

# COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Segundo Informe



Organización  
Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud fue creada en 1948 como organismo especializado de las Naciones Unidas para que actuara como autoridad directiva y coordinadora en los asuntos sanitarios y la salud pública a nivel internacional. Una de las funciones constitucionales de la OMS consiste en facilitar información y asesoramiento objetivos y fiables en materia de salud humana, responsabilidad que cumple en parte por conducto de su amplio programa de publicaciones.

Mediante sus publicaciones, la Organización se propone apoyar las estrategias sanitarias nacionales y atender las preocupaciones de salud pública más acuciantes de las poblaciones en todo el mundo. Para responder a las necesidades de los Estados Miembros en todos los niveles de desarrollo, la OMS publica guías prácticas, manuales y material de capacitación para categorías específicas de trabajadores sanitarios; directrices y normas internacionalmente aplicables; revisiones y análisis de las políticas y programas de salud y las investigaciones sanitarias; e informes de consenso sobre el estado actual de los conocimientos, en los que se ofrecen asesoramiento técnico y recomendaciones para los decisores. Esas obras están estrechamente vinculadas con las actividades prioritarias de la Organización, que comprenden la labor de prevención y lucha contra las enfermedades, el desarrollo de sistemas sanitarios equitativos basados en la atención primaria de salud, y la promoción de la salud de los individuos y las comunidades. El avance hacia una mejor salud para todos requiere asimismo la difusión y el intercambio mundiales de información basada en los conocimientos y experiencia de todos los países Miembros, así como la colaboración de los líderes mundiales en el campo de la salud pública y las ciencias biomédicas.

A fin de maximizar la disponibilidad de información y orientación autorizadas sobre los asuntos sanitarios, la OMS asegura la amplia distribución internacional de sus publicaciones y estimula su traducción y adaptación. Ayudando a fomentar y proteger la salud y a prevenir y controlar las enfermedades en todo el mundo, las publicaciones de la OMS contribuyen al objetivo principal de la Organización: alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.

---

*En la Serie de Informes Técnicos* de la OMS se presentan las observaciones de diversos grupos internacionales de expertos que asesoran a la OMS proporcionándole la información científica y técnica más reciente sobre una amplia gama de temas médicos y de salud pública. Los miembros de esos grupos de expertos, que no son remunerados por dicha tarea, actúan a título personal y no como representantes de gobiernos o de otros organismos, y sus opiniones no reflejan necesariamente las decisiones o políticas de la OMS. El precio de la suscripción anual a esta serie, que comprende unos seis informes, es de Fr. s. 168,00 – o US\$ 151,00 – (Fr. s. 128,40 – o US\$ 115,00 – en los países en desarrollo). Para más información, pueden dirigirse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int); pedidos en línea: <http://www.who.int/bookorders>).

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos  
y no representa necesariamente las decisiones o la política de la Organización Mundial de la Salud*

**OMS, Serie de Informes Técnicos**

**944**

---

# **COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL**

---

Segundo Informe



**Organización  
Mundial de la Salud**

---

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol.  
Reunión (2a: 2006: Ginebra, Suiza)

Segundo informe / Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el  
Consumo de Alcohol

(OMS, Serie de Informes Técnicos; 944)

«Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol ,  
Ginebra, 10 a 13 de octubre de 2006»

1. Consumo de alcohol. 2. Etanol – farmacología. 3. Alcoholismo – prevención y control.  
4. Trastornos relacionados con el alcohol – prevención y control. I. Organización  
Mundial de la Salud. II. Título. III. Título: Comité de Expertos de la OMS en Problemas  
Relacionados con el Consumo de Alcohol: segundo informe. IV. Series.

ISBN 978 92 4 320944 9

ISSN 0509-2507

(Clasificación NLM: WM 274)

### © Organización Mundial de la Salud, 2007

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int) . Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

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

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

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

**Impreso en Suiza**

# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes	2
1.2 Marco y terminología	3
<b>2. Los mecanismos del daño producido por el alcohol: intoxicación, dependencia y toxicidad</b>	<b>5</b>
2.1 Tipos de daños relacionados con el alcohol y su base fisiológica	6
2.2 Intoxicación etílica	7
2.3 Propiedades inductoras de dependencia del alcohol	7
2.4 Efectos tóxicos del alcohol	8
2.5 Conclusiones sobre los mecanismos del daño	10
<b>3. Disponibilidad y consumo de alcohol en el mundo</b>	<b>10</b>
3.1 Producción, distribución y promoción del alcohol	10
3.2 Niveles, patrones y tendencias del consumo de alcohol	12
3.3 Factores determinantes y correlacionados del consumo de alcohol	17
3.4 Conclusiones sobre la disponibilidad y el consumo de alcohol	20
<b>4. Daños atribuibles al consumo de alcohol</b>	<b>21</b>
4.1 Impacto en la salud: contribución del alcohol a la carga mundial de morbilidad	21
4.2 Daños sociales	23
4.3 Conclusiones sobre los daños atribuibles al consumo de alcohol	26
<b>5. Estrategias e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol</b>	<b>27</b>
5.1 Medidas para reducir la disponibilidad de alcohol	28
5.2 Precio del alcohol e impuestos sobre el alcohol	30
5.3 Restricción de la venta de alcohol	32
5.4 Regulación del contexto en el que se bebe alcohol	33
5.5 Restricciones a la mercadotecnia o marketing del alcohol	34
5.6 Medidas contra el alcohol al volante	35
5.7 Educación y persuasión	36
5.8 Servicios de intervención temprana y tratamiento	38
5.9 Conclusiones sobre estrategias eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol	39
<b>6. Formulación de políticas sobre alcohol</b>	<b>40</b>
6.1 Creación de una base de conocimientos para la elaboración de políticas sobre alcohol	41
6.2 Sectores y política sobre el alcohol	42
6.3 Políticas sobre el alcohol en distintos niveles jurisdiccionales	44
6.4 Conclusiones sobre la formulación de políticas en materia de alcohol	45
<b>7. Repercusiones para la acción internacional</b>	<b>46</b>
7.1 Aspectos internacionales de la fiscalización del alcohol	46

7.2	Papel de la OMS	49
7.3	Colaboración entre organismos internacionales	51
7.4	Conclusiones sobre las repercusiones para la acción internacional	52
<b>8.</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>53</b>
	<b>Referencias</b>	<b>57</b>
	Anexo	61
	Resumen de datos de la OMS sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol en 2002	

# Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol

Ginebra, 10 a 13 de octubre de 2006

## Miembros

Profesor D. Ofori-Adjei, Director, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, Universidad de Ghana, Accra (Ghana)

Profesor S. Casswell, Director, Centro de Investigación y Evaluación de Resultados Sociales y Sanitarios, Universidad Massey, Auckland (Nueva Zelanda)

Profesor C. Drummond, Catedrático y Psiquiatría de las Adicciones y Jefe de la Sección de Conductas Adictivas, División de Salud Mental, Universidad St George's de Londres, Londres (Inglaterra)

Profesor Wei Hao, Profesor de Psiquiatría, Director del Centro Colaborador de la OMS para Factores Psicosociales, Abuso de Drogas y Salud, Instituto de Salud Mental, Segundo Hospital de Xiangya, Universidad Central del Sur, Changsha (China)

Profesor M.E. Medina-Mora, Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México D.F (México)

Dr. S. Ranganathan, Secretario Honorífico, Fundación de Investigaciones Clínicas T.T. Ranganathan, Chennai (India)

Dr. E.M. Razaghi, Director, Centro Nacional de Estudios sobre las Adicciones, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Teherán, Teherán, República Islámica del Irán

Profesor R. Room, Universidad de Melbourne y Centro Turning Point Alcohol and Drug, Fitzroy (Australia) (*Relator*)

Dr. I. Rossow, Instituto Noruego de Investigaciones sobre el Alcohol y las Drogas, Oslo (Noruega)

Profesor D.S. Samarasinghe, Profesor Asociado de Medicina Psicológica, Departamento de Medicina Psicológica, Universidad de Colombo, Colombo (Sri Lanka) (*Vicepresidente*)

Profesor C. Weisner, Departamento de Psiquiatría e Instituto Psiquiátrico Langley Porter, Universidad de California, San Francisco, CA (EE.UU.) (*Presidente*)

## Representantes de otras organizaciones<sup>1</sup>

*Organización Internacional del Trabajo*

Sra. M. Deluca, Especialista, Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo, SafeWork, Ginebra (Suiza)

---

<sup>1</sup> No pudieron asistir: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma (Italia); Banco Mundial, Washington D.C., EE.UU.; Asociación Mundial de Psiquiatría, Ginebra (Suiza).

*Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*

Dr. A. Chatterjee, Asesor Principal, Prevención y Política Pública, Ginebra (Suiza)

**Secretaría**

Dr. T. Agossou, Asesor Regional para Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina Regional de la OMS para África, Brazzaville (Congo)

Dr. P. Anderson, Consultor en Salud Pública, Hellerup (Dinamarca) (*Asesor temporero*)

Profesor T. Babor, Departamento de Medicina Comunitaria y Atención de Salud, Escuela de Medicina, Universidad de Connecticut, Farmington, CT (EE.UU.) (*Asesor temporero*)

Dr. A. Fleischmann, Especialista Científico, Gestión del Abuso de Sustancias, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza)

Profesor M.L.O. Souza Formigoni, Departamento de Psicobiología, Universidad Federal de São Paulo, São Paulo (Brasil) (*Asesor temporero*)

Dr. S. Higuchi, Director Adjunto, Organización Hospitalaria Nacional, Centro de Alcoholismo Kurihama, Kanagawa (Japón) (*Asesor temporero*)

Dr. M. Monteiro, Asesor Regional sobre Abuso del Alcohol y de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. (EE.UU.)

Dr. I. Obot, Especialista Científico, Manejo del Abuso de Sustancias, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza)

Dr. V. Poznyak, Coordinador, Manejo del Abuso de Sustancias, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza) (*Secretario*)

Profesor J. Rehm, Centro de Adicciones y Salud Mental, Toronto (Canadá) (*Asesor temporero*)

Sr. D. Rekve, Oficial Técnico, Manejo del Abuso de Sustancias, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza)

Dr. Benedetto Saraceno, Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza)

Dr. E. Strel, Avenida J. Nyerere, Maputo (Mozambique) (*Asesor temporero*)

Dr. T. Yasamy, Asesor Regional, Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, El Cairo (Egipto)

## 1. Introducción

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol se reunió en Ginebra los días 10 a 13 de octubre de 2006.

El Dr. B. Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la sede de la OMS en Ginebra (Suiza) abrió la reunión señalando que, desde que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptara en 2005 la resolución WHA58.26 sobre «Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol», la actividad en los niveles mundial y regional en la OMS había sido intensa. En la Región de Europa, el Marco para políticas sobre alcohol, basado en el Plan Europeo de Acción sobre el Alcohol 2000-2005, había sido respaldado y adoptado por el Comité Regional en septiembre de 2005; en la Región de las Américas, se había celebrado en Brasilia en noviembre de 2005 la primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Materia de Alcohol; en la Región de África, se había celebrado en mayo de 2006 una Reunión Consultiva Técnica de la OMS sobre los problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol en la Región de África; en la Región de Asia Sudoriental, el Comité Regional había adoptado una resolución sobre opciones de política de control del consumo de alcohol en agosto de 2006; en la Región del Mediterráneo Oriental, el Comité Regional había aprobado una resolución sobre los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol en septiembre del 2006; y en la Región del Pacífico Occidental, se había aprobado una resolución en septiembre de 2006 en la que se apoyaba la estrategia regional encaminada a reducir los daños relacionados con el alcohol. A nivel mundial, la Secretaría de la OMS había organizado varias reuniones de expertos técnicos y había iniciado un intenso proceso de consultas con los principales interesados directos mediante la organización de varias reuniones y consultas con grupos de la sociedad civil, especialistas científicos y representantes de la industria y de los sectores comercial y agrícola. El Dr. Saraceno destacó que las recomendaciones del Comité serían utilizadas por la Secretaría de la OMS en el proceso de preparación de nuevas actividades encaminadas a reducir los problemas sanitarios y sociales atribuibles al consumo de alcohol.

