

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

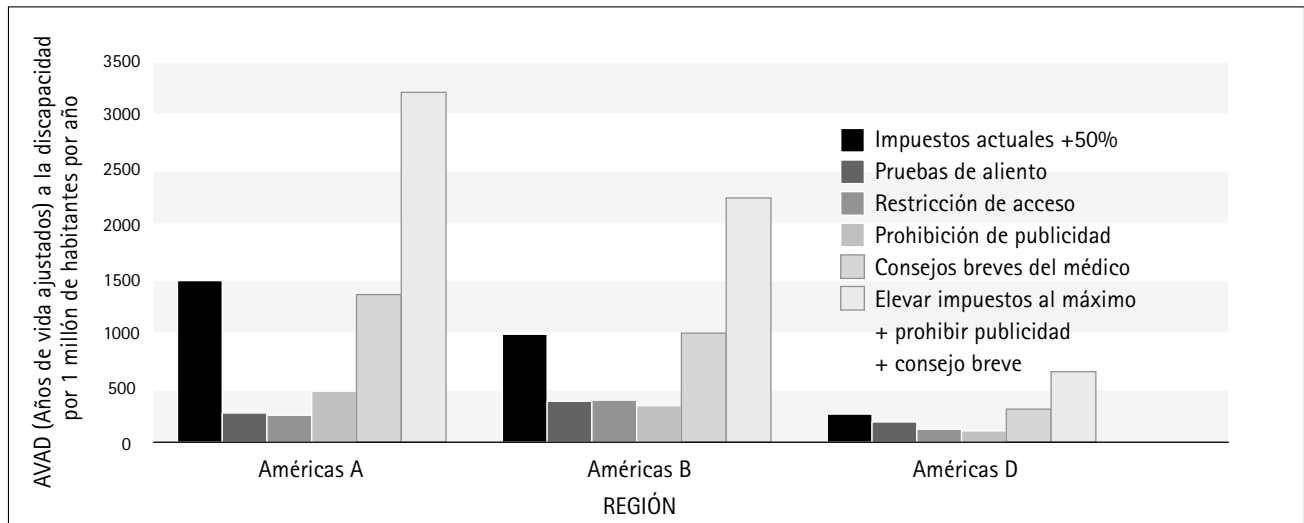
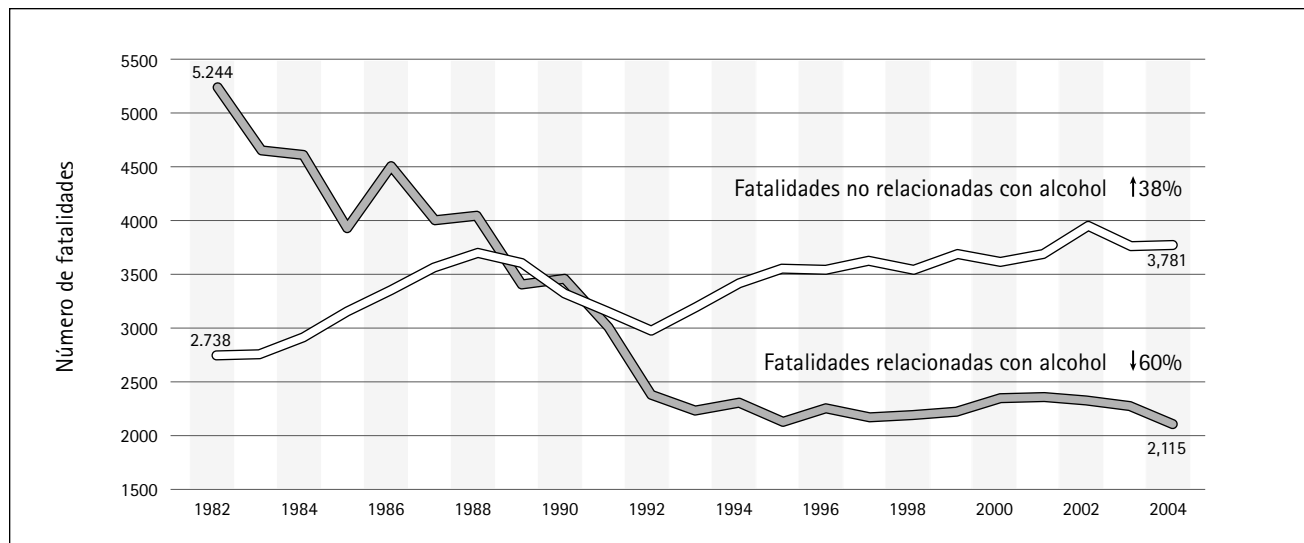


Figura 3.2 Tendencias en fatalidades de tránsito relacionadas y no relacionadas con alcohol, personas de 16 a 20 años, EE. UU., 1982–2004



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.