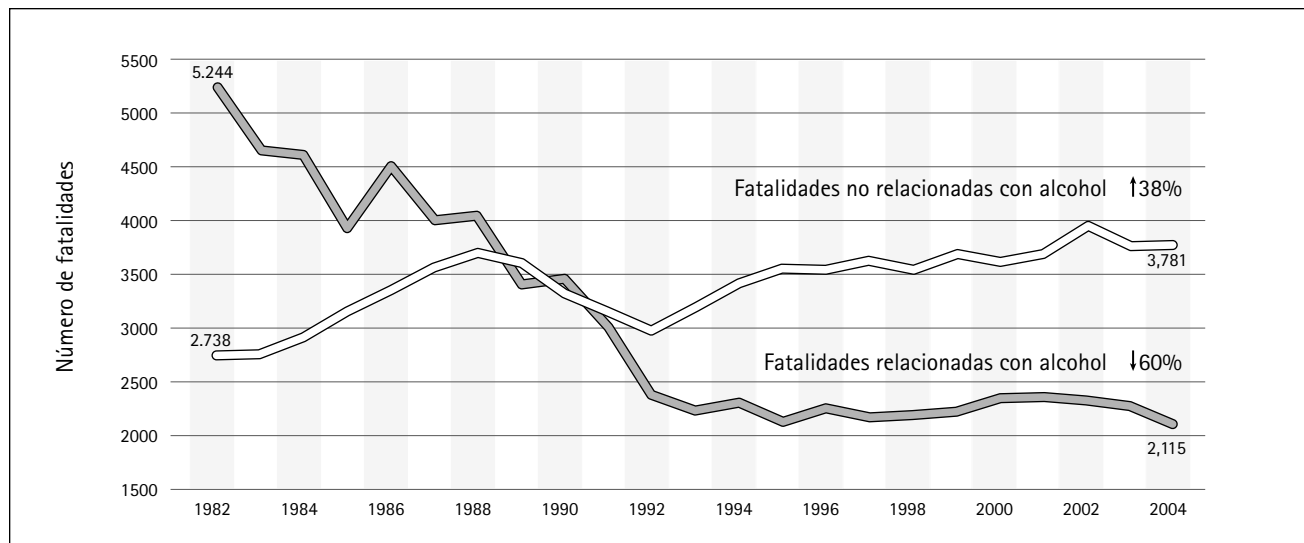


Figura 3.2 Tendencias en fatalidades de tránsito relacionadas y no relacionadas con alcohol, personas de 16 a 20 años, EE. UU., 1982–2004



Fuente: Sistema de reporte de análisis de fatalidades de EE. UU.

Entre los 25 países encuestados en las Américas⁵, Jamaica y Suriname tienen límites legales de 16 años. Canadá y Nicaragua tienen restricciones hasta los 19 años y en EE.UU. y Chile hasta los 21 años. Los demás países tienen límites legales de 18 años para todos los tipos de bebida y para ventas tanto dentro como fuera de los locales.

Sin embargo, es importante mencionar que estos límites legales de edad son únicamente para adquirir alcohol y no necesariamente para beberlo. Por consiguiente, los padres u otros adultos pueden comprar estos productos y servirlos a jóvenes dentro o fuera de locales, lo que hace más difícil la aplicación de la ley. Además, se sabe que, en la práctica, la

mayoría de los países de la Región pocas veces aplican los límites legales de edad.

Con respecto al efecto positivo de aumentar a 21 años la edad mínima de consumo en los EE.UU., el Centro de Control y Prevención de enfermedades de EE.UU. revisó 49 estudios que aparecieron en publicaciones científicas sobre accidentes de tránsito relacionados con el alcohol. Se descubrió que los accidentes de tránsito se incrementaron en un 10% cuando se reducía la edad legal para beber y disminuían un 16% cuando la edad era aumentada. La Figura 3.2 describe las tendencias en fatalidades de tránsito relacionadas y no relacionadas con alcohol en personas de 16 a 20 años en EE.UU., entre 1982 y 2004.

3.1.2 Restricciones sobre la disponibilidad de bebidas alcohólicas

Los gobiernos pueden tener un control completo (monopolios estatales), control parcial (sistema de licencias) o ningún control sobre la producción y venta de bebidas alcohólicas. Sólo en Canadá existen monopolios estatales de ventas al por menor (para todas las bebidas alcohólicas) y en algunas partes de EE.UU. Colombia, Costa Rica y El Salvador tienen monopolios estatales únicamente para la producción de licores destilados.

En lo que se refiere a sistemas de licencias, excepto Brasil, todos los países requieren una licencia para producir bebidas alcohólicas. En Trinidad y Tobago este requisito está limitado a la producción de licores destilados. Brasil es también el único país en la Región sin un sistema de licencias para beber cualquier tipo de bebidas alcohólicas, en tanto que en Jamaica se requiere de este sistema para vender vino y licores, aunque no cerveza. Todos los demás países encuestados tenían sistemas de licencias para vender bebidas alcohólicas.

3.1.3 Restricciones sobre la venta al por menor fuera de los locales

Los gobiernos también pueden restringir los días, horas y lugares en que se venden las bebidas alcohólicas.

La mayoría de los países tienen algún tipo de restricción sobre las horas, días y lugares para las ventas de alcohol, con la única excepción conocida de Brasil, en donde no existen restricciones a nivel

nacional (excepto en días de elecciones, lo que representa, en promedio, un día al año, cada cuatro años). Sin embargo, las restricciones son muy limitadas y muchas no se aplican. Sólo algunos países tienen restricciones sobre la densidad de locales de venta: Bolivia, Chile, Costa Rica, Guyana, EE.UU. (algunos estados) y Venezuela.

Recientemente, la República Dominicana aprobó leyes que limitan las horas de venta de bebidas alcohólicas en bares, restaurantes, casinos y cabarets, con el fin de disminuir la incidencia de violencia y accidentes de tránsito. También en Riobamba, Ecuador, se aprobó una legislación que limita las horas y lugares de venta y consumo. En La Paz, Bolivia, y en Posadas y Tucumán, Argentina, se aprobaron leyes para controlar las horas de venta de alcohol con el fin de disminuir fatalidades.

Por otra parte, se han aplicado respuestas a nivel municipal y con apoyo del público de manera efectiva. En Cali, Colombia, y Diadema, Brasil, se han aplicado y evaluado restricciones sobre las horas de venta de alcohol, que siguen funcionando como modelos para otras ciudades en la Región.

Por ejemplo, en 2002, el alcalde de Diadema, una ciudad industrial con casi 400,000 habitantes en el Estado de San Pablo, Brasil, aprobó una ley para obligar a los 4,800 bares y restaurantes de la ciudad a dejar de vender alcohol entre las 11 pm y 6 am. Desde que se aprobó esta ley, el número de homicidios disminuyó en 47.4%, el número de accidentes automovilísticos, en 47.4%, el número de ataques contra mujeres, en 55% y la cantidad de admisiones hospitalarias relacionadas con el alcohol, en un 80% (Duailibi et al. en prensa).

Contrariamente a lo que se piensa popularmente, la actividad comercial se incrementó tras la medida, habiendo más inversiones e incrementos en los empleos creados. Cuando menos otros 120 municipios siguieron el ejemplo de Diadema, y recientemente todo el Estado de Pernambuco aprobó una ley para el mismo efecto. Actualmente el gobierno federal está planeando ofrecer fondos adicionales para aplicar las leyes en poblaciones que restringen al ingesta y reducen la violencia.

3.1.4 Precios e impuestos

Los precios minoristas de las bebidas alcohólicas se componen

del precio al por mayor más utilidades y otros costos. Además, a menudo se les añaden impuestos específicos, que muchas veces difieren según la intensidad de la bebida (el alcohol que contiene por volumen). Los datos de la Región de las Américas demuestran que, en resumen:

- Sin impuestos: Bahamas, Belice, Costa Rica (tienen monopolios y ya fijaron los precios).
- Los impuestos varían de 5% (Suriname) a 35% (Colombia), donde la mayor parte es de 10 a 20%, y según el tipo de bebida.
- El 52% de los países cargan impuestos sobre las bebidas alcohólicas a través de estampillados.
- El 56% de los países tienen impuestos como porcentaje del precio minorista.
- No existe correlación entre precios e impuestos.

En general, se considera que los precios en las Américas son muy reducidos, lo cual hace que las bebidas alcohólicas sean accesibles a todos. A pesar de que los impuestos no se mantienen al ritmo de la inflación, no se los debe considerar como una medida ineficaz, sino como una medida que requiere actualizaciones y seguimiento en forma regular para mantener el efecto deseado.

Con creatividad, estas políticas pueden adaptarse a nivel local. Un ejemplo es el caso de la ciudad de Paulinia, Brasil. Esta ciudad decidió enfocar al alcohol como una cuestión de salud pública, debido a la alta prevalencia de ingresos a salas de urgencia durante el carnaval y a la insatisfacción del público por el aumento de disturbios entre jóvenes embriagados. La ciudad de Paulinia comparó la prevalencia entre ingresos a salas de emergencias y el deterioro del orden público con el gran incremento en el número de bares que había en la ciudad.

Paulinia aumentó los esfuerzos para aplicar leyes sobre venta de bebidas alcohólicas a menores y personas intoxicadas y aplicó reglamentaciones más estrictas en lo que se refiere a permisos para bares e infracciones contra quienes beben y manejan. Durante los carnavales de 2003 y 2004, se prohibió la compra de licores cerca del "Sambódromo" y la venta de alcohol a menores. Además, se incrementó el costo de la

cerveza en 100%. El resultado fue asombroso: los incidentes policíacos y médicos se redujeron en casi 70%.

En la actualidad, se está movilizando el programa "Paulinia Legal" para incrementar la conciencia de las políticas sobre alcohol en corporaciones, organizaciones públicas, comercios locales y la comunidad en general. El Programa sigue aplicando la ley que prohíbe ventas a menores y trabaja en conjunto con otras organizaciones públicas para reglamentar el manejo y el funcionamiento de bares y otros establecimientos.

3.1.5 Legislación para el conducir en estado de ebriedad

Como se muestra en la Tabla 2.4, las lesiones son una importante causa de muerte y discapacidad en la Región y los accidentes de tránsito son el origen principal de estas lesiones.