En su discurso de bienvenida en nombre de la Directora General de la OMS, la Dra. C. Le Galès-Camus, Subdirectora General, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, sede de la OMS, Ginebra (Suiza), señaló que la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 suponía una expresión de la inquietud que sentían los Estados Miembros ante los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. En los últimos años, los daños relacionados con el alcohol habían recibido mucha más atención a escala mundial, especialmente desde la publicación del *Informe sobre la salud en*

*el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*, en el que se subrayaba el papel del consumo de alcohol como importante factor de riesgo para la salud mundial. Los datos disponibles indicaban que los problemas sanitarios y sociales provocados por el uso nocivo del alcohol estaban aumentando en muchos países a consecuencia del aumento de los niveles o los cambios de los patrones de consumo, particularmente entre las mujeres y los jóvenes. Había muchas perspectivas distintas acerca de la forma más apropiada de proceder para hacer frente a la preocupación por los problemas de salud pública atribuibles al alcohol, y la Secretaría de la OMS estaba haciendo esfuerzos concertados por tenerlas en cuenta en el proceso de identificación de enfoques realistas y eficaces para reducir los daños para la salud y sociales del consumo de alcohol. Era preciso elaborar recomendaciones en materia de políticas eficaces para reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol, de conformidad con el mandato encomendado a la Organización en la resolución WHA58.26; además, los Estados Miembros necesitaban apoyo en la ejecución y la evaluación de estrategias y programas.

## 1.1 **Antecedentes**

En 2005, en su resolución WHA58.26, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General «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 nocivo del alcohol» y «que formule recomendaciones sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol».

Con ese fin, se convocó una reunión del Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol con el cometido principal de examinar un conjunto de problemas de salud pública atribuibles al consumo de alcohol, así como pruebas científicas y empíricas de la eficacia de distintas opciones de política, y de formular recomendaciones técnicas sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol.

La situación en relación con el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias y sociales ha cambiado sustancialmente desde la reunión anterior, en 1979, del Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. En su informe, el Comité de Expertos de 1979, llegó a la conclusión de que, en vista de la gran diversidad de problemas médicos y sociales y del sufrimiento humano derivados del consumo de bebidas alcohólicas, la limitada eficacia y el elevado costo del tratamiento o la gestión de la mayoría de esos problemas y su alta prevalencia en muchas partes del mundo y realizó las siguientes recomendaciones: a) que se diera clara prioridad a la prevención; b) que las nuevas inversiones en el tratamiento se concentrasen en la puesta en marcha de servicios baratos y costoeficaces

(1). El informe señalaba que los daños provocados por el consumo de alcohol están estrechamente relacionados con el nivel de consumo tanto en individuos como en poblaciones; que los gobiernos debían por consiguiente empezar a tomar medidas encaminadas a reducir el consumo reduciendo la disponibilidad de bebidas alcohólicas y adoptando medidas educativas y de otro tipo para reducir la demanda; que debían elaborarse medidas educativas bien diseñadas, que tienen el potencial de reducir la demanda de alcohol además de preparar para la introducción de legislación de control; y que habían de revisarse las políticas relativas a la publicidad del alcohol con el fin de que fueran coherentes con los esfuerzos educativos encaminados a reducir la demanda. El Comité de Expertos recomendó que los gobiernos iniciasen y aplicasen políticas nacionales amplias en relación con el alcohol y que señalaran las graves consecuencias para la salud pública y los altos costos sociales y económicos derivados del aumento del consumo de alcohol a la atención de las autoridades nacionales, regionales e internacionales cuando se estén elaborando políticas y acuerdos comerciales relacionados con las bebidas alcohólicas; y que la OMS, en colaboración con otras organizaciones internacionales, prestase extrema atención a políticas y acuerdos existentes o futuros que puedan influir en la disponibilidad de bebidas alcohólicas.

En 1992, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia examinó distintos enfoques de la prevención y las respuestas terapéuticas al uso nocivo de sustancias psicotrópicas, y en su 28º informe subrayó la necesidad de una política integrada nacional en materia de sustancias psicotrópicas (2). Cuatro años más tarde, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia examinó cuestiones relativas al tratamiento y a la elaboración de sistemas terapéuticos para afecciones relacionadas con el uso de sustancias psicotrópicas. En su 30º informe, el Comité recomendó que la OMS alentase a los países a prestar la misma atención a las medidas encaminadas a reducir la demanda de sustancias psicotrópicas que a los esfuerzos por reducir su suministro (3).

Desde la última reunión del Comité de Expertos en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, la OMS ha realizado todo un conjunto de importantes actividades para apoyar a los Estados Miembros y reforzar los datos disponibles sobre políticas exitosas, para elaborar sistemas de información mundial y regional, y para promover políticas eficaces en entornos de atención sanitaria. Todas esas iniciativas constituyen el telón de fondo para la labor sostenida de la OMS en el apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por reducir los perjuicios causados por el alcohol.

## 1.2 **Marco y terminología**

El Comité tomó como marco para sus deliberaciones la Declaración Mundial de la Salud, adoptada por la comunidad sanitaria mundial en 1998.

La Declaración reafirmaba el compromiso de la OMS con el principio enunciado en su Constitución de que uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es el gozar el grado máximo de salud que se pueda alcanzar; reconocía que el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico, y hacía hincapié en la importancia de reducir las desigualdades sociales y económicas para mejorar la salud de toda la población. Por consiguiente, hay que prestar la máxima atención a los más necesitados, a quienes están agobiados por la mala salud, no reciben servicios de salud adecuados o se ven afectados por la pobreza.

El Comité considera equivalentes las expresiones «daños relacionados con el alcohol» y «problemas relacionados con el consumo de alcohol», que se refieren a la amplia variedad de problemas sanitarios y sociales, para el bebedor y para los demás, en los niveles individual y colectivo, en los que el alcohol desempeña un papel causal. Relacionada con una de esas expresiones está «consumo perjudicial de alcohol», incluida en la categoría de trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); se refiere a un trastorno en el que la persona sufre daños físicos o psicológicos de resultas de su forma de consumo de bebidas alcohólicas. «Consumo perjudicial» o «nocivo» en este sentido se incluye en los daños o problemas relacionados con el alcohol. Pero desde una perspectiva de salud pública, teniendo en cuenta los perjuicios causados a terceros por la forma de consumo y el significado más amplio de la salud en la terminología de la OMS, la expresión «daños relacionados con el alcohol» tiene un significado más amplio. También desde la perspectiva de la salud pública, el marco del Comité no se limita a las ocasiones en las que ya se ha producido daño, sino que también debe ocuparse del riesgo de daño, pues éste está asociado, por ejemplo, a cantidades o patrones particulares de consumo de alcohol. Por todo ello, el Comité adoptó como marco de referencia toda la gama de problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol, junto con las políticas u otras medidas que reducirán en la medida de lo posible esos problemas o perjuicios.

Tal y como se usa en la presente publicación, «política en materia de alcohol» se refiere al conjunto de medidas adoptadas en una jurisdicción o sociedad con el fin de reducir al mínimo los perjuicios sanitarios y sociales derivados del consumo de alcohol. Esas medidas pueden darse en cualquier sector gubernamental o de la sociedad, y pueden incluir medidas no específicamente dirigidas al consumo de alcohol; por ejemplo, la promoción de alternativas a la bebida, cuando con ello se pretende reducir al mínimo los daños relacionados con el alcohol. Una política nacional en materia de alcohol constará de un conjunto de políticas, estrategias y acciones individuales. También hay diversas otras políticas relacionadas con los problemas derivados del alcohol, que los aumentan o los reducen,

pero que normalmente ni se describen como políticas en materia de alcohol ni suelen incluirse dentro de la política global en materia de alcohol, pues no se adoptan o aplican teniendo como objetivo primordial la reducción de los problemas causados por el alcohol.

En la esfera de las drogas ilícitas, las políticas se dividen convencionalmente en reducción de la oferta, reducción de la demanda y reducción del daño. El Comité examinó esta división pero no la adopta en el presente informe pues puede dar lugar a confusiones. En el término más bien opaco «reducción de la demanda» se integran categorías de actividades ampliamente utilizadas, como el tratamiento o la educación en las escuelas. En especial, el objetivo global de las políticas en materia de alcohol es prevenir o reducir el daño provocado por el alcohol, por lo que resulta confuso utilizar la expresión «reducción del daño» también para un subconjunto de medidas.

El Comité reconoce que la OMS lleva muchos años patrocinando o realizando una importante labor en materia de conceptos y terminología referidos a los problemas del alcohol. Sin embargo, la orientación primaria de esta labor ha sido hacia la terminología y la práctica clínicas. El Comité considera importante que la OMS prosiga su labor en conceptos y terminología internacionales en relación con el alcohol desde una perspectiva de salud pública, prestando particular atención a conceptos y expresiones en distintos idiomas y a la traducibilidad de los términos.

## 2. **Los mecanismos del daño producido por el alcohol: intoxicación, dependencia y toxicidad**

A lo largo de la historia, las bebidas alcohólicas han sido consumidas en muchas sociedades con muchos propósitos distintos. Como sustancias psicoactivas, las bebidas alcohólicas se utilizan por sus propiedades para alterar el estado de ánimo. Como sustancias intoxicantes, se utilizan para escapar de la realidad que acompaña al estado de sobriedad. Como líquidos, se utilizan para calmar la sed. Como fuente de calorías, se utilizan como alimentos. Naturalmente, sea cual sea la propiedad física que el usuario busca en la bebida, en cierta medida ésta también lleva consigo necesariamente las demás propiedades. Aparte de sus propiedades físicas, las bebidas alcohólicas y su consumo también acarrearán una amplia gama de significados simbólicos, tanto positivos como negativos. Dependiendo de la cultura, beber alcohol puede ser un símbolo de inclusión o exclusión en determinado grupo social, un símbolo de celebración o un acto sacramental. Por otro lado, beber alcohol o estar ebrio pueden ser objeto de desaprobación social y estigmatización. Según un estudio realizado por la OMS en una amplia variedad de sociedades, «una persona visiblemente ebria» era una de las peores consideradas entre un grupo afectado por distintos trastornos de salud (4).

## 2.1 Tipos de daños relacionados con el alcohol y su base fisiológica

Cualquiera que sea la valoración social y personal del uso de bebidas alcohólicas, sea positiva o negativa o mixta, el consumo de alcohol lleva consigo cierto potencial de perjuicio social y para la salud, tanto para el bebedor como para otras personas. Algunos perjuicios son inmediatos, principalmente las lesiones y otros daños asociados a la intoxicación o a una elevada concentración de alcohol en la sangre. Otros se producen a más largo plazo, como el daño acumulativo que sufre la vida familiar o profesional o la posición social, o los daños crónicos en la salud. Más adelante en el presente informe (sección 4), el Comité presenta sus conclusiones sobre la naturaleza y el alcance de esos daños en el mundo actual. Como marco para ello, se examinan a continuación los tres principales mecanismos del daño provocado por el consumo de bebidas alcohólicas: la intoxicación, la dependencia y la toxicidad.

Desde la reunión de 1979, se han hecho grandes progresos en la comprensión de la farmacología y los mecanismos neurológicos del alcohol (5). La estructura y el pequeño tamaño de la molécula de etanol<sup>2</sup> (etil alcohol) le permiten atravesar fácilmente las membranas celulares y distribuirse por todas las células y los tejidos poco después de la ingestión. Así, la ingestión de alcohol surte efectos en todo el organismo. Incluso una ingesta moderada puede producir concentraciones de alcohol en la sangre comprendidas entre 10 y 20 mmol/litro. En esas concentraciones, el alcohol puede tener efectos agudos en la función celular al interactuar con las proteínas y las membranas de la célula. En concentraciones más elevadas, o con episodios repetidos, los efectos, tanto agudos como crónicos, se multiplican. En su condición de sustancia psicotrópica, el alcohol también produce efectos inmediatos en el estado de ánimo, la función motora y los procesos cognitivos.

Los efectos del consumo de alcohol presentan una considerable variabilidad individual. No todos los bebedores crónicos contraen cirrosis hepática. Entre unas personas y otras existe una variación de tres a cuatro veces en la tasa de metabolización del alcohol, lo que obedece a diversos factores entre los que figuran el género y la variación genética en las enzimas hepáticas (6). También existe una variación de dos a tres veces en la farmacodinámica del alcohol debida a diferencias individuales, lo que influye en la medida en que cada persona se ve afectada por una determinada dosis de alcohol. Esas diferencias individuales influyen en los efectos tóxicos y de conducta inducidos por el alcohol, el comportamiento a la hora de beber, el potencial de aparición de dependencia alcohólica y el riesgo de que el alcohol provoque daños en los órganos. Al igual que con otras sustancias comestibles potencialmente nocivas, las políticas sociales y sanitarias

---

<sup>2</sup> Para los fines del presente informe, los términos «etanol» y «alcohol» se utilizan indistintamente.

relativas al alcohol han de tener presente toda esta variabilidad humana en los efectos, sin olvidar el extremo más vulnerable del espectro; todo ello tiene repercusiones para cualquier política basada en el establecimiento de límites o directrices respecto del consumo de alcohol.