Límites para niveles de alcohol en sangre en la Región:

- Ninguno: República Dominicana, Trinidad y Tobago
- 0-0.35%: Colombia, Guyana, Jamaica, Panamá
- 0.4-0.6%: Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, El Salvador, Perú, Venezuela
- 0.7% o más: Todos los demás países

Sin embargo, la mayoría de los países no aplican estos límites y la policía muchas veces ni siquiera tiene el equipo para realizar estas mediciones en conductores que están potencialmente bajo la influencia del alcohol. Con frecuencia no existen disposiciones legislativas para el caso en que el conductor se niegue a recibir la prueba y la corrupción es común. En la mayoría de los países no existen programas de tratamiento o educativos para reincidentes, tan sólo existen en algunas ciudades en cada país, aunque la base de datos global incluye únicamente políticas a nivel nacional.

Cabe hacer notar que las iniciativas de la sociedad civil pueden producir un enorme impacto para modificar políticas y normas. En EE.UU., la organización no gubernamental MADD

(Madres contra el manejo en estado de ebriedad, por sus siglas en inglés) fue creada para ejercer presión para cambios en la legislación que regula el manejo en estado de ebriedad y la disponibilidad de alcohol, entre otras medidas, que desembocaron en aumentar la edad legal para beber de 18 a 21 años en todos los estados, previniendo aproximadamente 17,000 muertes por año. En Argentina, la ONG Padres en la Ruta (www.padresenlaruta.org.ar) colabora con la policía para realizar sin costo pruebas de alcohol a través del aliento en las carreteras. Todos los alcoholímetros fueron donados por empresas privadas, con apoyo comunitario. Afirman que redujeron a cero el número de accidentes relacionados con el alcohol mediante sus intervenciones sistemáticas.

Las intervenciones a nivel local han producido significativas reducciones en las fatalidades y lesiones de tránsito. Ejemplo de ello es lo que se realizó en Cali, Colombia. Para disminuir las muertes en accidentes de tránsito (de conductores, pasajeros y peatones) se formó un comité que incluyó al alcalde, a miembros del gabinete gubernamental, de los sectores de transporte y salud, la policía, líderes fiscales, de medicina legal y universidades, entre muchos otros. Realizaron reuniones mensuales para analizar datos sobre homicidios, muertes de tránsito, suicidios y muertes no intencionales, utilizando programas de gráficas para observar exactamente cuándo y dónde ocurrían estas muertes. Esto les permitió crear políticas apropiadas de prevención, que incluyeron dos acciones en particular: (1) detener a conductores y realizar pruebas de aliento (y aplicar multas en quienes manejaban con NAS superiores al límite) y (2) aplicar la "ley seca" de 2003 (no permitir la ingesta después de medianoche en los establecimientos). Esto produjo significativas disminuciones en las muertes por lesiones de tránsito. En Cali y otros municipios de Nariño, se aplicaron las siguientes políticas, que también ayudaron a disminuir los accidentes de tránsito y de peatones:

- uso obligatorio de cascos y chalecos para motociclistas
- campañas educativas para conductores y peatones
- controles de manejo en estado de ebriedad
- instalación de señales en las carreteras

Algunas ciudades en Argentina, México y Uruguay también apro-

baron leyes para aplicar pruebas aleatorias de aliento en las carreteras, para reducir lesiones de tránsito.

Finalmente, sólo en EE.UU. y Canadá existen medidas especiales para disminuir las lesiones de tránsito relacionadas con alcohol, como la suspensión de licencias de conducción o sistemas de otorgamiento de licencias graduados para conductores nuevos y jóvenes.

3.1.6 Screening e intervenciones breves para problemas relacionados con alcohol

En ningún país de la Región se han difundido ampliamente los screening e intervenciones breves para problemas tempranos relacionados con el alcohol, a pesar de su efectividad ya demostrada para reducir el consumo perjudicial y de riesgo (Babor et al. 2003; Chisholm et al. 2004). Existe una significativa capacitación y difusión en Canadá y EE.UU., y se ha iniciado la difusión en Brasil, Cuba, República Dominicana, México (Ayala y Echeverría 1997; Ayala et al. 1998; Barragán et al. 2005) y Panamá, con el objetivo de integrarlos en el sistema de atención primaria de la salud. Otros países han recibido capacitación de la OPS, incluyendo Guatemala, El Salvador, Honduras, Paraguay y Argentina.

El screening de consumo de alcohol en pacientes de atención primaria conlleva muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre niveles de consumo de bajo riesgo y los riesgos que implica el uso excesivo de alcohol. Los datos sobre cantidad y frecuencia de consumo de alcohol pueden ayudar al diagnóstico de los pacientes que presentan la condición y pueden alertar a los clínicos sobre la necesidad de asesorar a los pacientes cuyo consumo de alcohol podría afectar adversamente su uso de medicamentos y otros aspectos de su tratamiento. El screening también ofrece la oportunidad a los médicos de brindar intervenciones breves a quienes las necesitan.

Las intervenciones breves y el screening también han demostrado ser efectivos en entornos de salas de emergencias para reducir el consumo de alcohol, al reducir las admisiones a salas de urgencias doce meses después (Cherpitel et al. 2006).

3.1.7 Publicidad y patrocinio en las Américas

La exposición (a la publicidad de alcohol) forma percepciones positivas del consumo y puede incrementar una ingesta más intensa (OMS 2004).

La industria del alcohol muchas veces considera a la mercadotecnia y publicidad como una forma de incrementar las ventas aumentando la exposición del público al producto. Esto puede apreciarse en forma de publicidad televisiva, radiofónica e impresa, o a través del patrocinio de eventos.

La publicidad del alcohol tiene el potencial de mostrar al consumo como socialmente deseable, o para promover actitudes a favor del alcohol, de reclutar nuevos bebedores e incrementar la ingesta entre bebedores actuales. Los mensajes de la publicidad del alcohol muchas veces ignoran los efectos negativos del alcohol como son los riesgos sociales y para la salud.

En los últimos años, los vendedores de bebidas alcohólicas han direccionado aún más sus acciones hacia los bebedores jóvenes, introduciendo una gama de productos baratos como refrescos con alcohol, bebidas "energéticas" alcohólicas, cócteles premezclados, etc., con recetas y empaques diseñados para atraer a los jóvenes. La mercadotecnia tiene un papel crucial en la convergencia global de patrones de uso de alcohol. En los países desarrollados y en vías de desarrollo, las actividades mercadotécnicas incluyen concursos, juegos, caricaturas en páginas de Internet, el uso de música popular y los CDs con marcas de alcohol; promociones en clubes y revistas orientadas a jóvenes; patrocinio de eventos deportivos; y la creación de tiendas de CDs y cómics con marcas de alcohol. Estas actividades mercadotécnicas en los países en vías de desarrollo se difunden en un entorno que tiene pocas de las protecciones de salud y seguridad que existen en los países desarrollados (OMS 2001).

Aunque no es concluyente, gran parte de las investigaciones sobre el impacto de la publicidad de alcohol, la Organización Mundial de la Salud indica que "pueden hallarse evidencias cada vez mayores de que la exposición a la publicidad induce percepciones positivas sobre el consumo y puede incrementar

una ingesta más intensa. Por consiguiente, al parecer las restricciones sobre la publicidad y el patrocinio deberían ser parte de una política sobre alcohol comprehensiva, especialmente si está dirigida a los jóvenes" (OMS 2004). En 2003, el Consejo Nacional de Investigaciones/Instituto de Medicina de EE.UU. (NCR/IOM 2003) publicó un informe que marcó un hito, proporcionando evidencias sobre el impacto de la publicidad y la mercadotecnia sobre la ingesta en jóvenes e instando al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a monitorear las prácticas publicitarias y mercadotécnicas de la industria del alcohol e informar periódicamente al Congreso y al público (NCR/IOM 2003).

a) Publicidad de alcohol en las Américas

Entre 2001 y 2005, la industria del alcohol en EE.UU. incrementó sus gastos en publicidad e incrementó el número de anuncios en más de 30%, respectivamente (CAMY 2005). Dentro de un lapso similar (2002-2005), se incrementó a cinco millones el número de estadounidenses de doce años o más que reportaron ser bebedores de alcohol (SAMHSA 2006).

Tan sólo en los EE.UU., la industria de alcohol gastó 4.7 mil millones de dólares entre 2001 y 2005 para colocar 1.4 millones de anuncios de bebidas alcohólicas tan sólo en televisión. Un análisis de esta publicidad descubrió que tras un incremento del 32% en el gasto de anuncios de alcohol televisados y un incremento del 34% en el número de anuncios de alcohol en televisión entre 2001 y 2005, la exposición de los jóvenes (de doce a 20 años de edad) a estos anuncios incrementó en 41%, la exposición de los adultos jóvenes (de 21 a 34 años) aumentó en 39%, y la de los adultos en general (21 o más años), en 48% (CAMY 2005).

Durante un lapso similar (2002-2005), el número de estadounidenses de doce años o más que reportaron ser bebedores de alcohol se incrementó en cinco millones, de 121 millones (50.3%) en 2002, a 126 millones (51.8%) en 2005 (SAMHSA 2006).

En 2004, los jóvenes hispanicos de 12 a 20 años de edad en los EE.UU. estuvieron expuestos a entre 20% y 74% más publicidad de alcohol en revistas y radio en inglés que el resto de los jóvenes, lo cual indica que son el objetivo de los productores de alcohol, puesto que los hispanicos constituyen el grupo étnico de mayor crecimiento en EE.UU., y son comparativamente más jóvenes que la población general (Caetano y Wool 2005).

La Organización Mundial de la Salud recomienda restringir la publicidad de alcohol y los patrocinios de las compañías productoras y algunos países tienen prohibiciones sobre ciertos medios y para ciertas bebidas. En las Bahamas se prohíbe anunciar licores en la televisión y radio nacionales. En Venezuela existe una prohibición en la televisión y radio nacionales para todo tipo de bebidas y restricciones en los medios impresos y carteles de propaganda. En cambio, en Canadá, El Salvador, Guyana, Jamaica, Surinam, Trinidad y Tobago y Uruguay no se reportan restricciones en la televisión y radio nacionales, medios impresos o carteles de propaganda de cerveza, vino y licores. En Brasil, las restricciones se aplican únicamente a licores en la televisión y radio nacionales. Asimismo, en Perú, estas restricciones se aplican a vinos y licores en la televisión y radio nacionales.

En Nicaragua y EE.UU., los códigos voluntarios o la autorregulación de la industria son la norma para todos los medios. Chile tiene códigos voluntarios en la radio nacional. Todos los demás países tienen restricciones parciales (es decir, horarios, tipos de programas o medios, límites de saturación y lugares de publicidad) para algunas bebidas y en algunos medios (por ejemplo, en México hay restricciones parciales únicamente en la televisión nacional y ninguna restricción para el resto de los medios).

b) Patrocinio del alcohol en las Américas

Los patrocinios son una parte importante de la comercialización y promoción del alcohol y están diseñados para expandir el mercado, muchas veces dirigidos directamente a los jóvenes y otros grupos vulnerables. Los patrocinios cubren eventos deportivos y juveniles, conciertos, eventos culturales, así como celebraciones y eventos nacionales, lo que permite que el be-

ber alcohol se convierta en parte esencial de la vida social.

El patrocinio de los eventos es positivo para la industria del alcohol y por muchas razones: abre puertas políticas y la industria es vista como un "buen ciudadano" corporativo; salva diferencias culturales en el mercado local y global (invierte en o capitaliza los eventos y marcas locales favoritas); formula alianzas estratégicas (con proveedores, distribuidores y otros grupos importantes); permite la explotación de mercados poco desarrollados (que responden a las técnicas de patrocinio desarrollados en mercados maduros); y deja afuera a otros competidores.

En Guatemala y Costa Rica están prohibidos los patrocinios de eventos deportivos y juveniles. En Panamá y Venezuela sólo se prohíbe el patrocinio de eventos juveniles. Argentina, Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela imponen restricciones parciales sobre los patrocinios de eventos deportivos y juveniles. En Belice y Canadá hay restricciones parciales sobre los eventos juveniles. Brasil tiene restricciones voluntarias en eventos deportivos únicamente en lo que se refiere a licores. En EE.UU. hay restricciones voluntarias en los eventos juveniles para todo tipo de bebidas. En otros países no hay restricciones. Sin embargo, los países que imponen restricciones no cuentan con oficinas independientes para atender quejas, o cámaras de consumidores que ayuden en la aplicación de la legislación, y se percibe que el nivel de observancia es más bien bajo.

En Argentina, Belice, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela es obligatorio incluir en la publicidad advertencias para la salud.

3.1.8 Entornos libres de alcohol

Restringir el consumo de alcohol en lugares públicos podría reducir parte del daño relacionado con el alcohol, incluyendo el relacionado con el automovilismo. A pesar de la limitada efectividad de tales restricciones, ellas podrían ayudar a desarrollar normas sociales con respecto al consumo de alcohol, contrarrestar la percepción de que el alcohol tiene sólo efectos positivos y que puede combinarse con cualquier otra acti-

vidad. En aproximadamente el 50% de los países encuestados existe alguna restricción para beber en lugares e instalaciones oficiales o gubernamentales, transportes públicos, instituciones de salud y educativas, así como en parques, calles, playas, durante encuentros deportivos y otras actividades de ocio. Sin embargo, no existe información sobre el nivel de observancia de estas restricciones, o si los hallazgos a nivel nacional han sido generalizados.

3.1.9 Prevención, tratamiento y capacitación de recursos humanos

En general, se carece de tratamiento comunitario y por lo tanto es necesario intensificarlo. Se carece de una intervención comprensiva para trastornos por el uso de alcohol y el tratamiento que más se proporciona es el de desintoxicación aguda para la dependencia de alcohol. Muchas veces no se cuenta con prevención comunitaria, rehabilitación y prevención de recaídas, debido a una falta de conocimientos o de financiamiento. En algunos países, los médicos generales se han topado con dificultades para tratar las enfermedades relacionadas con el alcohol, especialmente en lo que se refiere a detección e intervención temprana, debido a la falta de capacitación y apoyo.

Se carece de programas apropiados para el desarrollo de capacidades (formación de profesionales de la salud durante los años académicos o de educación continua de postgrado, o en espacios de capacitación laboral, entre otras formas de educación profesional). En muchos países no están bien reconocidos los problemas de alcohol. La capacitación universitaria y de postgrado para satisfacer las necesidades de la práctica clínica no se realiza adecuadamente en la mayoría de los países. La falta de profesionales y no profesionales capacitados en la prevención, tratamiento o rehabilitación de los trastornos del uso de alcohol muchas veces impide la implementación de programas efectivos de prevención, tratamiento y rehabilitación. Más aún, no se considera al alcohol como un tema de salud pública, por lo que las respuestas se siguen promoviendo únicamente para aquellos con un diagnóstico clínico específico. Finalmente, reforzar la capacidad profesional en salud requiere evaluar los recursos económicos, técnicos y humanos disponibles y necesarios para hacerlo, por lo tanto, las inversiones no se realizan si no se cuenta con una imagen clara a largo y corto plazo de su impacto sobre la salud pública.

Los desafíos y barreras que afrontan las políticas sobre el alcohol

4.1 Producción y comercio de alcohol

El consumo de alcohol implica la obtención de grandes ganancias por parte de los productores de bebidas alcohólicas, los publicistas y la industria de la hospitalidad, además de producir importantes ingresos fiscales para los gobiernos. Las bebidas alcohólicas, particularmente el vino y la cerveza, también son considerados productos agrícolas en los países desarrollados y en vías de desarrollo y cumplen un rol en las economías de estos países. La cerveza y los licores destilados también se pueden producir a escala industrial y su reglamentación puede quedar bajo la responsabilidad del ministerio de la industria. Aquí yace el conflicto de intereses para los gobiernos, quienes necesitan las utilidades generadas por las ventas de alcohol, pero que también tienen el deber de cuidar y proteger la salud y bienestar de sus poblaciones. Se necesita un fuerte liderazgo político para implementar políticas de alcohol efectivas, a pesar de los desafíos, muchas veces vigorosos, de la industria del alcohol.

Aunque muchos productores de alcohol tienen ciertas obligaciones con respecto a la salud pública (por ej. control de calidad, advertencias para la salud), sus metas principales muchas veces se contraponen con ella. De particular preocupación es la globalización del mercado del alcohol, donde las compañías buscan ampliar sus mercados y por consiguiente que haya una mayor disponibilidad y consumo de alcohol.

La producción no reglamentada de alcohol (que va de la casera a la informal o ilícita) es bastante común en muchos países de la Región y es fuente de ingresos para familias de escasos recursos y origen de alcohol de consumo muy barato. Este mercado es muchas veces responsable de productos de calidad y seguridad dudosa, o francamente mala, y hay informes de fatalidades y envenenamientos no fatales por bebidas con metanol y otros aditivos, que pueden ser perjudiciales para la salud (por ejemplo, la intoxicación masiva con metanol mezclado con bebidas alcohólicas en Nicaragua, que causó más de 40 muertes y todo un rango

de secuelas en cientos de personas más). Por consiguiente, en los lugares en los que estos mercados son significativos, las políticas de precios y de impuestos deberían estar a la par de políticas para regular estos mercados y aplicar las reglamentaciones.

Ejemplo de esto es el consumo de alcohol de 96° como bebida alcohólica en México, reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 por el 2.5% de la población de entre 12 y 65 años de edad, siendo el consumo considerablemente mayor en la población rural (4.9%) que en la urbana (1.7%) (Medina Mora et al. 2004). En 2002, la ingesta de este producto representó el 13.7% del consumo total per cápita de alcohol. En 2004, con una nueva legislación que impedía la comercialización de alcohol puro de 96°, así como su venta al por menor no desnaturalizada, se esperaba que como resultado su consumo disminuyera.

El pulque es una bebida fermentada de producción local, obtenida de la fermentación de la savia del agave mexicano, que tampoco se incluye en las estadísticas de consumo. Los datos de la encuesta nacional 2002 (Medina Mora et al. 2004) estimaban que el 3.4% de la población había consumido pulque en el año previo al estudio. Se estima que tiene un contenido alcohólico de aproximadamente 5% y representa el 7.4% del consumo per cápita de etanol puro.

4.1.1 Globalización del mercado de alcohol

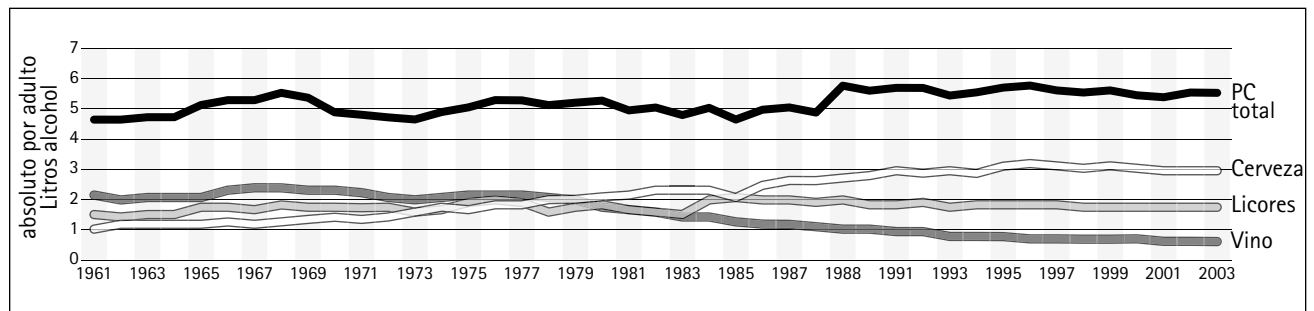
El alcohol es un producto cuya demanda, venta y consumo son globales (Babor et al. 2003). La globalización puede definirse como la tendencia de las empresas a ir más allá de los mercados nacionales y entrar en otros mercados del mundo. Para apoyar un producto transnacional, la mercadotecnia juega un papel crucial para convertirlo en parte integral del estilo de vida del usuario al que está dirigido y para crear una relación íntima entre el usuario y el producto (OMS 2001).

Las bebidas alcohólicas globalizadas son aquellas producidas dentro de las redes de las corporaciones transnacionales. Aunque

Figura 4.1 Concentración en el mercado global de cerveza 1979–2005

| Corporación | País | Porción del mercado global | |
|---|-------------|-------------------------------------|-----------|
| | | 1979/80 | 2004 |
| Inbev | Bélgica | * | 13.9% (1) |
| SABMiller | Reino Unido | 4.83% (2-Miller), 0.93% (17-SAB) | 12.0% (2) |
| Anheuser-Busch | EE.UU. | 6.48% (1) | 10.8% (3) |
| Heineken NV | Holanda | 2.84% (4) | 7.6% (4) |
| Carlsberg Breweries A/S | Dinamarca | 3.08% (3) | 4.3% (5) |
| Molson Coors Brewing Co. | EE.UU. | + | 4.0% (6) |
| Scottish Courage | Reino Unido | + | 3.4% (7) |
| Grupo Modelo | México | 1.34% (12) | 2.9% (8) |
| Kirin | Japón | * | 2.5% (9) |
| Baltic Beverages Holding | Rusia | * | 2.5% (10) |
| Porción total de mercado de las diez primeras compañías | | 27.99% | 63.90% |

Figura 4.2 Consumo registrado per cápita de alcohol en adultos 15+ en Centro y Sudamérica por tipo de bebida



la producción puede estar descentralizada, las fórmulas se guardan de forma central en la empresa matriz y están rígidamente controladas. Los diez primeros productores globales controlan ahora más del 50% del mercado global de bebidas alcohólicas. En la Figura 4.1 se describe la concentración del mercado global de cerveza de 1979 a 2005.