## 2.2 **Intoxicación etílica**

La intoxicación es una de las consecuencias previsibles de la ingestión de cantidades importantes de bebidas alcohólicas en un período limitado. La mayoría de los síntomas de la intoxicación etílica pueden atribuirse a los efectos del alcohol en una amplia gama de estructuras y procesos del sistema nervioso central. Por un lado, la intoxicación es un síndrome clínico reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (F10.0 en la CIE-10), demasiado familiar para los médicos y enfermeros de los servicios de urgencias de casi todo el mundo. Por otro lado, existen amplias diferencias culturales en cuanto a qué grado de embriaguez se considera intoxicación, al igual que en los comportamientos asociados a la intoxicación (7). Las expectativas de los demás respecto de la intoxicación y la medida en que ésta se convierte en una excusa para conductas que de otro modo serían inadmisibles también varían de unas culturas a otras y de unos grupos sociales a otros (8). La prevalencia de la intoxicación está por tanto sometida a una variación que puede atribuirse a numerosos factores, entre ellos no sólo la cantidad de alcohol consumido, con qué rapidez se consume una cantidad determinada de alcohol y las amplias diferencias individuales, sino también las expectativas y las reacciones socioculturales.

Los efectos intoxicantes agudos del alcohol, combinados con las conductas asociadas a ellos, pueden llevar a toda una serie de conductas de riesgo (incluida la actividad sexual sin protección), accidentes y traumatismos (cuando se conducen vehículos o se maneja maquinaria), violencia e intoxicación etílica aguda. Algunos de esos efectos agudos pueden provocar problemas crónicos, como discapacidad en caso de traumatismo o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en caso de actividad sexual sin protección, particularmente en zonas de muy alta prevalencia de infección por el VIH. Esos efectos suponen una importante carga para los servicios de atención de salud y de urgencias, y también pueden provocar importantes daños a terceros.

## 2.3 **Propiedades inductoras de dependencia del alcohol**

El alcohol es una sustancia psicotrópica con la capacidad conocida de producir dependencia en el ser humano y los animales. Si se considera en el marco del Convenio de Sustancias Psicotrópicas de 1971, el alcohol podría ser incluido como sustancia que «tiene la capacidad de producir un estado de dependencia y estimulación o depresión del sistema nervioso

central, que tenga como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora o del juicio o del comportamiento o de la percepción o del estado de ánimo», y para lo que «existen pruebas suficientes de que la sustancia se ha transformado en un objeto de abuso de manera tal que constituya un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia» (9).

Esa capacidad de provocar dependencia opera a través de varios mecanismos relacionados entre sí. El alcohol tiene propiedades de reforzamiento que llevan a su consumo repetido. Se cree que la vía neural central que forma la base de ese reforzamiento es la vía mesolímbica dopaminérgica que va desde la zona tegumentaria ventral hasta el nucleus accumbens del cuerpo estriado ventral (10). También se piensa que el alcohol alcanza algunos de sus efectos de recompensa por medio del sistema opiáceo interno. El alcohol comparte los mecanismos de reforzamiento con otras sustancias psicoactivas.

La acción directa del alcohol en el cerebro y la exposición sostenida al alcohol producen cambios moleculares a más largo plazo en el cerebro conocidos como neuroadaptación. En muchos casos, la neuroadaptación contrarresta o invierte los efectos agudos del alcohol. Al eliminarse el alcohol, el sistema adaptado compensa por exceso la situación en el sentido de la excitación, lo que produce síntomas de abstinencia como hiperexcitabilidad, ansiedad e incluso convulsiones. La neuroadaptación que se produce con la exposición repetida al alcohol constituye la base de la tolerancia y del síndrome de abstinencia (5).

En los niveles de la experiencia y el comportamiento, el deseo compulsivo de seguir bebiendo y las dificultades para controlar el consumo de alcohol se encuentran entre los rasgos característicos de la dependencia, y los diversos aspectos de la dependencia se convierten en mecanismos para proseguir el consumo excesivo de alcohol a pesar de sus perjudiciales efectos sociales y para la salud.

## 2.4 Efectos tóxicos del alcohol

El alcohol es una sustancia tóxica relacionada con más de 60 trastornos diferentes. En algunas afecciones crónicas en las que está implicado el alcohol, como el cáncer de mama entre las mujeres, existe un riesgo creciente cuando aumentan los niveles de consumo del alcohol; no hay pruebas de un efecto de umbral. En algunas otras afecciones, como la cirrosis hepática, el riesgo es curvilíneo y aumenta geométricamente con el aumento del consumo.

El alcohol es un potente agente teratógeno. La consecuencia más grave de la ingestión de alcohol durante el embarazo es el síndrome alcohólico fetal,

trastorno del desarrollo que se caracteriza por anomalías craneofaciales, retraso del crecimiento y trastornos del sistema nervioso que pueden incluir discapacidad mental.

El alcohol influye en el desarrollo cerebral, proceso que tiene lugar en limitadas condiciones temporales y espaciales, y en el que cada región del cerebro tiene su propio calendario de desarrollo. Se ha demostrado que el alcohol ejerce sus efectos de forma selectiva en los niveles celular y molecular en esos procesos de desarrollo. Los adolescentes y los jóvenes son particularmente vulnerables a los efectos nocivos del alcohol (11). Durante la adolescencia, el alcohol puede producir cambios estructurales en el hipocampo (parte del cerebro que participa en el proceso de aprendizaje).

El consumo repetido de alcohol puede exponer al hígado a una hipoxia, a productos nocivos del metabolismo del alcohol y a compuestos de oxígeno reactivos, así como a aductos de proteínas. Además, el alcohol aumenta los niveles de lipopolisacáridos circulantes que, junto con las toxinas antes mencionadas, provocan daños hepáticos. El alcohol también puede exacerbar la hepatitis C. Más de la mitad de los pacientes que padecen hepatitis C tienen antecedentes de consumo de alcohol; el consumo crónico de más de cinco bebidas alcohólicas al día en personas con hepatitis C aumenta la tasa de fibrosis hepática y el riesgo de cirrosis, carcinoma hepatocelular y posiblemente la muerte por hepatopatía (12).

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) ha identificado al alcohol como sustancia cancerígena para el ser humano (13). Se han determinado varios mecanismos para la carcinogénesis asociada al alcohol, incluida la formación de acetaldehído, la inducción de la CYP2E1 que provoca la formación de moléculas de oxígeno reactivas y una mayor activación de procarcinógenos, así como la modulación de la regeneración celular. Debido a la exposición repetida al acetaldehído tras la ingestión de alcohol, las personas con ALDH2 inactiva están más expuestas a padecer cánceres del tracto gastrointestinal superior.

El consumo crónico de alcohol puede tener consecuencias inmunitarias adversas. Numerosos estudios han documentado amplios efectos perjudiciales tanto en la inmunidad innata como en la inmunidad adquirida causados por un consumo agudo o crónico de alcohol. Las personas que dependen del alcohol son con frecuencia inmunodeficientes y presentan una mayor incidencia de enfermedades infecciosas. La neumonía bacteriana, por ejemplo, es una de las principales causas de infección de las vías respiratorias inferiores en esta población.

En cuanto a la cardiopatía, parece que el alcohol puede tener efectos tanto positivos como negativos. Estudios epidemiológicos han encontrado un efecto preventivo en un consumo moderado regular de alcohol (de

apenas una bebida en días alternos), si bien esta conclusión es objeto de controversia (14, 15) y parece limitada a varones de más de 45 años y mujeres postmenopáusicas. En cambio, los episodios de consumo elevado de alcohol en poco tiempo están asociados a mayores tasas de ataques cardíacos. Incluso las sociedades en las que la cardiopatía es una de las principales causas de defunción, el número general de años de vida perdidos que pueden atribuirse a la bebida superan con creces los años ganados que pueden atribuirse a los efectos protectores del alcohol.

## 2.5 Conclusiones sobre los mecanismos del daño

Tras examinar las propiedades de intoxicación, toxicidad y dependencia del alcohol, el Comité concluyó que el alcohol posee efectos tóxicos capaces de provocar daños en casi cualquier sistema u órgano del cuerpo; puede exacerbar trastornos mentales y físicos previos; puede interaccionar adversamente con otras sustancias presentes en el organismo, tanto fármacos prescritos como drogas ilícitas; como sustancia intoxicante, está asociada a muy diversos tipos de lesiones, tanto intencionales como no intencionales; y puede producir un síndrome de dependencia, con una capacidad de abuso comparable a la de otras sustancias inductoras de dependencia que son objeto de fiscalización internacional.

## 3. Disponibilidad y consumo de alcohol en el mundo

Las bebidas alcohólicas han estado disponibles en todo el mundo durante siglos. Desde las bebidas tradicionales producidas en la comunidad hasta productos de marca destinados al consumo de masas, el alcohol adopta muchas formas distintas.

### 3.1 Producción, distribución y promoción del alcohol

Cabe identificar cuatro modalidades principales de producción y distribución de bebidas alcohólicas (16): producción doméstica o artesanal de bebidas tradicionales; producción industrial de bebidas tradicionales; producción industrial local de bebidas de consumo; y producción industrial globalizada de bebidas de consumo. Por «bebidas de consumo» se entiende cerveza de tipo europeo, vino y brandy, whisky, ginebra, vodka y otros licores destilados que se distribuyen ampliamente, en muchos casos en todo el mundo. Todas las bebidas alcohólicas fueron locales en su origen, y los vendedores y promotores se esfuerzan regularmente por añadir nuevas bebidas a la categoría de «bebidas de consumo», que hoy en día también incluyen el tequila, el sake, la sidra y los combinados ya preparados a base de licor, que se venden a través de los canales mundiales de producción y distribución.

La producción doméstica y artesanal sigue siendo una parte importante de la producción de bebidas alcohólicas en muchos países de bajos ingresos. Existe una amplia variedad de bebidas fermentadas y destiladas que se producen tradicionalmente a nivel local, tanto en la comunidad como en los hogares. Por un lado, las bebidas fermentadas tradicionales pueden tener la ventaja de que poseen un menor contenido de alcohol, ofrecen oportunidades de empleo a nivel local y preservan los valores de la cultura local (que pueden o no fomentar menores niveles de consumo de alcohol). Por otro lado, la calidad y el contenido alcohólico de esas bebidas tradicionales no suelen ser objeto de supervisión oficial, y a menudo se producen consecuencias sanitarias relacionadas con impurezas y adulterantes nocivos, particularmente en las bebidas destiladas, que han llegado a provocar múltiples muertes por intoxicación en casos extremos.

La producción doméstica y artesanal suele quedar fuera del alcance de los controles y de la imposición fiscal de los estados. El producto se vende a un precio módico, a menudo a los segmentos más pobres de la sociedad. Cuando se lo considera desde la perspectiva de la salud pública y el bienestar, es importante que el estado ejerza un control efectivo y supervise la producción y la distribución informal de bebidas alcohólicas. La autorización y la inspección de la producción, ya sea de tipo familiar o en una fábrica pequeña o una producción industrial a gran escala, es un importante instrumento para eliminar los adulterantes y facilitar la aplicación de una de las medidas de prevención más eficaces: los impuestos sobre el alcohol. Sin embargo, lograr ese control a menudo ha sido un proceso largo en el curso del desarrollo económico y la construcción de los estados; por ejemplo, en Francia hubo de pasar un siglo hasta que se consiguió que la destilación casera en el medio rural quedara bajo el control estatal (17). Las bebidas alcohólicas producidas de manera informal o ilegal, a menudo a escala industrial, representan una parte muy importante del suministro de alcohol en muchas partes del mundo, particularmente en África, Asia y Europa oriental. Se estima que un 27% del consumo de alcohol en el mundo no se halla registrado en las estadísticas oficiales.