Las corporaciones trasnacionales están constantemente interesadas en expandir sus mercados para aumentar sus ganancias. Los mercados en los países desarrollados han "madurado" y el consumo está estancado o en caída. Los productores globales de alcohol han identificado el potencial de crecimiento en las regio-

nes "en vías de desarrollo". De particular interés son los países "BRIC", Brasil, Rusia, India y China, y hay un rápido movimiento de los productores globales para establecerse en estos mercados, ya sea comprando compañías locales o estableciendo sociedades locales en estos países. Centro y Sudamérica presentan un ligero incremento en el consumo per cápita adulto registrado en los últimos 40 años. Sin embargo, en esta tendencia general existen importantes sub tendencias en la preferencia de bebidas: el consumo de vino ha declinado de manera dramática, el de cerveza tuvo un aumento substancial y el consumo de licores destilados también presenta un incremento significativo (Figura 4.2).

La globalización incrementa la eficiencia de la destilación y crea

considerables economías de escala. Esto da a las redes globales de producción importantes ventajas sobre los productores locales. Les permite utilizar precios monopólicos y aumentar las ganancias en los mercados que dominan, además de reducir los precios en otros mercados, para lograr el predominio. Las metas de los productores globales muchas veces se contraponen a las de la salud pública. Buscan aumentar al máximo las ganancias y expandir el mercado y la disponibilidad de alcohol. Una estrategia que practican las compañías es aumentar el consumo de alcohol en grupos que tradicionalmente beben menos que la población general, por ejemplo, mujeres en muchas partes del mundo, o minorías étnicas o raciales.

Por consiguiente, la globalización podría estar contribuyendo a un agravamiento en los patrones y problemas de consumo, muchas veces en los entornos que tienen menor cantidad de recursos para contrarrestarlos. Además, las principales corporaciones internacionales de alcohol están utilizando el patrocinio de deportes y eventos en formas cada vez más multifuncionales para obtener ventajas competitivas en el mercado global emergente.

La globalización también tiene ciertas ventajas para la salud pública: los productores globalizados pueden mantener un control de calidad más confiable que los productores pequeños o informales. Habiendo menos productores, puede ser más fácil establecer controles sobre el mercado, gravar impuestos e imponer controles sobre la distribución.

Una advertencia es que el aumento de precios podría producir un cambio y que los bebedores pasaran del consumo de bebidas de producción legal al de bebidas ilegales. Los empleos e impuestos que se pudieran obtener en la actualidad podrían perderse, debido al impacto perjudicial del alcohol sobre la salud pública.

No obstante, la contribución del alcohol globalizado al desarrollo económico y social es mixta. Mientras las bebidas de producción industrial han ganado terreno en todo el mundo, la industria se ha hecho más eficiente, con el resultado de que cada vez menos personas trabajan en la producción del alcohol.

La mayor parte de los empleos relacionados con el alcohol están a nivel de ventas al por menor y si éstas aumentan, es muy probable que también aumente el consumo y sus problemas. Sin embargo,

si el consumo disminuye, no es automático que los empleos en el sector minorista caigan, puesto que gran parte del mercado de trabajo está en el sector de hospitalidad, que presumiblemente seguiría sirviendo alimentos y bebidas de algún tipo.

Aunque el comercio internacional de bebidas alcohólicas se da principalmente entre países desarrollados, México está entre los diez primeros países exportadores (de cerveza y licores) y Chile y Argentina están entre los diez primeros exportadores de vino.

Los importantes esfuerzos realizados para consolidar mercados y aumentar la eficiencia tuvieron como resultado un constante desarrollo de la industria cervecera en la Región. Las marcas internacionales se han aventurado en el mercado latinoamericano mediante fusiones y emprendimientos conjuntos con industrias locales como Quilmes en Argentina, Ambev en Brasil y Bavaria en Colombia (CEPAL 2006).

4.2 Acuerdos de comercio internacionales

Los acuerdos de comercio necesitan reflejar la naturaleza especial del alcohol como mercancía, y proteger la capacidad nacional y local de controlar los mercados de alcohol.

Tanto el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT, por sus siglas en inglés) como el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS) clasifican al alcohol como una mercancía normal, a pesar de que el alcohol es una sustancia psicoactiva que potencialmente produce dependencia.

La aplicación de estos acuerdos comerciales por la Organización Mundial del Comercio (OMC) ha causado un debilitamiento de los controles sanitarios públicos del alcohol tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo (Caetano y Laranjeiras, 2006; Monteiro y Levav, 2006). Uno de los principios centrales del GATT y la OCM es que los países participantes deben dar a los compradores y vendedores de signatarios extranjeros un tratamiento tan favorable como el que se da a los compradores y vendedores nacionales (Babor et al. 2004). Algunos acuerdos internacionales han extendido este principio de "tratamiento nacional" más allá

de los productos, para incluir servicios e inversiones. Esta obligación restringe las medidas gubernamentales desarrolladas para controlar el alcohol como mercancía especial, con lo que se complican las políticas que controlan la publicidad, los impuestos y el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros aspectos.

Los profesionales de la salud y los hacedores de políticas necesitan involucrarse más en la formulación de políticas comerciales y determinar la manera en que las actuales reglas de comercio afectan no sólo el presente sino también el futuro de la salud. Es necesario examinar el efecto que tienen las restricciones del comercio internacional sobre las iniciativas de salud pública en alcohol, prevenir su liberalización y ser conscientes de la posición del país en las actuales negociaciones AGCS. Los acuerdos comerciales necesitan reflejar la naturaleza especial del alcohol como mercancía y proteger la capacidad nacional y local de controlar los mercados, dentro del contexto comercial y sanitario aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud.

4.3 Impacto en los países en vías de desarrollo

La Región tiene otros desafíos significativos, relacionados con el desarrollo sustentable, disminuir la pobreza y mejorar los niveles de vida. Sin embargo, muchas veces ello provoca un mayor acceso a bebidas alcohólicas, a precios sumamente reducidos, lo cual causa un aumento en el consumo, así como en el uso perjudicial de alcohol. La promoción del alcohol y la poca conciencia de las consecuencias negativas de la ingesta, combinados con la falta de servicios de salud, dejan a los afectados sin ningún medio para recuperarse o tomar decisiones más saludables.

Varios países en la Región son grandes productores de bebidas alcohólicas y las recaudaciones impositivas por las ventas proporcionan a los gobiernos una importante fuente de fondos. No obstante, incluso en países como EE.UU. y Canadá, donde las utilidades por alcohol son considerables, el análisis de los costos ocasionados por el mal uso de alcohol indica que los mismos son mucho mayores que las ganancias que generan. En los países en vías de desarrollo no se han llevado a cabo estudios de análisis de costos, excepto un estudio piloto en Colombia, que analizó los costos conjuntos de alcohol y drogas, indicando que la mayoría

de los costos del abuso de sustancias provienen más del alcohol que de las drogas ilícitas.

Se estima que en muchos de los países en vías de desarrollo, el consumo de licores caseros, de producción ilegal o de contrabando, continúa junto al consumo de bebidas alcohólicas de producción comercial. Esto es un desafío tanto en términos de conocimiento, puesto que es difícil registrar su consumo, como en términos de seguridad pública, puesto que no está reglamentada su producción o calidad. Por ejemplo, se estima que en la mayoría de los países latinoamericanos entre un 11% y un 55% del consumo de alcohol no está registrado (OMS 2004).

4.4 Cultura

Las bebidas alcohólicas eran mayormente conocidas y utilizadas en la Región antes del contacto con la expansión imperial europea de los últimos 500 años. Durante la mayor parte de los varios milenios que conforman su historia, se han producido bebidas alcohólicas principalmente a nivel doméstico o en comunidades pequeñas, utilizando materias primas y métodos locales transmitidos de generación en generación. Estas bebidas, producidas de granos, frutos u otros materiales orgánicos, casi siempre eran fermentadas y contenían por lo menos un bajo porcentaje de etanol. Incluían vino, cerveza, sidra, aguamiel y una variedad de otras bebidas producidas en cada Región. La cerveza, la sidra, la chicha⁶ y el agua miel no podían ser guardados durante mucho tiempo y los medios de transporte eran limitados. Por lo tanto, lo que se producía generalmente se consumía pronto y a nivel local. En su mayor parte, las bebidas no se vendían en el mercado. Se consumían en el hogar y se regalaban como signo de generosidad u hospitalidad o se compartían en festivales comunitarios y dentro de círculos locales de intercambio, para celebrar la finalización de las cosechas o de algún proyecto de trabajo conjunto. La producción de alcohol presupone la existencia de un excedente agrícola por el mínimo necesario para la supervivencia. Por esta razón, y por su poder de intoxicación, en muchas sociedades las bebidas alcohólicas eran consideradas como mercancías especiales. Su consumo estaba muchas veces restringido a ciertos grupos de población, a ocasiones específicas o a ceremonias religiosas (Mandelbaum 1979).

6 Bebida fermentada hecha de maíz, que se utiliza comúnmente en Perú.

7 Bebida destilada hecha de caña de azúcar, de uso común en Brasil.

A principios del siglo XVI, el advenimiento de la destilación a escala comercial transformó la disponibilidad de las bebidas alcohólicas a todas las épocas del año, sin importar el clima. Las bebidas destiladas se convirtieron en un artículo principal del comercio colonial (Pan 1975). El ron fluyó del Caribe hacia Norteamérica y se exportaron de Europa variedades más baratas de alcohol industrial, también llamados "licores comerciales". Existen varias bebidas de este tipo en la Región, incluyendo aguardiente, cañaca, pulque, pisco, etc.

También han sido comunes las medidas para restringir y controlar la disponibilidad de alcohol. En las sociedades tribales y pueblerinas, el acceso a la ingesta de bebidas alcohólicas muchas veces se limitaba a festivales u ocasiones especiales y a status sociales particulares. Por otra parte, el proceso de colonización llevó

a utilizar el consumo de alcohol como forma de explotación y el uso tradicional de las bebidas alcohólicas perdió gran parte de su significado cultural. El contacto estrecho con las poblaciones urbanas y la aculturación causó un acceso generalizado a las bebidas alcohólicas y a su uso, acompañado de severos problemas sociales y de salud relacionados con el consumo, agravados por la pobreza. En 2002, en una comunidad indígena de Venezuela, Seale y colegas (2002) reportaron altas tasas de uso de alcohol (un 86.5% de hombres y 7.5% de mujeres informaron ser consumidores intensos de alcohol), en tanto que las discusiones en grupos focales revelaron que "los patrones tradicionales de ingesta intensa de licor de maíz ha sido gradualmente sustituido por el consumo de cerveza y ron comerciales, a intervalos más frecuentes, y con más consecuencias sociales negativas".

Bases para la acción: "Diez componentes para reducir los daños relacionados con el alcohol"

La situación del alcohol como el vacío de políticas sobre alcohol en la Región muestran la necesidad de un enfoque consistente, comprehensivo y eficaz para abordar los daños asociados con el alcohol en los diferentes países.

Las Américas superan las estadísticas medias globales en:

1. Muertes relacionadas con el alcohol
2. Consumo de alcohol
3. Patrones de consumo
4. Trastornos por el uso del alcohol
5. El alcohol es el principal factor de riesgo de la carga de morbilidad en la Región.

En la Región, se han realizado varios intentos con el objeto de reforzar las acciones globales, regionales y nacionales para reducir los daños relacionados con el alcohol y su consumo. Estas incluyen:

1. Los participantes de una red de 45 ONGs de 17 países de la Región, **RIOD (Red Iberoamericana de ONG en Drogodependencias)**, se reunieron en junio de 2003 en Antigua, Guatemala en el VI Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: La Prevención del Alcoholismo en el Contexto de las ONGs de la RIOD. Los miembros participantes del Seminario firmaron lo que se llamó la "Declaración de Antigua" (http://www.riod.org/contenidos/Documentos/Declaracion_Antigua.pdf), sobre prevención del abuso de alcohol en Iberoamérica, instando a los gobiernos, organizaciones internacionales e instituciones de las Naciones Unidas a redoblar esfuerzos para controlar el consumo de alcohol en la Región.
2. La necesidad de controlar el consumo de alcohol en la Región fue expresada por los participantes de la **Primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol**, realizada en Brasilia, Brasil, del 28 al 30 de noviembre de 2005. La conferencia fue organizada por el gobierno

Brasileño, con el apoyo de la OPS, y contó con 110 participantes de 26 países, incluyendo científicos, funcionarios de salud pública, representantes de ONGs y de la sociedad civil en general. Los participantes aprobaron por consenso la Declaración de Brasilia (ver Anexo 1), que recomienda que el alcohol sea considerado una prioridad de salud pública en la Región e iniciar actividades a nivel regional y nacional para aplicar políticas efectivas (Caetano y Monteiro, 2006).

3. En mayo de 2005, la **Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) 58.26 de la Organización Mundial de la Salud**, instó a los Estados Miembros a desarrollar, implementar y evaluar estrategias y programas efectivos para reducir las consecuencias negativas -sociales y de salud- del uso perjudicial de alcohol, solicitando al Director General redoblar esfuerzos para disminuir el consumo perjudicial de la sustancia. Esta acción global puede potenciar una actividad regional dirigida a la reducción de ese tipo de consumo (ver Anexo 2).

La OPS/OMS considera que el mejor modo de reducir el daño asociado con el alcohol en las Américas es asistir a los países para la implementación de una respuesta política sobre alcohol comprehensiva y efectiva. La OPS/OMS puede también asumir una función de coordinadora en el desarrollo de una estrategia regional, con las herramientas, materiales y apoyo técnico necesario para reunir a los países en una labor basada en metas y objetivos comunes para prevenir y reducir el daño asociado con el alcohol en la Región.

Los siguientes "**diez componentes**" conforman la base para una política sobre alcohol comprehensiva y efectiva. Se refieren a:

- a) la disponibilidad de bebidas alcohólicas,
- b) la demanda de bebidas alcohólicas,
- c) respuestas apropiadas para solucionar los daños causados,
- d) la necesidad de desarrollar mecanismos para facilitar y sostener esfuerzos para reducir el daño asociado con el alcohol.

Se basan en la última revisión de las evidencias de efectividad de un amplio rango de políticas sobre alcohol patrocinadas por la OMS y publicadas por Oxford (Babor et al. 2003), así como en un análisis de rentabilidad de diferentes intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas con el alcohol (Chisholom et al. 2004). Un comité experto de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol también revisó la literatura y preparó un reporte que se publicará próximamente, aunque se presentó un resumen ante la Asamblea Mundial de la Salud de 2007 (AMS A60/14 2007)

COMPONENTE 1

Establecer mecanismos legislativos y reglamentarios para la producción, importación, venta, disponibilidad y consumo de bebidas alcohólicas, incluyendo una edad mínima legal para el consumo y adquisición de bebidas alcohólicas; restricciones en las horas, días y lugares en los que se venden bebidas alcohólicas; restricciones sobre la densidad de lugares de venta; un sistema de licencias para la regulación de la venta mayorista y minorista de bebidas alcohólicas, proporcionando mecanismos para imponer sanciones ante cualquier acción que promueva o aliente las consecuencias sociales y de salud negativas del uso perjudicial de alcohol; licencias de importación; reglamentación del mercado ilícito; normas de calidad para las bebidas alcohólicas. **Reforzar las instituciones competentes** de manera apropiada para que apliquen las reglamentaciones sobre las bebidas alcohólicas.

COMPONENTE 2

Establecer un sistema impositivo sobre el alcohol, con la clara meta de reducir los daños asociados a partir del contenido alcohólico, proporcionando una herramienta útil para aumentar el costo de las bebidas en relación directa a su potencial para causar daños. Utilizar porcentajes de utilidades para financiar programas de prevención y tratamiento.

COMPONENTE 3

Reglamentar o prohibir la publicidad o promoción de alcohol en radio, televisión, Internet, medios impresos, carteles publicitarios y en eventos culturales, juveniles y deportivos,

particularmente en relación con su impacto sobre los jóvenes, y encargar la responsabilidad del seguimiento y aplicación de cualquier reglamentación o prohibición a una institución gubernamental u organismo independiente.

COMPONENTE 4

Tratar el tema del manejo en estado de ebriedad mediante medidas para fijar y aplicar niveles de alcohol en sangre, incluyendo un bajo contenido alcohólico (0 - 0-5% NAS) para manejar; tolerancia cero para nuevos conductores; pruebas aleatorias de aliento; puntos de verificación de sobriedad; suspensión administrativa de licencias.

COMPONENTE 5

Integrar y difundir screenings e intervenciones breves en la atención primaria de la salud para problemas tempranos de uso de alcohol. Educar y capacitar a los profesionales de la salud sobre su uso rutinario.

COMPONENTE 6

Desarrollar sistemas de tratamiento para responder a todo el rango de problemas asociados con el alcohol, integrados al sistema general de salud, accesibles y económicos para los necesitados.

COMPONENTE 7

Desarrollar sistemas de información para dar seguimiento al consumo de alcohol y problemas asociados, como forma de monitorear la implementación y efectividad de los cambios en las políticas.

COMPONENTE 8

Aumentar la conciencia pública y el apoyo a políticas efectivas sobre alcohol y mejorar la educación pública sobre daños asociados y respuestas efectivas.

COMPONENTE 9

Apoyar y proveer recursos para acciones comunitarias con el objetivo de desarrollar formas para que la comunidad, y

los grupos que la integran, solucionen sus propios problemas asociados con el alcohol.

COMPONENTE 10

Considerar al alcohol como una mercancía especial en los acuerdos comerciales, como forma de proteger la capacidad nacional y local de controlar los mercados del alcohol y la salud pública, considerando el contexto general del comercio y la salud, conforme lo aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud.

5.1 Rol de la OPS

La OPS tiene áreas de trabajo ya existentes que pueden contribuir a una estrategia coordinada y beneficiarse de ella. Las áreas incluyen, entre otras, prevención de la violencia y las lesiones, salud mental, control del tabaco, prevención de enfermedades no transmisibles, nutrición y salud, género y salud, salud infantil y adolescente, salud indígena y promoción de la salud.

Los Estados Miembro han instado en varias ocasiones a emprender acciones para reducir los problemas relacionados con el alcoholismo en el Consejo Directivo de la OPS: 1925, 1927, 1934, 1966 y 1974. Desde 1974, se han alcanzado importantes conocimientos científicos acerca de los efectos del alcohol sobre la salud, acerca de la salud pública y sobre las estrategias que son efectivas y rentables para reducir el consumo perjudicial. Mientras tanto, el consumo de alcohol ha incrementado significativamente en la Región (en algunos países como México y Brasil, en más del 50%) y las intervenciones de salud pública para reducir el impacto de tal consumo no han continuado.

Una estrategia regional puede promover, apoyar y coordinar la aplicación de las mejores prácticas para reducir el daño asociado con el alcohol en los países de la Región, utilizando los "componentes" anteriormente propuestos. La OPS, la CICAD y otras instituciones de la ONU, ya se hallan trabajando en un

número de áreas que están de alguna manera asociadas con reducir el uso de riesgo del alcohol. Una estrategia regional está esencialmente orientada a mejorar la salud reduciendo el daño causado por el uso de alcohol de forma coordinada y realista. Contribuye con otras estrategias, y, a la vez, sus metas son promovidas a través de distintas actividades realizadas por la OPS, CICAD y otras agencias de las Naciones Unidas.

Los siguientes campos de trabajo ya *existentes* en la OPS pueden contribuir a, y beneficiarse de, una estrategia regional coordinada, e incluye, entre otros, prevención de la violencia y lesiones, salud mental, control del tabaco, prevención de enfermedades no transmisibles, nutrición y salud, géneros y salud, salud infantil y adolescente, salud indígena y promoción de la salud.

El alcohol es causa clave de violencia y lesiones. El *Programa de prevención de la violencia y las lesiones* de la OPS examina varias cuestiones de violencia y lesiones fuertemente relacionadas con el uso perjudicial del alcohol, incluyendo violencia familiar, lesiones de tránsito, ahogamientos y suicidios. El aumentar los conocimientos de la prevención de la violencia y las lesiones, junto con la cooperación de los países de la Región en estos temas, ayudará a alcanzar algunas de las metas de la estrategia sobre alcohol, la que idealmente debería contribuir a reducir, de alguna manera, la violencia y las lesiones en la Región.