En el otro extremo del espectro de producción y distribución se encuentran la producción y distribución mundial de bebidas de marca. A medida que los consumidores de un país de ingresos bajos pasan a una economía monetaria y tienen algo de dinero en el bolsillo, tiende a aumentar la probabilidad de que consuman productos de marca, que recurren a las más modernas técnicas de comercialización. La producción de esas bebidas de consumo se concentra cada vez más en un reducido número de empresas multinacionales.

En lo que atañe a la salud pública, los productos de marca vendidos y distribuidos por grandes empresas presentan algunas ventajas. Por un lado,

en general están sometidos a impuestos y la pureza del producto puede garantizarse más fácilmente. Por otro lado, en cambio, la tendencia hacia la concentración en el mercado también plantea problemas. Las empresas multinacionales invierten importantes recursos para asegurarse de que sus intereses comerciales sufran el menor número posible de restricciones. En múltiples niveles de gobierno, así como en los acuerdos comerciales y de organizaciones internacionales, esas actividades de representación a menudo tienen resultados contrarios a los intereses de la salud pública.

Un aspecto particularmente problemático del crecimiento de las bebidas de marca en el mercado mundial es la transferencia y la adaptación a distintos países de los métodos intensivos de publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas. En muchos países de ingresos altos, las bebidas alcohólicas se encuentran entre los artículos más publicitados. Seis productores de bebidas alcohólicas figuran entre las 100 empresas que más publicidad hacen en el mundo (18). Estas cifras sólo tienen en cuenta los gastos de promoción en los medios medidos. Las empresas que producen bebidas alcohólicas también invierten cuantiosos recursos en otras formas de promoción, como el patrocinio de equipos y eventos deportivos, conciertos y festivales de música orientados a los jóvenes y desfiles y carnavales de moda, y más recientemente el uso de nuevas tecnologías como Internet. Las campañas de promoción de bebidas alcohólicas a menudo buscan medios de información y actividades como deportes y música rock, particularmente atractivos para los jóvenes, como los mejores clientes potenciales para el producto.

### **3.2 Niveles, patrones y tendencias del consumo de alcohol**

El Comité con satisfacción tomó nota de los importantes avances realizados en los últimos años en lo que se refiere a la información sobre el grado y los patrones de consumo de alcohol a escala mundial, gracias en gran medida a la Base de Datos Mundial sobre Alcohol y a los Informes sobre la Situación Mundial del Alcohol de la OMS, así como a las actividades relacionadas con el Análisis Comparativo de Riesgos del alcohol, que se examina más adelante. Debe darse máxima prioridad a la actualización y ampliación de la Base de Datos Mundial sobre Alcohol, así como a velar por que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) siga acopiando los datos que se utilizan en la base de datos. El Comité recomienda que la OMS establezca un sistema de informes anuales sobre la situación del alcohol en cada Estado Miembro, por el cual cada país informaría a la OMS sobre el consumo de alcohol (registrado y no registrado), las pautas de ingesta de alcohol y de abstinencia en subgrupos de la población, y la prevalencia de distintos problemas relacionados con el alcohol.

El Comité revisó en forma resumida los datos mundiales que se disponen actualmente sobre cantidades y pautas de consumo de alcohol (véase el cuadro 1). Los niveles de consumo de alcohol se comunican convencionalmente en función del consumo anual per cápita, normalmente por habitante de 15 años o más, en litros de alcohol puro (100%). Hay tres fuentes principales de datos para esos cálculos: datos de los gobiernos nacionales, datos de la FAO y datos de la industria del alcohol. Cuando se dispone de ellos, los datos mejores y más fiables suelen proceder de los gobiernos nacionales, basados por lo general en cifras de ventas, ingresos fiscales o datos de producción. Sin embargo, esas estimaciones por lo general no incorporan el consumo de alcohol no registrado, que puede adoptar numerosas formas, entre ellas importaciones de viajeros, contrabando, producción local no registrada y consumo de productos que contienen alcohol pero no están destinados al consumo humano. Las estimaciones del consumo no registrado pueden basarse en diversas fuentes, pero se apoyan principalmente en datos de la FAO sobre cosechas utilizadas para la producción de bebidas alcohólicas, así como en encuestas de población orientadas específicamente a medir flujos y consumo de alcohol no registrado. Las variaciones en el consumo de alcohol no registrado a lo largo del tiempo, tanto entre países como dentro de los países, pueden poner de manifiesto diferencias y cambios en el consumo per cápita y en las pautas de consumo de alcohol que no se observarían de otro modo por los cambios en el consumo registrado. La documentación sobre el consumo de alcohol no registrado reviste, por tanto, gran importancia en los estudios de políticas sobre el alcohol, y en especial en el estudio de los vínculos entre la política sobre el alcohol, el consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol.

La prevalencia de la abstinencia, de las diferentes categorías de volumen medio de consumo de alcohol, y de los distintos patrones de consumo de alcohol, como beber hasta la intoxicación o beber grandes cantidades en poco tiempo, son evaluados mediante encuestas de población. Los datos de encuestas también permiten hacer estimaciones por sexos y edades y para otros subgrupos de población. Junto con entrevistas por expertos clave, las encuestas también son una fuente primaria de datos con relación a la medida en que predominan los patrones de consumo peligrosos entre los bebedores de cada país y región del mundo (véase la pauta media de consumo de alcohol: última columna del cuadro 1). Como se ha expuesto más arriba, la intoxicación puede influir en ciertas categorías de daño como la cardiopatía isquémica o los traumatismos, lo que influye en el nivel de daño asociado a determinado nivel general de consumo de alcohol (19).

Cuadro 1

**Estado de desarrollo económico y parámetros del consumo de alcohol en 2002  
(basado en promedios ponderados de población de 182 países)**

	Nivel de mortalidad y categoría de los países	Promedio de PIB PPA per cápita en I\$ <sup>a</sup>	Regiones de la OMS <sup>b</sup>	Consumo registrado por adulto en litros/año <sup>c</sup>	Consumo no registrado por adulto en litros/año <sup>c</sup>	Consumo total por adulto en litros/año <sup>c</sup>	Bebedores (%)		Consumo por bebedor en g de alcohol puro al día	Pauta media de consumo de alcohol <sup>d</sup>
							Hombres	Mujeres		
<b>Países en desarrollo</b>	Alta mortalidad	2 441	EMR-D, SEAR-D	0,3	1,4	1,7	19	2	33	2,9
	Muy alta o alta mortalidad	2 249	AFR-D, AFR-E, AMR-D	4,4	2,6	7,1	47	32	41	3,0
<b>Países desarrollados</b>	Baja mortalidad	5 257	AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B	4,4	1,3	5,7	67	36	25	2,5
	Muy baja mortalidad	28 405	AMR-A, EUR-A, WPR-A	9,4	1,3	10,7	81	65	32	1,8
	Baja mortalidad infantil y baja o alta mortalidad entre adultos	6 862	EUR-B, EUR-C	7,0	4,6	11,7	77	59	37	3,5
<b>Mundo (promedio ponderado por población a partir de las regiones)</b>				<b>4,4</b>	<b>1,7</b>	<b>6,2</b>	<b>55</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>2,6</b>

AFR-D, AFR-E: países de ingresos bajos en la Región de África; AMR-A: países de ingresos altos en la Región de las Américas; AMR-B: países de ingresos medianos en la Región de las Américas; AMR-D: países de ingresos bajos en la Región de las Américas; EMR-B: países de ingresos medianos en la Región del Mediterráneo Oriental; EMR-D: países de ingresos bajos en los que está totalmente prohibido el uso del alcohol en la Región del Mediterráneo Oriental; EUR-A: países de ingresos altos en la Región de Europa; EUR-B, EUR-C: países de ingresos medianos en la Región de Europa; SEAR-B: países de ingresos medianos en la Región de Asia Sudoriental; SEAR-D: países de ingresos bajos en los que está totalmente prohibido el uso del alcohol en la Región del Pacífico Occidental; WPR-A: países de ingresos altos en la Región del Pacífico Occidental; WPR-B: países de ingresos medianos en la Región del Pacífico Occidental.

<sup>a</sup> Producto interno bruto (PIB): medida del volumen de la economía de un país; Paridad del poder adquisitivo (PPA) per cápita: poder adquisitivo de un país por habitante en relación con una canasta de alimentos equivalente, expresada en dólares internacionales (I\$).

<sup>b</sup> Los subgrupos regionales utilizados fueron definidos por la OMS en función de los niveles de mortalidad infantil y de adultos alta, media o baja y de mortalidad de lactantes. A: mortalidad infantil muy baja y mortalidad de adultos muy baja; B: mortalidad infantil y de adultos baja; C: mortalidad infantil baja y mortalidad de adultos alta; D: mortalidad infantil y de adultos alta; E: mortalidad infantil y de adultos muy alta.

<sup>c</sup> Consumo en litros de alcohol puro por residente de 15 años o más al año (promedio de datos disponibles sobre el periodo 2001 a 2003).

<sup>d</sup> Indicador del riesgo por litro de alcohol consumido (1= menos perjudicial; 4= muy perjudicial), compuesto de varios indicadores de ocasiones de consumo excesivo, más la frecuencia de consumo con las comidas (puntuación inversa) y en lugares públicos.

Fuente: OMS y Banco Mundial

En el cuadro 1 se ofrece un panorama general de los datos actuales sobre el alcance y la distribución mundial del consumo de alcohol. Con ese fin, se ha dividido al mundo en cinco categorías, basándose en las subregiones de la OMS (20), pero con algunas divisiones creadas específicamente para realizar análisis de alcohol. En el establecimiento de las subregiones de la OMS, se asignaron los países de las regiones de la Organización a una de cinco categorías, de la A a la E, según la situación sanitaria de la población: los países A muestran la menor mortalidad infantil y la mayor esperanza de vida de los adultos, y los países E la mayor mortalidad infantil y la menor esperanza de vida de los adultos. Esta ordenación basada en la salud corresponde aproximadamente a los distintos grados de desarrollo económico. Las dos filas superiores del cuadro reflejan una subdivisión de los países en desarrollo más pobres sobre la base de los niveles de consumo de alcohol por adulto; la primera línea incluye las subregiones con menor consumo de alcohol. La tercera línea está compuesta primordialmente por países de ingresos medios con buenos resultados en lo que se refiere al desarrollo económico. En las filas cuarta y quinta, las regiones desarrolladas del mundo están divididas; los países de Europa oriental y Asia central componen una categoría independiente.

A escala mundial, menos de la mitad de la población adulta (alrededor de 2000 millones de personas) consume alcohol. Las tasas de abstinencia son más altas entre las mujeres (66%) que entre los varones (45%). La clasificación por porcentaje de bebedores sigue a grandes rasgos la clasificación según la paridad del poder adquisitivo (PPA) per cápita, índice comparable valorado en una transformación del dólar de los Estados Unidos. En el cuadro 1, las dos categorías de ingresos bajos (líneas primera y segunda) tienen cada una menos de la mitad del poder adquisitivo per cápita de la siguiente categoría superior. Los países desarrollados, en los que la mortalidad es muy baja (cuarta línea del cuadro), tienen más de cuatro veces el poder adquisitivo de los países en desarrollo, en los que la mortalidad es baja. Entre ellos se encuentran los países de ingresos medios y la categoría de países de Europa oriental y Asia central. El cuadro muestra que en todas las regiones del mundo hay más bebedores en las regiones ricas del mundo que en las regiones pobres. Esto no se cumple, sin embargo, en los dos grupos de ingresos más bajos, que se separaron según sus tasas de abstinencia: las subregiones con las tasas de abstinencia más altas no son tan pobres como la segunda categoría de países del cuadro. En general, las diferencias de sexo en cuanto a la abstinencia del alcohol son mucho mayores en los tres grupos regionales de países en desarrollo que en los dos grupos regionales de países desarrollados; estos dos tienen tasas de consumo de alcohol relativamente elevadas en ambos sexos. A nivel de cada país (no se muestran los resultados), la relación entre nivel económico y tasa de abstinencia del alcohol es relativamente estrecha, hasta un nivel de PIB ajustado por PPA

de US\$ 7000. Más allá de un PPA de US\$ 7000, apenas existe relación entre el grado de prosperidad del país y la tasa de abstinencia entre adultos.