Las investigaciones sobre *adolescentes, niños y salud reproductiva* que está realizando la OPS/OMS en la Región son relevantes para la estrategia sobre alcohol. Para los adolescentes, el alcohol es la principal causa de sexo no seguro que puede causar VIH, ETS y embarazos no deseados. También entre adolescentes, los peligros de la violencia y las lesiones se acrecientan si están asociadas con el uso de alcohol. Las mujeres que usan alcohol durante el embarazo pueden producir un impacto sobre sus hijos nonatos, causando problemas de salud infantil como Síndrome Alcohólico Fetal y Efectos Alcohólicos Fetales. Por consiguiente, trabajar en la estrategia sobre alcohol ayudará a mejorar la salud adolescente, infantil y reproductiva.

La *Estrategia Regional de Salud Mental* se ha fijado tres metas básicas: reducir la carga humana, social y económica producida

por los trastornos mentales y neurológicos, incluyendo discapacidades intelectuales y abuso y dependencia de sustancias; promover la salud mental; y brindar atención apropiada a los aspectos psicosociales de la atención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. El alcohol es un factor que contribuye a las enfermedades mentales, y en particular tiene un impacto sobre el suicidio, tanto en términos de ideas suicidas como en términos de reducir el tiempo entre las ideas y la acción. La dependencia del alcohol también es un trastorno de salud mental clave que afecta a un 10% de la población general en varios países. Al coordinar las acciones emprendidas para solucionar la dependencia del alcohol y el suicidio asistido por alcohol en ambas estrategias, se pueden obtener significativas sinergias para abordar estos aspectos de los temas de salud mental y uso de alcohol.

El *Convenio del Marco de la OMS para el Control del Tabaco* es un tratado de salud pública que fija las acciones que los países aceptan emprender para reducir el consumo del tabaco. Con frecuencia se usan juntos el alcohol y el tabaco; una reducción en el uso de uno, puede reducir el consumo y daños relacionados con el otro. Aunque las cuestiones de alcohol y tabaco difieren en muchos aspectos, también tienen numerosas similitudes. El convenio de control de tabaco proporciona ejemplos y lecciones para el enfoque que se adoptó en el presente documento dirigido a reducir los daños asociados con el alcohol.

La estrategia regional y plan de acción para un *Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo régimen alimentario y actividad física*, aprobado por los Estados Miembros en septiembre de 2006, hace notar que el consumo de alcohol es un importante factor de riesgo para la carga de morbilidad no transmisible, particularmente por sus efectos sobre la hipertensión, hiperlipidemia, cirrosis y cáncer hepáticos. Esta estrategia también hace recomendaciones con respecto a un enfoque integrado para solucionar las cuestiones de enfermedades no transmisibles, incluyendo una defensa de los principales elementos de las políticas sobre alcohol que producirían un significativo impacto sobre la carga de las enfermedades

no transmisibles; el monitoreo integrado de los factores de riesgo del comportamiento mediante la metodología estándar STEPS de la OPS/OMS, que incluye preguntas sobre el uso de alcohol; y el manejo integrado de enfermedades crónicas y factores de riesgo, incluyendo la asesoría para reducir o suspender el consumo de alcohol en pacientes con enfermedades crónicas asociadas con alcohol. Esta es una oportunidad para combinar recursos y enfoques con el fin de abordar tanto las enfermedades no transmisibles como otros daños asociados con el alcohol. Las intervenciones de políticas de salud identificadas en el documento de la estrategia para enfermedades no transmisibles, son en gran medida las mismas intervenciones que se recomiendan en el presente documento, por consiguiente existen significativas sinergias que pueden establecerse en la implementación tanto de las recomendaciones estratégicas para enfermedades no transmisibles como para alcohol.

La *Unidad sobre Determinantes y Políticas de la Salud* examina factores relacionados con el comportamiento y el estilo de vida, en donde el consumo de alcohol tiene gran importancia. Apunta a fomentar vínculos entre las políticas sociales, el gobierno y la salud, y contribuir a una estrategia de promoción de la salud en entornos saludables, particularmente escuelas, universidades y centros de capacitación para adolescentes, con una perspectiva de géneros, el ciclo de vida, etnias y pobreza.

En el *monitoreo de factores de riesgo*, OPS/OMS ha colaborado con CDC en la encuesta de salud global de estudiantes escolares (GSHS, por sus siglas en inglés), recabando información sobre varios comportamientos de riesgo entre estudiantes escolares de 13 a 15 años de edad, en un número de países. El cuestionario central incluye preguntas sobre consumo de alcohol y el cuestionario regional se ha extendido para incluir más preguntas en este módulo. Se están realizando encuestas en Guatemala, Ecuador, Colombia, Uruguay, Perú, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y las Islas Caimán.

La *Promoción de la Salud* apoya una estrategia de "salud en

todas las políticas" que incluya un enfoque interministerial e intersectorial para reducir la producción y el consumo de alcohol. La promoción de la salud también incluye movilización, empoderamiento y participación activa de autoridades nacionales y locales, ONGs y otros actores claves para promover políticas públicas saludables, que incluyan al alcohol y promover legislación y reglamentaciones efectivas, la aplicación de la ley, servicios y asignación de recursos.

En el cuarto congreso *Healing Our Spirit Worldwide* (Sanando Nuestro Espíritu en Todo el Mundo), realizado del 2 al 6 de septiembre de 2002, se reunieron pueblos indígenas de América del Norte, Central y del Sur, Australia y Nueva Zelanda, para desarrollar y distribuir un acuerdo que estipula las declaraciones, consideraciones y compromisos para combatir el abuso de alcohol y sustancias en sus comunidades mediante la prevención, tratamiento y rehabilitación de los individuos, sus familias y comunidades, en lo que se refiere a problemas relacionados con alcohol.

En 2004, la unidad de *Alcohol y Toxicomanías* de la OPS, mediante una beca de IKM, patrocinó un estudio multicéntrico sobre alcohol, género, cultura y daños, que apunta a comparar datos de diez países en la Región (Argentina, Brasil, Belice, Canadá, Costa Rica, México, Nicaragua, Perú, Estados Unidos y Uruguay), recabando información comparable, de encuestas de población adulta general, sobre consumo de alcohol y problemas asociados. El reporte final será publicado a fines de 2007, en tanto que ya se está realizando la difusión de hallazgos a nivel de las naciones.

Desde 2004, la unidad publicó y difundió varios documentos claves relacionados con el alcohol: La Guía Internacional para el Monitoreo del Consumo de Alcohol y sus Efectos Adversos (en inglés y español); ¿Qué es lo que usted necesita saber acerca de la política del alcohol (en inglés, español y portugués); Manual del Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT) e Intervenciones Breves para Problemas de Alcohol (español), Alcohol y la Salud de los Pueblos Indígenas (2006); y produjo dos anuncios

para los servicios públicos relacionados con el alcohol (para difundirse en 2007). También ha proporcionado capacitación sobre intervenciones breves a profesionales de la salud en la atención primaria en Cuba, Guatemala, República Dominicana, Panamá y Bolivia. Ha apoyado congresos de ONGs y ha colaborado estrechamente con la Oficina Central de la OMS en cuestiones de política sobre alcohol en conformidad con la resolución WHA 58.26.

En 2005, la misma unidad proporcionó apoyo al gobierno brasileño para la Primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas del Alcohol (ver la Declaración de Brasilia en el Anexo 1), y participó en conferencias regionales sobre salud mental y seguridad vial.

En 2005, *Perspectivas en Salud* publicó un artículo sobre el impacto del alcohol en la Región ("The problem with drinking" volumen 10, número 1, 2005), dando una descripción general del impacto del sobre-consumo en la salud, alertando que el impacto del alcohol sobre la salud pública va más allá de la dependencia. Durante el mismo año, un número especial del Pan American Journal of Public Health (volumen 18 número 4-5), dedicado a la salud mental, incluyó dos artículos sobre alcohol: uno con un análisis regional de la carga asociada con el consumo de alcohol, "Alcohol consumption and burden of disease of the Americas: implications for alcohol policy" (Rehm y Monteiro, 2005), y otro acerca de políticas sobre alcohol "Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges" (Babor y Caetano 2005).

En 2006, la unidad de *Alcohol y Toxicomanías* de la OPS apoyó la Red Salud (<http://comunit.com/la/redsald>), una red de más de 700 periodistas y editores latinoamericanos, que apuntó a mejorar la comunicación de la salud relacionada con cuestiones de alcohol en los medios. Hubo un periodo dedicado a la discusión del alcohol desde una perspectiva de salud pública y, al final del año, se otorgó un premio para las mejores obras sobre el tema a periodistas de México, Uruguay y Colombia (II Premio Iberoamericano de Periodismo en Salud). La unidad también apoyó una

reunión de ONGs en Santos, Brasil, (6 de septiembre de 2005), que estuvo dirigida a discutir lo que se podría hacer para promover cambios en las políticas sobre alcohol a todo nivel.

Estas áreas de trabajo existentes que está realizando la OPS deberían proporcionar apoyo a los países que buscan una estrategia para solucionar los daños relacionados con el alcohol en sus poblaciones. La OPS también puede asumir el rol de coordinador en relación a los daños asociados al alcohol en la Región, así como proporcionar apoyo técnico para asistir a los países de la Región a aplicar las recomendaciones del presente documento, apoyados por

una resolución de su Consejo Directivo.

Conclusión

La información de este reporte puede ser utilizada para aumentar la conciencia sobre la necesidad de evaluar el grado de consumo de alcohol y los daños asociados a nivel nacional y regional, y planificar la asignación de recursos para la implementación y evaluación de estrategias más rentables, considerando las realidades de cada país, las normas sociales y los niveles de comprensión acerca del impacto del alcohol sobre el individuo y la población en general.