La penúltima columna del cuadro 1, «consumo por bebedor», muestra que la mayor parte de la diferencia en el consumo per cápita entre grupos regionales en realidad podría explicarse por las diferencias en la tasa de abstinencia del alcohol. Esto sugiere que si las tasas de abstinencia disminuyen a medida que aumentan la prosperidad y la exposición a la comercialización mundial, cabe esperar aumentos sustanciales en los niveles de consumo. En este contexto, el Comité concluyó que era muy importante para la salud pública alentar la abstinencia y proteger la opción de la abstinencia.

Hay una amplia variación respecto del promedio mundial de 6,2 l de alcohol puro consumido por adulto al año. Las partes del mundo donde el nivel global de consumo es mayor son Europa oriental y Asia central; otras zonas de Europa también tienen un elevado consumo global. El consumo registrado es particularmente alto en las subregiones desarrolladas con muy baja mortalidad (cuarta fila del cuadro), pero tienen un nivel relativamente bajo de consumo no registrado, mientras que los países desarrollados de Europa oriental y Asia central tienen, con gran diferencia, el mayor nivel de consumo no registrado. El resultado es que en ambas categorías de regiones desarrolladas, los niveles estimados de consumo total no son muy diferentes.

Las Américas son la siguiente región con mayor nivel global de consumo; los países más ricos muestran mayores tasas de consumo registrado que los países más pobres. Las subregiones más pobres con baja tasa de abstinencia tienen la siguiente cifra estimada de consumo total, seguidas por los países en desarrollo de mortalidad baja. La mayor parte de América Latina y el Caribe queda incluida en esas dos categorías. Las subregiones más pobres con alto índice de abstinencia del alcohol muestran, como cabía esperar, un nivel mucho más bajo de consumo total que otros lugares, con un 98% de mujeres y un 81% de varones que se declaran no bebedores, y un consumo registrado entre adultos de 0,3 l al año.

La puntuación media del patrón de consumo varía entre 1, que corresponde a los patrones de menor riesgo, y 4 para los de más riesgo. Los países desarrollados de muy baja mortalidad tienen el patrón de consumo de riesgo con la puntuación media más baja, mientras que el grupo de Europa oriental y Asia central tiene la más alta. Los países en desarrollo de ingresos más bajos, sea cual sea su proporción de no bebedores, también tienen puntuaciones relativamente más altas en los patrones de consumo de riesgo. Dejando a un lado el caso especial de Europa oriental y Asia central, en general se cumple que el grado de riesgo asociado a cada litro de alcohol consumido es más alto en los países pobres que en los ricos. Esto implica

que, en general, un aumento del consumo per cápita en un país más pobre tiene probabilidades de dar lugar a un mayor aumento de lesiones y otros daños relacionados con la embriaguez que en un país rico.

Al examinar los datos sobre los patrones de consumo en las regiones de la OMS, el Comité observó que las Regiones de Europa, África y las Américas alcanzaron su máximo de consumo en torno a la misma época, a principios de los años 80. La Región del Mediterráneo Oriental muestra un nivel constante de bajo consumo. Las dos regiones que muestran aumentos recientes y sostenidos del consumo son la de Asia sudoriental (que comenzó en un nivel bajo) y la del Pacífico Occidental. Sin embargo, los promedios regionales enmascaran algunas diferencias bastante notables entre las tendencias de los países por separado. En Europa, por ejemplo, el nivel más bien constante de consumo de los últimos años oculta una caída importante del consumo en algunos países de Europa meridional, así como un aumento muy marcado en otros países.

En años más recientes, se ha producido un aumento del consumo en varios países de ingresos bajos y medianos, particularmente en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. El aumento del consumo en esos países probablemente refleja el desarrollo económico y el aumento del poder adquisitivo de los consumidores, así como el aumento en la comercialización de bebidas alcohólicas de marca.

### **3.3 Factores determinantes y correlacionados del consumo de alcohol**

Con un criterio selectivo, el Comité examinó algunos datos sobre factores determinantes y correlacionados del consumo de alcohol. Tomó nota de que son muchos los factores culturales y sociales, incluidas las creencias religiosas, que influyen en las tasas de abstinencia del alcohol y en la distribución del consumo en las poblaciones. Por un lado, en muchas sociedades existe una fuerte relación entre la abstinencia y la pobreza. Por otro lado, entre los que beben parece existir una tendencia general a que los patrones de consumo de riesgo predominen más entre los bebedores pobres que entre los más ricos. Por lo general, un patrón determinado de consumo excesivo por un bebedor más pobre tiene más probabilidades de producir daños que el mismo patrón en un bebedor más rico.

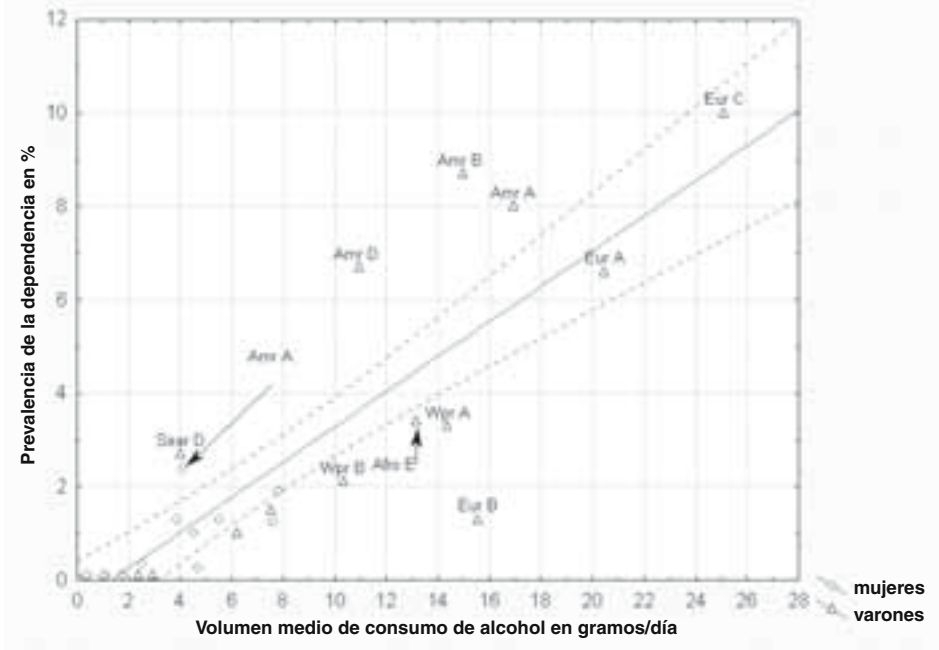
Los estudios realizados en varios países demuestran que el consumo de alcohol se distribuye desigualmente entre la población de bebedores; la mayor parte del alcohol en una sociedad es ingerida por una minoría relativamente pequeña de bebedores. Una observación típica es que la mitad del alcohol consumido es ingerida por el 10% de los bebedores. Así, el que a menudo exista una firme relación entre cambios en el nivel de consumo de alcohol en una población y cambios en los indicadores del daño asociado

al consumo excesivo (21) es en parte una tautología, ya que los bebedores excesivos son responsables de una parte importante del consumo total. En parte por la misma razón, a menudo existe una relación fuerte y cruzada entre los niveles de consumo de alcohol y las tasas de daños relacionados con el alcohol en una población.

Por ejemplo, los datos procedentes de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental respecto de la prevalencia de la dependencia del alcohol en distintas subregiones mundiales muestran una considerable covarianza con el nivel de consumo de alcohol por adulto en la subregión (figura 1). Alrededor del 75% de la variación en la prevalencia de la dependencia puede predecirse a partir del volumen medio de consumo en el nivel regional. La principal desviación respecto de la correlación es una tendencia sistemática hacia la notificación de una mayor tasa de dependencia respecto de un nivel dado de consumo en las Américas y en la región demográficamente dominada por la India.

Los estudios realizados en diferentes sociedades han observado en general que, en comparación con las mujeres, los varones se abstienen de la bebida con menos frecuencia, beben más a menudo, beben mayores cantidades y beben más cantidad en cada ocasión, es decir, hasta la intoxicación. Por

**Figura 1: Dependencia del alcohol por volumen medio de consumo de alcohol**



Fuente: referencia 22.

consiguiente, hay más hombres que beben en exceso y entre los hombres se dan más ocasiones de beber en exceso, por lo que los varones predominan entre los que sufren daño a causa de la bebida. Aunque los datos son aún escasos, parece que este fenómeno es incluso más claro en los países de ingresos bajos. Por ejemplo, los datos obtenidos en encuestas realizadas en China indican que alrededor del 95% del alcohol es consumido por los hombres. Al mismo tiempo, una de las principales preocupaciones sociales en muchas sociedades es que está aumentando el número de mujeres bebedoras, particularmente en los países de bajos ingresos y entre las mujeres más jóvenes.

Los hábitos de consumo de alcohol en diversos grupos de edad son difíciles de comparar entre países, porque en las encuestas de población se han utilizado distintos parámetros para medir el nivel de consumo y distintos grupos de edad. Además, la mayoría de las encuestas que comparan el consumo de alcohol en distintos grupos de edad han sido realizadas en las economías de mercado consolidadas de Australasia, Europa y América del Norte, de modo que las conclusiones no necesariamente son aplicables a otras regiones del mundo. No obstante, de esos estudios se desprende un panorama común: la abstinencia o el consumo de alcohol esporádico son más prevalentes en los grupos de edad más avanzada y los episodios de embriaguez o de consumo excesivo son más frecuentes entre adolescentes y adultos jóvenes. Los datos procedentes del proyecto de encuesta en escuelas europeas sobre alcohol y drogas realizado en 29 países indican una tendencia al aumento en los patrones de consumo de riesgo entre adolescentes europeos en los últimos años (23).

El Comité examinó las pruebas de una fuerte incidencia simultánea del consumo de alcohol y el consumo de tabaco y otras drogas entre los jóvenes. Existen múltiples niveles de relación entre ambos comportamientos, en los niveles fisiológico y psicológico, en las vías neurológicas y los efectos sinérgicos o complementarios, y en el plano social en cuanto a los significados simbólicos y a las subculturas superpuestas de oferta y uso. Los efectos de la intoxicación por alcohol sobre el poder de discernimiento y las inhibiciones sociales también pueden favorecer comportamientos que, en estado de sobriedad, se considerarían prohibidos. En opinión del Comité, no hay una relación determinista entre el uso del alcohol y el uso de tabaco o de drogas ilegales; la mejor manera de describirla es como relación probabilística o estocástica, en el sentido de que tienen mayor probabilidad de fumar o utilizar drogas los que ya han empezado a beber, aunque muchos jóvenes que beben alcohol no fuman o consumen otras drogas, y algunos que fuman tabaco o utilizan drogas ilegales no consumen alcohol. También se ha estudiado la cuestión de si la reducción en el uso de alcohol, derivada de la aplicación efectiva de las políticas, lleva a la sustitución por otras drogas. Mientras que algunos estudios realizados en los Estados Unidos sugieren

un aumento en el uso de cannabis entre adultos jóvenes tras el aumento de la edad legal para beber, otros estudios que investigan las repercusiones del cambio de los precios del alcohol no han observado sustitución por otras sustancias psicoactivas, como el cannabis, sino cambios que acompañan al consumo de alcohol. Con independencia de la dirección de las influencias, el Comité considera claro que en muchos medios culturales hay fuertes relaciones entre el uso del alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas, que han de tenerse en cuenta no sólo en las políticas contra el alcohol sino también en las políticas y las investigaciones sobre tabaco, medicación y drogas.

Los estudios realizados en poblaciones indígenas de todo el mundo han encontrado que la ingesta de alcohol es significativamente mayor que en la población general, aunque hay considerables variaciones entre unos grupos y otros. Las tasas de abstinencia, en cambio, son con frecuencia mayores en los grupos de minorías indígenas que en la población circundante. Aparte de los niveles de consumo, los patrones de consumo de alcohol indicadas en varias poblaciones indígenas también tienden a ser más arriesgadas; cuando se bebe, a menudo se bebe hasta la embriaguez. El mayor acceso y disponibilidad del alcohol comercial y la falta de servicios de salud, educación y de otro tipo para prevenir y tratar los problemas relacionados con el consumo de alcohol, combinados con condiciones de vida y de trabajo ya precarias, han llevado a unos elevados índices de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el alcohol en las comunidades indígenas. El Comité toma nota con interés de los esfuerzos satisfactorios que han realizado algunas comunidades indígenas por reducir las tasas de problemas relacionados con el alcohol. Esos esfuerzos a menudo entrañan persuadir a la sociedad circundante para que deje de lado las libertades de mercado habituales y permita que la comunidad restrinja la promoción y la disponibilidad de bebidas alcohólicas (por ejemplo 24, 25). El Comité sugiere que la OMS desempeñe un papel importante en el acopio de esas experiencias y en su difusión a otras poblaciones indígenas.

### **3.4 Conclusiones sobre la disponibilidad y el consumo de alcohol**

Las bebidas alcohólicas están fácilmente disponibles en prácticamente todo el mundo, la producción y comercialización de alcohol tienen un alcance cada vez más mundial, y la publicidad y otros tipos de promoción encaminados a aumentar el mercado para las bebidas alcohólicas son una presencia creciente e inquietante en todos los continentes habitados. A juicio del Comité, teniendo en cuenta las repercusiones del consumo de alcohol para la salud pública que se examinan más adelante, es importante que la OMS participe activamente en la determinación y el análisis de esas tendencias, y que represente el interés de la salud pública en los debates y las negociaciones internacionales que afecten al comercio y la comercialización de bebidas alcohólicas.

A escala mundial, algo más de la mitad de la población adulta no bebe alcohol; las tasas de abstinencia son más altas en los países más pobres y más altas entre las personas más pobres dentro de los países. Gran parte de la variación en el consumo per cápita entre países, y entre territorios y poblaciones dentro de los países, refleja las variaciones en las tasas de abstinencia; la variación entre las regiones del mundo es menor en lo que se refiere al consumo por bebedor. Sin embargo, las tasas de abstinencia han disminuido en muchos lugares, y se prevén nuevas disminuciones. En estas circunstancias, la OMS debe estudiar la posibilidad de promover medidas encaminadas a apoyar la elección personal de abstenerse de consumir alcohol.

El Comité concluyó que el consumo de alcohol, y en particular el consumo de riesgo, se encuentra en el nivel más alto del mundo en Europa oriental y Asia central, seguido por las Américas. En los años venideros, es probable que el consumo siga aumentando sustancialmente en la Región de Asia Sudoriental, así como en los países de ingresos bajos a medianos de la Región del Pacífico Occidental (con lo que se llega a casi la mitad de la población mundial). La necesidad de medidas de salud pública que contrarresten esta situación y que entrañen una respuesta en los planos tanto regional como mundial es por tanto particularmente urgente en esas regiones.

#### **4. Daños atribuibles al consumo de alcohol**

Como se ha señalado en las secciones 2.2 a 2.4, las evidencias de los efectos del alcohol en la salud causados por sus propiedades intoxicantes, inductoras de dependencia y tóxicas son acumulativas y amplias. En los últimos años, se cuenta con estimaciones sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol gracias a una serie de estudios de la OMS.

##### **4.1 Impacto en la salud: contribución del alcohol a la carga mundial de morbilidad**

El Comité examinó los datos sobre el impacto neto global del consumo de alcohol en la carga de morbilidad correspondiente al año 2002, una vez sustraídos los efectos estimados de protección de la salud (los datos sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol se resumen en el anexo). El Comité observó que se estima que el alcohol provoca un daño neto equivalente al 3,7% del total de muertes, y el 14,4% de la carga mundial de morbilidad. La carga fue mucho mayor para los hombres que para las mujeres: la proporción de la carga global de los hombres atribuible al alcohol cuadruplicaba aproximadamente la proporción de la correspondiente a las mujeres. En cuanto a las muertes, las lesiones no intencionales fueron la categoría más importante, seguidas por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En cuanto a la carga de morbilidad expresada en años de vida ajustados

en función de la discapacidad (AVAD), los trastornos neuropsiquiátricos, principalmente trastornos del uso del alcohol, fueron la categoría con la mayor carga atribuible al alcohol, seguidos por las lesiones no intencionales. La diferencia en la puntuación de las muertes y los AVAD refleja que, si bien los trastornos del uso del alcohol suelen ser muy discapacitantes, con frecuencia son menos mortíferos que otras categorías de enfermedades.

Las muertes relacionadas con el alcohol aumentaron tanto en hombres como en mujeres entre 2000 y 2002. Ese aumento puede atribuirse principalmente a enfermedades crónicas, lo que refleja en parte los avances en la epidemiología del alcohol y las estimaciones de la carga de morbilidad atribuible al alcohol, aunque el impacto relativo de las lesiones atribuibles al alcohol disminuyó. El impacto neto del alcohol fue relativamente mayor en los grupos de edad más jóvenes, también para ambos sexos. Mientras que el 3,7% de las muertes podían atribuirse al alcohol en todos los grupos de edad (6,1% en varones y 1,1% en mujeres), el 5% de las muertes ocurridas por debajo de los 60 años podían atribuirse al alcohol (7,5% en hombres y 1,7% en mujeres). Existen amplias variaciones en la carga de morbilidad atribuible al alcohol entre distintas regiones del mundo (anexo, cuadro A1.3). Las lesiones intencionales y no intencionales, representan una proporción más elevada de la carga de morbilidad causada por el alcohol en los países de ingresos más bajos, mientras que los trastornos por el uso del alcohol y el cáncer representan mayores proporciones de la carga en los países de ingresos más altos. La proporción de la carga atribuible al alcohol que representan las enfermedades cardiovasculares es particularmente elevada en Europa oriental y Asia central y en las partes del mundo más pobres y que menos beben.

El Comité reconoció que no todas las afecciones en las que el alcohol tiene un efecto causal pudieron incluirse en las estimaciones de la carga de morbilidad debido a la falta de datos; esto es particularmente pertinente para las enfermedades transmisibles. Mientras que las relaciones de riesgo de base biológica, por ejemplo, la relación entre el consumo de alcohol y el cáncer de mama, pueden no ser las mismas en todas las regiones del mundo (por ejemplo en razón del estado nutricional o del acceso a la atención sanitaria), el estudio de la carga de morbilidad se basa en meta-análisis de estudios procedentes sobre todo de países de ingresos altos, por lo que probablemente ha subestimado el auténtico impacto del alcohol. Además, mientras que se supone que las relaciones de riesgo son constantes para distintos grupos de edad, los riesgos relativos tienden a converger hacia la unidad con la edad, lo que probablemente haya dado lugar a una sobreestimación de los impactos del alcohol, tanto positivos como negativos, para los grupos de edad más avanzada. Por último, los certificados de defunción y otros indicadores de muerte están sometidos a mayor error de medición en los grupos de edad más avanzada. Dado que la mayoría de los efectos protectores estimados se

dan en las personas de más edad, el Comité considera probable que el efecto protector se haya sobreestimado.

Existe una fuerte relación, aunque no perfecta, entre el nivel de ingresos de una sociedad y su esperanza de vida en general. Las conclusiones son análogas respecto del consumo de alcohol en el sentido de que, para determinado nivel o determinada pauta de consumo de alcohol, el daño es mayor en las sociedades más pobres que en las más prósperas. Respecto de efectos crónicos del consumo excesivo como la cirrosis hepática, por ejemplo, el Comité observó que el resultado puede ser peor cuando concurren factores como las deficiencias nutricionales o las infecciones hepáticas. Además, en los países pobres es probable que haya menos servicios para mitigar los perjuicios del consumo de alcohol para la salud. Manejar un automóvil en estado de embriaguez puede tener peores consecuencias debido a que tanto las calles como los vehículos son menos seguros.

Respecto de una cantidad o una pauta de consumo de alcohol determinada, las desigualdades socioeconómicas dentro de una sociedad probablemente tengan muchos de los mismos efectos diferenciales que se han mencionado respecto de las diferencias entre sociedades. Además, cuando existe desigualdad en el trato o en el acceso a los recursos, las consecuencias sanitarias y traumatológicas de un nivel o una pauta de consumo determinados probablemente sean también más graves para los que tienen menos recursos. Las políticas que reducen la contribución del alcohol a la carga de morbilidad, por consiguiente, probablemente también reduzcan las desigualdades sanitarias de forma más general.

#### 4.2 Daños sociales

Los daños incluidos en las estimaciones de la carga mundial de morbilidad se limitan a las afecciones físicas y mentales incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Quedan incluidas las enfermedades agudas y crónicas mentales y físicas y las lesiones, pero se excluye toda una gama de consecuencias adversas del consumo de alcohol que no pertenecen a esas categorías. En especial, en las estimaciones de la carga mundial de morbilidad no se tienen en cuenta las consecuencias particularmente negativas que sufren las personas distintas del bebedor. Se utiliza «daños sociales» como expresión general que engloba esas consecuencias, si bien se reconoce que también quedarían cubiertas en la amplia definición que hace la OMS de la salud como «estado de completo bienestar físico, mental y social».

Entre los daños sociales importantes que cabe relacionar con el consumo de alcohol figuran los problemas familiares y otros problemas interpersonales, los problemas en el trabajo, los delitos violentos y de otra índole, y la marginación social. El patrón de consumo de alcohol de un individuo puede tener efectos adversos en su propia vida, destruir su matrimonio y

su vida familiar, provocar la pérdida del trabajo y con ello el desempleo, desencadenar la comisión de un delito que desemboque en una detención, o precipitar una situación de falta de vivienda u otra forma de marginación o estigmatización. El consumo de alcohol por una persona también puede afectar a otras. La calidad de vida de los miembros de la familia puede verse negativamente afectada (26); los compañeros de trabajo han de realizar las tareas del empleado que falta al trabajo por culpa de la resaca; y una agresión por un borracho tendrá una víctima. Aparte de los problemas interpersonales, el consumo de alcohol puede tener efectos adversos en grupos sociales más amplios o en la sociedad. Por ejemplo, un mal desempeño en el trabajo puede influir en la productividad de una empresa; las ruidosas masas de jóvenes ebrios pueden hacer que el centro de la ciudad se convierta en una zona vedada a los ciudadanos de más edad en las noches del fin de semana. Los efectos adversos a nivel de sociedad pueden ser más fáciles de reconocer en las sociedades pequeñas. Por ejemplo, los rituales sociales y religiosos que cohesionan a una sociedad aborígen pueden verse perturbados o destruidos por la embriaguez recurrente (27); existen muchos relatos de los efectos devastadores de la embriaguez endémica en las sociedades indígenas. En las sociedades grandes y complejas, también pueden observarse efectos graves a nivel colectivo, aunque son más difíciles de reconocer salvo en circunstancias tan excepcionales como un cambio obligado y súbito en el consumo de alcohol, por ejemplo, debido a una huelga de bares y bodegas (28).

Un elemento primordial para el estudio y la cuantificación del daño social derivado del consumo de alcohol ha sido la serie de estudios sobre el costo social del alcohol en lo que se conoce como la tradición del «costo de la enfermedad». Hasta la fecha, se han realizado más de 30 estudios de ese tipo solamente en Europa (29), y otros en otros lugares, con una metodología cada vez más normalizada de conformidad con las directrices de la OMS (30). El mayor costo único que se ha estimado en esos estudios suele corresponder al «costo indirecto» de la mortalidad prematura, un cálculo de la pérdida para la futura economía de lo que habrían producido las personas muertas por el alcohol en el año de muestra. Si se cuenta ese costo indirecto como costo sanitario, y se toma en cuenta junto con costos directos como el absentismo, el desempleo, los daños derivados de la delincuencia y los accidentes de tránsito, y la prestación de servicios de salud, judiciales y sociales a los afectados por un problema atribuible al alcohol, los costos de los «daños sociales» típicamente superan los costos sanitarios (29). Si se tienen en cuenta solamente los costos para el erario público de los servicios que se prestan en una sociedad desarrollada, los costos de policía, bomberos y servicios sociales atribuibles al alcohol a menudo superan con creces los costos de los servicios de salud.

El Comité reconoció que el cálculo de los costos sociales a menudo sólo incluyen costos tangibles, y que las consecuencias de consumo de alcohol

incluyen también costos intangibles, entre ellos el dolor y el sufrimiento que padece una familia en la que hay un bebedor, y el miedo y el sufrimiento derivados de los delitos o la violencia relacionados con el alcohol. Esos costos para los miembros de la familia aún no se han medido debidamente. Así, un estudio de los costos en Inglaterra y Gales señaló que, por falta de estudios apropiados, no era posible cuantificar los costos intangibles del dolor y el sufrimiento para la familia y las personas allegadas (31).