REFERENCIAS

- Ayala H, Echeverría L. Autocontrol Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México (Directed self-control: brief interventions for heavy drinkers in Mexico). *Revista Mexicana de Psicología* 1997; 14(2):113-127.
- Ayala H, Echeverría L, Sobell M, Sobell L. Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportament* 1998; 6(1):71-93,787.
- Babor T, Caetano R. *Evidence-based alcohol policy in the Americas, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2005; 18 (4/5).
- Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford University Press; 2003.
- Barragán L, González Vázquez J, Medina-Mora ME, Ayala H. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental* 2005; 28(1):61-71.
- Berenzon S, Romero M, Tiburcio M, Medina-Mora ME, Rojas E. Riesgo Asociado al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, Mexico, 2007; 30(1):31-38.
- Borges G, Tapia C.R., López C.M., Medina-Mora M.E., Pelcastre B, Franco M.F. Alcohol consumption and pregnancy in the national addiction survey. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, Brazil, abril-junio1997;13(2):205-211.
- Borges G, Cherpitel C, Mittleman M. Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science and Medicine*. 2004; 58:1191-1200.
- Borges G, Cherpitel C, Medina-Mora ME, Mondragón L. Violence related injuries in the emergency room: alcohol, depression, and conduct problems. *Substance Use and Misuse* 2004; 39(6):911-930.
- Borges G, Mondragón L, Medina-Mora ME, Orozco R, Zambrano J, Cherpitel C. A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury. *Alcohol and Alcoholism*; 2005: 40(4): 257-262.
- Borges G, Cherpitel C, Orozco R, Bond J, Ye Y, MacDonald S, et al. Multicenter study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84(6):453-460.
- Brady M, Rendall-Mkosi K. *Tackling alcohol problems: strengthening community action in South Africa*. Creda Communications (Pty) Ltd Epping Western Cape South Africa; 2005.
- Brady M. *Giving away the Grog. Aboriginal accounts of drinking and not drinking*. Drug Offensive, Department of Human Services and Health, Canberra, Australia, 1998.
- Brady, M. *Indigenous Australia and Alcohol Policy: meeting difference with indifference*. Australia: UNSW press; 1998.
- Brecklin L.R., Ullman S.E. The role of offender alcohol use in rape attacks: An analysis of National Crime Victimization Survey data. *Journal of Interpersonal Violence* 2001; 16:3-21.
- Caetano R, Laranjeiras R. A "perfect storm" in developing countries: economic growth and the alcohol industry. *Addiction* 2006; 101:149-152.
- Caetano R, Monteiro M. The first Pan American conference on alcohol policies and its significance for the region (editorial), *Addiction* 2006; 101:765-767.

- CAMY (Center on Alcohol Marketing to Youth); 2005. [<http://camy.org> para información y fuentes específicas, 2005]
- Carlini-Cotrim B, Gouveia N, Carvalho CG. Comportamentos de saúde e consumo de risco de álcool entre jovens estudantes da cidade de São Paulo. Informe de investigación presentado ante la FAPESP, São Paulo, 2006.
- Carlini-Cotrim B, da Matta Chasin AA. Blood alcohol content and death from fatal injury: a study in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs* July-Sep 2000; 32(3):269-75.
- Carlini-Cotrim B. Country profile on alcohol in Brazil. In: Riley L, Marshall M, eds. *Alcohol and public health in 8 developing countries*. Ginebra: OMS; 1999:13-35.
- Carvalho CG. Alcohol and external causes: an emergency room study. Preliminary results of a Master Dissertation at Preventive Medicine Department at University of São Paulo, School of Medicine. Presentado ante el 13º Congreso Brasileiro de Alcoholismo e Outras Drogas, Rio de Janeiro, Agosto 1999.
- Caetano R, Wool A. Exposure of Hispanic youth to alcohol advertising; 2003-2004. [www.camy.org]
- Centro de Documentación e Información del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Estudio sobre uso de drogas en consultantes de seis servicios de urgencia; 2001.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, La inversión extranjera en América Latina y el Caribe; 2005. (LC/6 2309 p/1, 244)
- Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J. Attributable risk of injury associated with alcohol use: cross-national data from the emergency room collaborative alcohol analysis project. *American Journal of Public Health* 2005; 96:266-272.
- Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Cremonte M, Neves O, et al. The effect of alcohol consumption on emergency department services use among injured patients: a cross-national emergency room study. *Journal of Studies on Alcohol* 2006; 67:890-897.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reversing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 2006; 65:782-793.
- Consejo nacional contra las adicciones. Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, Mexico, 2002.
- Curie CG. SAMHSA Report to Congreso, Development of a Plan for Combating Underage Drinking. ICCPUD_Report_42002.pdf. April 2004. Leadership to Keep Children Alcohol Free. 3 de Marzo 2005. Portal de Internet: <http://www.alcoholfreechildren.org/en/emplibary/ICCPUD_Report_42004.pdf>
- Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalência de beber e dirigir em Diadema. *Revista de Saúde Pública*. En prensa.
- Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? *American Journal of Public Health*. En prensa.
- Duarte P. Alcohol e violência: um estudo dos homicídios julgados nos tribunais de juri de Curitiba, 1995-98. Preliminary results of a Master Dissertation at University of São Paulo School of Medicine. Presentado ante el 13º Congreso Brasileiro de Alcoholismo e Outras Dependências, Rio de Janeiro, Agosto 1999.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. *Alcohol policy and the public good*. New York: Oxford University Press; 1994.
- Gender and alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002;12(1):59-62.
- Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 2006; 9:103-110.
- Greenfield L.A. Alcohol and Crime: an Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol in Crime, Departamento de Justicia de EE.UU., Washington, DC,1998.

- Gutiérrez R. Bases de datos sobre estadísticas de alcohol. Centro de Información sobre alcohol. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Mexico City, Mexico: 1996.
- Hall RL. Alcohol treatment in American Indian populations: an indigenous healing treatment modality compared to traditional approaches. In TF Babor (ed) *Alcohol and Culture: Comparative Perspectives from Europe and America*. Nueva York: New York Academy of Sciences.
- Harwood, H. Updating Estimates of the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States: Estimates, Update Methods, and Data. Report prepared by The Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Based on estimates, analyses, and data reported in Harwood H; Fountain D; and Livermore G. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992*. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 1998. [NIH Publication No. 98-4327]
- IOM. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
- Jacobson J, Jacobson S. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health* 2002; 26(4):282-285.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18(4/5):229-40.
- London Department of Transport. *People's perceptions of personal security and their concerns about crime on public transport*. Londres: Departamento de Transporte; 2004.
- Longest BB. *Health policymaking in the United States*. Chicago, IL: Health Administration Press; 1998.
- Magri R, Hugo M, Héctor S, Huston J, Menendez A, Padri V, et al. The importance of self report and biomarkers to determine alcohol and drug consumption during pregnancy. Resumen presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Kettil Bruun, Budapest, Hungría, 2007.
- Mandelbaum D. Alcohol and culture. In: Marshall M, editor. *Beliefs, behaviors & alcoholic beverages*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1979: 14-30.
- Matos TD, Robles RR, Sahai H, Colon HM, Reyes JC, Marrero CA, et al. HIV risk behaviours and alcohol intoxication among injection drug users in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76:229-34.
- MacDonald S, Cherpitel C, De Souza A, Stockwell T, Borges G, Giesbrecht N. Variations of alcohol impairment in different types, causes and contexts of injuries: Results of emergency room studies from 16 countries. *Accident Analysis & Prevention* 2006; 38(6):1107-1112.
- Medina-Mora ME. Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol [Gender differences in alcohol consumption practices]. Thesis for Social Psychology Doctoral Degree. Mexico DF, Mexico: Facultad de Psicología UNAM; 1993.
- Medina-Mora ME, Berenzon S, Natera G. El papel del alcoholismo en las violencias. *Gaceta Médica de México* 1999; 135(3):282-287.
- Medina-Mora MA, Morón MA, Rojas E, Carreño S, Martínez NA, Juárez F. El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: evaluación de un modelo de intervención. *Psicología Iberoamericana* Diciembre 1999; 7.
- Medina-Mora ME, Borges G, Villatoro J. The measurement of drinking patterns and consequences in México. *Journal of Substance Abuse* 2000; 12(1-2):183-196.
- Medina-Mora ME, Natera G, Borges G. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*, Editor; CONADIC, Secretaría de Salud, Editorial; 15-25. [ISBN: 2002: 970-721-090-7: 15-25]
- Medina-Mora M.J., Villatoro J, Cravioto P, Fleiz C, Galván F, Rojas E, et al. Uso y abuso de alcohol en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. [Alcohol Use and Abuse in Mexico: results of the 2002 Addictions National Survey]. Consejo Nacional Contra las Adicciones.

- In: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México DF: Consejo Nacional Contra las Adicciones; 2004: 49-61.
- Medina Mora M.E., Quintanar TR, Guiot ER, Rodas LC, Vasquez L. Alcohol in Latin America, regional developments on use, abuse, related problems and control of alcohol related harm: a review. Manuscrito preparado para la Organización Mundial de la Salud 2005.
- Monteiro M, Levav I. EU alcohol policies and free trade: consequences beyond its borders (comment). *Lancet* 368: 580. (Documento inédito)
- Natera G, Tiburcio M, Villatoro J. Marital violence and his relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemporary Drug Problems* 1997; 24(4):787-804.
- Natera G, Juárez F, Medina-Mora ME, Tiburcio M. Drug and alcohol consumption, depressive features, family violence, and their links with crimes: arrests and denunciations. *Substance Use and Misuse* 2005; 42.
- Natera G, Juarez T. Validez factorial de una escala de violencia hacia la pareja en una muestra nacional mexicana. *Salud Mental* 2002; 27(29):31-38.
- NHTSA. Traffic safety facts: alcohol related fatalities in 2004. Washington, DC, USA 2006. [DOT HS 809 904]
- NIAAA. Make a difference: talk to your child about alcohol. Washington DC, USA, 2000. [NIH Publication No. 00-4314]
- Noto AR, Carlini-Cotrim B, and Carlini EA. (1997) Inpatients in treatment for drug and alcohol dependence: A study in Brazil (1987-1995). Presentación con carteles en el Congreso Anual de la Research Society on Alcoholism, San Francisco, California, USA.
- Noto AR, Moura YG, Nappo S, Galduróz JCF, Carlini EA (2002) Internações por transtornos mentais e de comportamentos decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988-1999. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(20): 113-121.
- NRC/IOM. Bonnie R.J., O'Connell M.E.(eds) Reducing underage drinking: a collective responsibility. Washington DC: The National Academy Press; 2003: 137-8.
- Obot I, Room R. *Alcohol, Gender and Drinking problems: perspectives from low and middle income countries*. Organización Mundial de la Salud; 2005.
- Oliveira E, Melcop AG. Uso de álcool nas vítimas de acidentes de transito no Carnaval. En: *Álcool e transito*. Recife: Instituto RAID; 1997:72-86.
- OPS. Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas, Washington DC: OPS; 2006.
- OPS. Multicentric study on alcohol, gender, culture and harms: final report. Washington DC: OPS. En prensa.
- Organización Mundial de la Salud. World Mental Health Survey Consortium. Medina-Mora M.E.; Borges, G.; Lara, M.C.: "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health." Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581-2590.
- Organización Mundial de la Salud. Indigenous peoples and substance use project 1996; Geneva: Who. (WHO/PSA/96.15)
- Organización Mundial de la Salud. Global Status Report: Alcohol and Young People 2001. Ginebra: OMS; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Ginebra: OMS; 2004a.
- Organización Mundial de la Salud. *World report on road traffic injury prevention 2004*. Ginebra: OMS; 2004b.
- Organización Mundial de la Salud. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence 2004*; Ginebra: OMS, 2004c.
- Organización Mundial de la Salud. *Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries 2005*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners 2007. Ginebra: OMS.