Existen cada vez más pruebas del papel del alcohol en la delincuencia, y especialmente en distintas formas de violencia (32), aunque esa asociación varía considerablemente entre países y culturas. Existe una relación general entre mayor uso de alcohol y violencia criminal y doméstica, así como maltrato infantil. En general, en casos individuales, cuanto mayor es el nivel de consumo de alcohol, más grave es la violencia.

El alcohol también ha sido vinculado a varios comportamientos criminales de otro tipo, entre ellos la infracción de leyes relativas al manejo de automóviles bajo la influencia del alcohol. También existe un vínculo con los desórdenes públicos, pero también en este caso la firmeza de esa relación depende de la cultura.

Parte de los daños derivados del alcohol están relacionados con las respuestas de otros. En casi todas las sociedades, el comportamiento de la persona ebria es en mayor o menor medida objeto de calificación moral. En algunos casos se asignan valores positivos a ciertos patrones o costumbres en materia de uso de alcohol, pero algunas pautas siempre llevan asignados valores negativos. Cuando el uso del alcohol está prohibido por razones religiosas o culturales, la valoración negativa acompaña a cualquier grado de consumo de alcohol.

El Comité observó así que el patrón de consumo de alcohol de una persona es objeto de evaluación social y se traduce en aprobación o desaprobación en la vida cotidiana. Los patrones de consumo de alcohol, particularmente por las valoraciones sociales que se hacen de ellos, participan así en la creación de desigualdad social, desigualdad que no guarda relación directa con la situación socioeconómica sino que tiene más que ver con la marginación, la exclusión social y el estigma. Una posición socioeconómica baja también puede hacer que la pauta de consumo de alcohol sea más visible y que el bebedor sea más vulnerable a la marginación y el estigma. Las evaluaciones más positivas del consumo de alcohol también pueden tener repercusiones negativas en la salud pública al hacer más difícil mantener la abstinencia o proporcionar una adecuada protección a los jóvenes contra la exposición al alcohol.

El Comité consideró que en muchas culturas existe una clara tendencia a marginar particularmente a los que al mismo tiempo son pobres y están

habitualmente ebrios, y que existen muchas vías por las que la pobreza puede favorecer o acentuar la estigmatización de la embriaguez. La vigilancia policial de la embriaguez en la vía pública a menudo se incrementa en las comunidades pobres. Las personas pobres, debido a su falta de recursos, a menudo tienen menos capacidad para evitar las consecuencias sociales adversas de su hábito de bebida, mientras que las personas con más medios pueden procurarse medios para amortiguar social o espacialmente su comportamiento. Las reacciones sociales a lo que se define como comportamiento prohibido pueden contribuir a la pobreza: el bebedor puede perder su empleo o ser expulsado de una actividad educativa. El resultado final, quizá particularmente en las sociedades prósperas, es que existe un gran solapamiento entre la población más marginada y los definidos como seriamente afectados por problemas con el alcohol.

La marginación y la estigmatización del consumo excesivo de alcohol pueden considerarse parte de los intentos de una sociedad por controlar y, en la medida de lo posible, reducir los daños sociales objetivos debidos al alcohol. Sin embargo, como se ha señalado, este medio de control en sí mismo a menudo provoca más daños; los esfuerzos por conseguir el control social por medio de la estigmatización pueden dar lugar a una marginación mayor. El Comité sugirió que la OMS estimule nuevos estudios en este ámbito, prestando particular atención a las diferencias entre las políticas contra el alcohol en relación a la medida en que son estigmatizadoras, y a la forma de tener en cuenta la reducción de la estigmatización en las políticas contra el alcohol.

#### **4.3 Conclusiones sobre los daños atribuibles al consumo de alcohol**

Al revisar las pruebas sobre los daños atribuibles al alcohol, el Comité concluyó que el uso nocivo del alcohol tiene efectos tanto inmediatos como a largo plazo que afectan a todos los aspectos de la vida; la intoxicación por el alcohol menoscaba la seguridad personal por su asociación con la violencia y otras lesiones, la dependencia del alcohol como riesgo importante del consumo excesivo o habitual, y los efectos tóxicos del alcohol que afectan potencialmente a todos los órganos y sistemas del cuerpo. La carga atribuible al consumo de alcohol se da principalmente entre los jóvenes y los adultos jóvenes, y afecta más a los hombres que a las mujeres. El Comité hizo hincapié en la medida en que el consumo de alcohol causa importantes perjuicios sociales y sanitarios a personas distintas del bebedor (es decir, a terceros).

Se ha avanzado considerablemente en la estimación, a escala mundial, de los daños que produce el consumo de bebidas alcohólicas en la salud. El Comité determinó cuatro esferas prioritarias para seguir trabajando: i) la

elaboración de medidas del papel del alcohol en los daños sociales; ii) simultáneamente, la medición de los daños que produce la bebida a terceros; iii) estudios epidemiológicos de la contribución del alcohol a la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas; y iv) implementar en los servicios de urgencia de salud de forma rutinaria la medición sistemática de la contribución del alcohol a las lesiones.

El Comité considera que es necesario establecer un sistema de supervisión, aprovechando la sólida base de la labor reciente de la OMS, con el fin de seguir las tasas, las correlaciones y las tendencias de los problemas de salud relacionados con el alcohol, con informes anuales de los Estados Miembros. A juicio del Comité, un sistema de supervisión de ese tipo proporcionaría datos sumamente importantes para el establecimiento de políticas contra el alcohol en los Estados Miembros y a escala internacional.

La medición de los daños sociales derivados del consumo de alcohol sigue estando insuficientemente desarrollada; el dolor y el sufrimiento asociados a muchas formas de daño social hacen que estos daños pertenezcan al ámbito de interés de la OMS de acuerdo con su definición de la salud. El Comité determinó que la medición y el seguimiento de los daños sociales ocasionados por el alcohol es un ámbito que merece una especial atención de la comunidad internacional, y destacó que la OMS puede liderar esa labor.

El Comité concluyó que, en general, la población pobre sufre una carga desproporcionada de daño atribuible al alcohol. En estas circunstancias, las medidas de salud pública encaminadas a reducir el consumo de alcohol y los daños asociados pueden servir al mismo tiempo para reducir las disparidades sanitarias entre las personas y las poblaciones ricas y pobres.

## 5. **Estrategias e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol**

Desde el anterior informe del Comité de Expertos en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, se ha acumulado un volumen considerable de documentación internacional acerca de las repercusiones de diversas políticas y medidas contra el alcohol. El Comité, aunque toma nota de los importantes avances realizados con los estudios que examinan la costoeficacia de distintas estrategias (por ejemplo, véase 33), adoptó como guía principal las pruebas de eficacia, pues los estudios de costoeficacia aún no están lo suficientemente bien establecidos o replicados como para ser una orientación fiable. En general, no obstante, el Comité observó una sólida coherencia entre los estudios de costoeficacia y sus propias conclusiones basadas en las publicaciones sobre eficacia.

Si bien es cierto que gran parte de las evaluaciones publicadas para determinar la eficacia de esas políticas se han llevado a cabo en países de

ingresos altos, algunas medidas se han evaluado en el contexto de sociedades de ingresos bajos. Teniendo en cuenta que los datos a menudo se refieren a una estrecha gama de sociedades, el Comité consideró la aplicabilidad de las conclusiones de los estudios a las sociedades de ingresos bajos.

El Comité hizo hincapié en que la forma de aplicar una medida eficaz debe ser apropiada para la sociedad particular de que se trate. En este aspecto, los datos publicados no suelen ser muy útiles, por lo que el Comité subrayó la necesidad de acopiar, cotejar y difundir datos sobre experiencias prácticas en lugares que hayan aplicado la medida. Las acciones comunitarias para abordar los problemas del alcohol revisten especial importancia, particularmente en lugares donde existe un alto nivel de consumo no registrado. Ciertamente no basta con aprobar una ley sin dotarla de medios de aplicación; además, urge elaborar un inventario de experiencias prácticas de aplicación en distintas circunstancias y sociedades.

Las deliberaciones del Comité sobre las diversas políticas de alcohol se organizan principalmente con arreglo a las principales subdivisiones que se observan en las publicaciones de evaluación. Esas subdivisiones reflejan en parte los distintos departamentos oficiales, instituciones sociales y profesiones afectadas, pero también involucra distintas teorías de acción de la intervención política. Por ejemplo, las medidas contra el alcohol al volante, al igual que el derecho penal y gran parte del derecho administrativo en general, se basan en especial en la premisa de un efecto disuasorio general (primario). Como estrategia de salud pública, los impuestos sobre las bebidas alcohólicas se basan en la premisa de influir en la demanda del consumidor aumentando el costo en relación con otros artículos en los que puede gastar el dinero. La educación sobre el alcohol se basa en la premisa de que el conocimiento modifica la conducta. El hecho de que exista una teoría de acción detrás de cada conjunto de estrategias de política, y de que esas teorías de acción sean ampliamente mantenidas en las instituciones sociales y las profesiones pertinentes de todas las sociedades, da cierta garantía de que las conclusiones a las que ha llegado una sociedad serán aplicables en otra, aunque la aplicabilidad sin duda estará influida por el contexto específico de cada sociedad particular.

### 5.1 **Medidas para reducir la disponibilidad de alcohol**

Existe una amplia experiencia sobre los controles gubernamentales en la producción, la distribución y la venta de bebidas alcohólicas. Un medio que tienen los gobiernos para ejercer el control es monopolizar la propia actividad. Existe una rica historia de monopolios tales como el de la producción, la venta al por mayor o la venta minorista durante los últimos 150 años, en países de ingresos tanto altos como bajos. En varios países, la propiedad y la gestión pública de una u otra parte del mercado del alcohol se mantiene hoy

en día, pero en general los acuerdos comerciales y los requisitos del ajuste estructural han hecho desaparecer muchos de esos sistemas.

Una alternativa común a la gestión gubernamental ha sido la reglamentación de la operación de intereses privados en el mercado del alcohol. Por lo general, esa reglamentación se ha basado en la premisa de un sistema de concesión de licencias a operadores privados, licencias que pueden ser suspendidas o retiradas. Ello significa que los controles se ejercen a través de medidas administrativas sobre los involucrados en dichas actividades, cuando procede con el respaldo del derecho penal. Esos medios de aplicación son más eficaces y económicos para los gobiernos que la aplicación de medidas a los consumidores o los clientes.

Mientras que el control de la producción o del nivel de venta al por mayor es el más importante para conseguir que un máximo de bebidas alcohólicas circule en los canales de venta legales, el Comité reconoció la importancia particular del control en el nivel de venta minorista, tanto en bares y restaurantes, para el consumo in situ, como en puntos de venta de botellas o latas para el consumo en otro lugar, a fin de reducir al mínimo los daños sanitarios y sociales del consumo de alcohol.

El Comité examinó pruebas que demuestran la eficacia de los monopolios de la venta de alcohol al por menor para mantener en un nivel reducido las tasas de daño relacionado con el alcohol (34). La eficacia reside en que esos sistemas tienden a tener menos puntos de venta, abiertos durante menos horas, que los sistemas de venta privados. La gestión de esos sistemas por el gobierno también sustituye a los intereses privados que de otro modo actuarían como grupo de presión para que se reduzcan los controles en las ventas de alcohol. Habida cuenta de su eficacia para los fines de la salud pública, el Comité consideró que debía procurarse mantener esos sistemas en funcionamiento, y ciertamente ampliar su alcance.

En general, el número de puntos de venta de alcohol guarda relación con el nivel de consumo de alcohol; el consumo tiende a aumentar cuando aumenta el número de puntos de venta. La relación parece particularmente intensa cuando existe un cambio importante en el número o el tipo de esos puntos de venta. También parece haber problemas especiales cuando los puntos de venta están muy próximos entre sí; existe una relación particular entre la densidad de puntos de venta y el grado de consumo de alcohol entre menores (véase 29).

Al igual que el número de puntos de venta, es frecuente que las horas y los días de venta estén regulados. El Comité tomó nota de los datos que indican que, mientras que ampliar el horario de venta puede redistribuir las horas en las que se producen numerosos incidentes relacionados con alcohol, esa ampliación no suele reducir las tasas de incidentes violentos y a menudo

lleva a un aumento global del consumo y de los problemas. En general, reducir las horas o los días de venta de bebidas alcohólicas da lugar a una disminución de los problemas relacionados con el alcohol, incluidos los homicidios y las agresiones (34).