Pan L. Alcohol in colonial Africa. Helsinki, Finish Foundation for alcohol studies, 1975; 22.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol use. Volumen 1. En: Ezzati M, Lopez A,D, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected risk factors. Geneva: OMS; 2004:959-1108.

Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Tempos C. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003; 98:1209-1215.

Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas –implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health* 2005; (4/5):241-248.

Rehm J, Patra J, Baliunas D, Popova S, Roerecke M, Taylor B. Alcohol consumption and the global burden of disease 2002. Ginebra: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Dirección de Toxicomanías; 2006.

Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Finnish Foundation for Alcohol Studies 46; 2002.

Statistics Canada. *Sale and Control of Alcoholic beverages in Canada, 2005*.

Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29:837-43.

Stockwell T, Sturge J, Macdonald S. Patterns of drinking in British Columbia and Canada: an analysis of the 2004 Canadian Addictions Survey. CARBC statistical bulletin #1. British Colombia: University Victoria; 2005.

Stueve A, O'Donnell LN. Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviours among urban youths. *Am J Public Health* 2005; 95:887-93.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results form the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Office of Applied Studies, Rockville, MD, USA, 2006; NSDUH Series H-30. (DHSS Publication No. SMA 06- 4194)

Taylor B, Rehm J, Patra J, Popova S, Baliunas D. (2007) Alcohol-attributable morbidity and resulting health care costs in Canadá in 2002: recommendations for policy and prevention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68: 1-12.

Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira R. Alcohol and adolescents: study to implement municipal policies. *Revista Salud Publica* 2007; 41(3):1-7.

Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C, Amador N, Bermúdez P. La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005; 28(1):38-51.

Widom CS, Ireland T, Glynn PJ. Alcohol in abuse and neglected children followed up: Are they at increased risk? *Journal of Studies on Alcohol* 1995; 56: 207-217.

Wingwood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventative Medicine* 2000; 19: 270-275.

Declaración de Brasilia sobre las políticas públicas en alcohol

Los participantes de la Primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol llevada a cabo en Brasilia, Brasil, del 28 al 30 de Noviembre del 2005:

Alarmados que el alcohol es el principal factor de riesgo de la carga de morbilidad en las Américas y que los daños relacionados con el alcohol no han sido adecuadamente atendidos en la Región;

Recordando y reafirmando la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) 58.26 de la Organización Mundial de la Salud, que urge a los Estados Miembros a que desarrollen, implementen y evalúen las estrategias y los programas efectivos para reducir las consecuencias negativas a la salud y sociales del uso perjudicial del alcohol;

Reconociendo que la evidencia científica ha establecido que el consumo perjudicial y peligroso del alcohol causa muerte prematura, enfermedades y discapacidad;

Preocupados que en muchos países hay un significativo consumo de alcohol no registrado, y que la producción y el consumo de alcohol registrado es alto y en niveles crecientes;

Reconociendo que el daño causado por el alcohol es un problema nacional y regional de la salud pública y social en las Américas, a pesar de las diferencias culturales entre las naciones;

Reconociendo que el alcohol es también causa de muertes violentas, lesiones intencionales y no intencionales, particularmente en los jóvenes;

Notando que el alcohol es también una causa de muerte, discapacidad y daños sociales a personas otras que el bebedor;

Conscientes de los estudios que existen sobre los costos por el uso del alcohol indican que los problemas asociados crean una fuerte carga económica, de salud y social;

Preocupados que el alcohol interactúa con la pobreza produciendo aún mayores consecuencias para los que no tienen acceso a los recursos básicos para la salud y el sustento;

Preocupados que los pueblos indígenas, los migrantes, los niños de la calle y otras poblaciones altamente vulnerables en las Américas sufren desproporcionadamente de las repercusiones negativas del alcohol;

Enfatizando el riesgo del daño debido al consumo de alcohol durante el embarazo;

Reconociendo las amenazas planteadas a la salud pública por el aumento de la disponibilidad y accesibilidad de las bebidas alcohólicas en muchos países en las Américas;

Preocupados de que la publicidad, promoción y patrocinio del alcohol llega a los jóvenes, y están afectando a los esfuerzos para reducir y prevenir el uso del alcohol en los menores de edad;

Conscientes de la existencia de evidencias irrefutables acerca de la efectividad de estrategias y medidas tendientes a reducir el consumo de alcohol y daños relacionados;

Reconociendo que los abordajes relacionados con el consumo nocivo del alcohol deben incluir diferentes modelos y estrategias para la reducción de daños sociales y a la salud;

Reconociendo que la cooperación internacional y la participación de todos los países de la región es necesaria para reducir las consecuencias negativas a la salud y sociales del consumo de alcohol.

Recomendamos que:

1. La prevención y reducción de los daños relacionados con el consumo de alcohol sean considerados una prioridad para la acción en la salud pública en todos los países de las Américas.
2. Las estrategias regionales y nacionales sean desarrolladas incorporando enfoques basados en evidencias culturalmente apropiadas para reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol.
3. Estas estrategias deben apoyarse en mejores sistemas de información y en estudios científicos adicionales sobre el impacto del alcohol y de los efectos de las políticas en los contextos nacionales y culturales de los países de las Américas.
4. Se establezca una red regional de contrapartes nacionales, nominada por los Estados Miembros de las Américas, con la cooperación técnica y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, para trabajar en la reducción de los daños relacionados al consumo de alcohol.
5. Las políticas de alcohol cuya efectividad han sido comprobadas por la investigación científica sean implementadas y evaluadas en todos los países de las Américas.
6. Las áreas prioritarias de acción necesitan incluir: las ocasiones de consumo excesivo, el consumo de alcohol en la población general, las mujeres (incluyendo las mujeres embarazadas), los indígenas, los jóvenes, otros grupos vulnerables, la violencia, las lesiones intencionales y no intencionales, el consumo por menores de edad y los trastornos por el uso del alcohol.

58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA58.26

Punto 13.14 del orden del día 25 de mayo de 2005

Problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Reafirmando las resoluciones WHA32.40, sobre la elaboración del programa de la OMS sobre los problemas relacionados con el alcohol, WHA36.12, sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol: desarrollo de políticas y programas nacionales, WHA42.20, sobre la prevención y el control del alcoholismo y el uso indebido de drogas, WHA55.10, sobre la salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción, WHA57.10, sobre seguridad vial y salud, WHA57.16, sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, y WHA57.17, sobre la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud;

Recordando el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*,⁸ que indicaba que el 4% de la carga de morbilidad y el 3,2% de la mortalidad mundial son atribuibles al alcohol y que éste representa el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo con baja mortalidad y el tercero en los países desarrollados;

Reconociendo que los hábitos, el contexto y el nivel general de consumo de alcohol influyen en la salud del conjunto de la población y que el consumo perjudicial de alcohol se encuentra entre las principales causas de enfermedad, lesiones, violencia, especialmente violencia doméstica contra mujeres y niños, discapacidad, problemas sociales y muertes prematuras, está asociado a problemas de salud mental, repercute gravemente en el bienestar humano, pues afecta a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto y contribuye a las desigualdades sociales y de salud;

Haciendo hincapié en el riesgo de que el consumo de alcohol tenga efectos perjudiciales, particularmente en el contexto de la conducción de vehículos, en el lugar de trabajo y durante el embarazo;

Preocupada por la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo perjudicial de alcohol y las tendencias hacia el consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos Estados Miembros;

Reconociendo que la intoxicación alcohólica se asocia a conductas de alto riesgo tales como el consumo de otras sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de riesgo;

Preocupada por las pérdidas económicas que causa a la sociedad el consumo perjudicial de alcohol, entre ellas los costos para los sistemas de salud, de bienestar social y de justicia penal, así como los costos derivados de la pérdida de productividad y la disminución del desarrollo económico;

Reconociendo las amenazas que suponen para la salud pública los factores que han dado lugar a una creciente disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas en algunos Estados Miembro;

Tomando nota de las pruebas cada vez más numerosas de la eficacia de las estrategias y medidas destinadas a reducir los daños relacionados con el alcohol;

Conscientes de que hay que empoderar a las personas para que tomen decisiones positivas que cambien sus vidas en aspectos tales como el consumo de alcohol;

Teniendo debidamente en cuenta las sensibilidades religiosas y culturales de un número considerable de Estados Miembro respecto del consumo de alcohol, y subrayando que

8 Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

en la presente resolución el uso de la palabra «perjudicial» se refiere solamente a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales,

1. PIDE a los Estados Miembros:

1) que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias negativas sobre la salud y la sociedad del uso perjudicial del alcohol;

2) que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del uso perjudicial del alcohol;

3) que respalden la labor que se solicita más adelante al Director General, inclusive, si fuera necesario, mediante la aportación de donativos por los Estados Miembro interesados;

2. PIDE al Director General:

1) que refuerce la capacidad de la Secretaría para prestar asistencia a los Estados Miembros en la vigilancia de los daños relacionados con el alcohol y fortalezca las pruebas empíricas y científicas de la eficacia de las políticas;

2) que estudie la posibilidad de intensificar la cooperación internacional para reducir los problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol y movilice los apoyos necesarios a nivel mundial y regional;

3) que examine también la posibilidad de realizar nuevos estudios científicos sobre distintos aspectos del posible impacto del consumo de alcohol en la salud pública;

4) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre las estrategias e intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir los daños relacionados con el alcohol, incluyendo una evaluación completa de los problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol;

5) que formule recomendaciones sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol y que elabore instrumentos técnicos que ayuden a los Estados Miembro a aplicar y evaluar las estrategias y programas recomendados;

6) que refuerce los sistemas de información mundiales y regionales mediante la recopilación y el análisis de nuevos datos sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales y para la salud, proporcionando asistencia técnica a los Estados Miembros y el fomento de las investigaciones cuando se carezca de esos datos;

7) que promueva y apoye las actividades mundiales y regionales destinadas a identificar y tratar los trastornos relacionados con el uso del alcohol en el marco de la asistencia de la salud, así como aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para hacer frente a los problemas asociados a los hábitos perjudiciales de consumo de alcohol que presenten sus pacientes;

8) que colabore con los Estados Miembro, las organizaciones intergubernamentales, los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas pertinentes, con el fin de fomentar la aplicación de políticas y programas eficaces destinados a reducir el consumo perjudicial de alcohol;

9) que organice reuniones consultivas abiertas con representantes de los sectores industrial, agrícola y comercial con el fin de limitar las repercusiones del consumo perjudicial de alcohol en la salud;

10) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, a través del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en el cumplimiento de la presente resolución.

Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005

A58/VR/9