El Comité consideró que los límites a la disponibilidad pueden ser razonablemente eficaces en relación con el costo; en la mayoría de las circunstancias, el sistema de concesión de licencias y la aplicación de la reglamentación conexas se financian con las tasas que se cobran por las licencias. Las restricciones a la disponibilidad pueden crear la oportunidad de que surja un mercado ilícito paralelo, por ejemplo, vendedores de alcohol fuera del horario legal. Sin embargo, en ausencia de una importante producción doméstica o de un mercado «gris», en la mayoría de las circunstancias esos efectos secundarios pueden controlarse con modestas medidas de aplicación de la ley. Cuando existe un importante mercado gris o negro, naturalmente, las restricciones aplicadas mediante el sistema de licencias pueden aumentar la competitividad del mercado alternativo, factor que habrá que tener en cuenta en la elaboración de políticas.

## 5.2 Precio del alcohol e impuestos sobre el alcohol

El Comité examinó datos que indican que, en general, la forma en que los bebedores responden a los cambios en el precio del alcohol es similar a su respuesta a los cambios en los precios de otros productos de consumo. Cuando otros factores se mantienen constantes, el aumento de los precios de las bebidas alcohólicas lleva a una caída del consumo y a una disminución de los daños relacionados con el alcohol. En muchos países de ingresos altos se ha observado que la demanda de alcohol es relativamente inelástica en relación con los precios, como la de muchos otros bienes de consumo; es decir, que un cambio en los precios da lugar a una baja del consumo, aunque relativamente menor que el aumento del precio. Esto significa que, mientras que el aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas puede utilizarse como estrategia para reducir el consumo y el daño consiguiente, en la práctica, en la mayoría de los países aumentarán los ingresos del gobierno por esos impuestos. Los limitados datos procedentes de países de ingresos bajos y medianos muestran que la relación entre el precio y el consumo total sigue una pauta análoga a la de los países de ingresos altos, en particular a medida que crecen sus economías y aumenta la renta de las personas. La existencia de un importante mercado gris o negro para el alcohol complica las consideraciones sobre políticas de impuestos al alcohol; en esas circunstancias, puede ser aconsejable acompañar los cambios fiscales con esfuerzos gubernamentales por controlar de modo efectivo esos mercados paralelos.

El Comité observó que la elasticidad de los precios para distintas bebidas, para distintos países y a lo largo del tiempo no es uniforme. Las comparaciones de la elasticidad de los precios de la cerveza, los licores y el vino han observado que esa elasticidad es más baja para la bebida generalmente preferida en una cultura o un mercado particular que para los tipos de bebidas alcohólicas menos preferidos. La forma en que los bebedores responden a los cambios en los precios y los compensan es compleja, dadas las posibilidades de sustitución (35). Los consumidores tienden a consumir bebidas más caras si los precios relativos disminuyen, sea dentro de la misma categoría de bebidas o en otra. Si aumentan los precios, reducen el consumo general, pero también cambian a bebidas más baratas. Los bebedores excesivos tienden a comprar los productos más baratos dentro de su categoría de bebida preferida. Los estudios sobre la elasticidad de los precios también muestran una variación en el tiempo en cuanto a las respuestas de los consumidores a un cambio en los precios. Las repercusiones de un aumento del precio del alcohol pueden ser más fuertes a largo plazo que en lo inmediato. Desde una perspectiva de política pública, son más importantes los efectos a largo plazo.

Los datos demuestran que el consumo entre los jóvenes es particularmente sensible al precio (36). Se ha demostrado que las políticas que aumentan los precios del alcohol reducen la proporción de jóvenes que beben en exceso, reducen el consumo de alcohol entre menores y reducen el consumo excesivo episódico. Los precios más altos también retrasan en el tiempo la intención de empezar a beber entre los adolescentes más jóvenes y frenan la progresión hacia el consumo de cantidades mayores.

Aunque a veces se cree que los bebedores excesivos tienen menos probabilidades de verse afectados por el precio, el Comité observó que los datos desmienten esa creencia; los precios más altos influyen en las cantidades consumidas por los bebedores frecuentes y excesivos. Esa conclusión se ve apoyada por numerosos datos que demuestran que los precios repercuten en los daños que provoca el alcohol, lo que por lo tanto indica también que se ha reducido el consumo excesivo (34). Los experimentos naturales que se han dado recientemente en Europa como parte de los cambios exigidos a consecuencia de los tratados económicos han demostrado que, a medida que se han reducido los impuestos y los precios del alcohol, han aumentado las ventas y el consumo de alcohol (37). En algunas jurisdicciones europeas, se han introducido impuestos especiales para las bebidas combinadas dulces a base de licores, en respuesta a los aumentos observados en el consumo de alcohol por los jóvenes (38). Esas medidas han llevado a reducciones de las ventas y el consumo de esas bebidas concretas.

El Comité consideró que los impuestos sobre las bebidas alcohólicas son una estrategia sumamente costoeficaz para reducir las tasas de problemas

relacionados con el alcohol, que además se justifica con el argumento de que reduce los costos asociados a los daños relacionados con el alcohol. Especialmente en los países con altos niveles de consumo de riesgo, es probable que la imposición fiscal sea más costoeficaz que otras políticas contra el alcohol en la reducción de los problemas asociados al alcohol. Los cambios fiscales, aunque siguen siendo eficaces, quizá no sean la solución de política idónea en países donde hay menos problemas; en estos casos, las intervenciones dirigidas a subpoblaciones particulares pueden ser más costoeficaces. Sin embargo, incluso en esos países, las disminuciones de los precios del alcohol o el aumento del poder adquisitivo pueden ser perjudiciales para esas otras políticas.

El efecto del aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas podría verse menoscabado por la producción ilegal, la evasión fiscal y el comercio ilegal, el contrabando y las compras transfronterizas. En sus decisiones sobre políticas fiscales en relación con el alcohol, los gobiernos habrán de tener en cuenta si los países vecinos aplican impuestos menores a las bebidas alcohólicas y si sus fronteras son porosas. En esas situaciones, hay poderosas razones para adoptar una norma de cortesía internacional, en virtud de la cual los países reconocen y desalientan la evasión de las políticas contra el alcohol del otro.

Por todo ello, el Comité concluyó que los impuestos y los precios son mecanismos importantes para reducir la demanda de bebidas alcohólicas y los niveles de problemas relacionados con el alcohol.

### 5.3 Restricción de la venta de alcohol

Mientras que en varios países, de población mayoritariamente musulmana, así como a nivel comunitario en comunidades indígenas de algunos países, existe una prohibición total de la venta de alcohol, existen también otras prohibiciones ampliamente dispersas para lugares, circunstancias o condiciones particulares. Por ejemplo, en muchos países se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas en parques o en la vía pública, con el fin de mejorar el entorno para las familias y los residentes locales. También está muy extendida la prohibición del consumo en circunstancias particulares, por ejemplo en el lugar de trabajo.

El establecimiento de una edad mínima para la adquisición o el consumo de bebidas alcohólicas es, de hecho, una de las medidas de control más extendidas. Existen cuantiosas pruebas de los efectos de las leyes que establecen edades mínimas para la compra de alcohol que demuestran, por ejemplo, claras reducciones en los accidentes debidos al alcohol al volante y en varios indicadores más (34). Las edades mínimas de compra influyen tanto en la frecuencia como en las circunstancias del consumo, aunque parecen tener menos influencia en la edad de inicio del consumo.

A pesar de todo ello, el Comité hizo hincapié en que la eficacia de las medidas de prohibición de la venta a menores depende considerablemente de la firmeza con que se apliquen las restricciones; el medio de aplicación más costoeficaz es el que afecta a los vendedores, que tienen interés en mantener limpio su historial comercial y conservar el derecho a vender alcohol.

#### 5.4 Regulación del contexto en el que se bebe alcohol

El vínculo entre el consumo de alcohol y la salud o el daño social a menudo se ve mediado o influido por el contexto físico o social: tanto el contexto en el que tiene lugar el consumo como los contextos ulteriores mientras el bebedor está bajo la influencia del alcohol. La modificación de los contextos pertinentes con el fin de reducir los perjuicios debidos al consumo ha sido, por consiguiente, un criterio de política comúnmente utilizado. En unas u otras épocas se han aplicado de forma oficial o extraoficial una amplia variedad de modificaciones de los contextos en los que se consume alcohol, por ejemplo el uso de vasos de bebida que no puedan utilizarse como arma, un diseño de los locales orientado a la seguridad, o el empleo de personal de seguridad en parte para reducir la violencia potencial. Se ha hecho especial hincapié en modificar por diversos medios el comportamiento de las personas que sirven bebidas alcohólicas y del personal de guardia y de seguridad. En épocas anteriores se insistía sobre todo en la colaboración voluntaria de los establecimientos y el personal, pero se hizo patente que las medidas sólo serían eficaces cuando estuvieran respaldadas por políticas formales «de la casa» sobre el comportamiento de los empleados y, lo que es más importante, por la aplicación de la ley a cargo de inspectores de licencias de venta o por la policía (34). Algunos estudios han demostrado que, cuando están respaldados por políticas de aplicación de la ley y normas «de la casa», los programas de «camareros responsables», en los que se adiestra a los camareros a denegar el servicio a las personas ya ebrias o las que no alcanzan la edad legal mínima, son eficaces para reducir el alcohol al volante o los episodios de violencia.

El Comité concluyó que los problemas potencialmente evitados mediante la modificación del contexto de consumo, como la violencia o la conducción de automóviles bajo los efectos del alcohol, a menudo ocasionan daños a terceros. Este aspecto hace que estos métodos tengan un importante significado y atractivo para las políticas. No obstante, el Comité también concluyó que no tiene sentido aplicarlos si no están respaldados por una aplicación firme y creíble de la ley, lo que requiere invertir recursos suficientes.

## 5.5 Restricciones a la mercadotecnia o marketing del alcohol

El Comité subrayó la importancia del marketing del alcohol como cuestión de salud pública, y en particular la exposición de niños y jóvenes a mensajes comerciales sobre bebidas alcohólicas y marcas como esfera de creciente importancia para la política. El alcohol no sólo se promociona mediante técnicas publicitarias cada vez más sofisticadas en los grandes medios de información, sino que también es promovido vinculando las marcas de alcohol a actividades deportivas y culturales mediante patrocinios, colocación de productos y mercadotecnia directa que recurre a nuevas tecnologías como Internet, los podcast y los teléfonos móviles.

Aunque los primeros estudios econométricos del vínculo entre la publicidad y el consumo de bebidas alcohólicas dieron resultados dispares, el Comité tomó nota de los resultados de estudios recientes en los que se utilizaron métodos complejos y que observaron efectos de la publicidad del alcohol en el comportamiento (39). Las pruebas más sólidas procedían de varios estudios longitudinales del impacto de diversas formas de marketing del alcohol, que examinaron la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas en los medios tradicionales así como la promoción indirecta en el contenido de películas y en mercancía con marca de bebida alcohólica; todos ellos encontraron efectos reducidos pero significativos tanto en si los jóvenes beben como en si beben mayores cantidades (40, 41). Además, los efectos de la exposición parecen ser acumulativos y, en los mercados donde hay más publicidad del alcohol, los jóvenes tenían más probabilidades de seguir aumentando su consumo de alcohol a medida que se acercaban a los 25 años, mientras que el consumo de alcohol disminuía más temprano en los que estaban menos expuestos. Esas observaciones del efecto que puede tener la publicidad del alcohol en el comportamiento de los jóvenes están de acuerdo con las investigaciones realizadas sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes y las preferencias alimentarias de los niños (42, 43).

En algunas jurisdicciones se recurre a la «autorregulación», es decir, a sistemas voluntarios aplicados por las industrias que participan en la mercadotecnia del alcohol (incluidas agencias de publicidad, medios de información y productores de alcohol), que se están promoviendo como el enfoque más apropiado (44). El Comité consideró que esos sistemas voluntarios no impiden el tipo de comercialización que ejerce efectos en los más jóvenes, y que la autorregulación parece funcionar sólo en la medida en que exista una amenaza real y creíble de reglamentación por el gobierno (45). El Comité concluyó que, a menos que los procesos de la industria relacionados con las normas de publicidad del alcohol se encuentren bajo un marco legal y sean supervisados y examinados por un organismo gubernamental, los gobiernos pueden encontrarse con que

permitir que la industria se regule por sí misma trae consigo la pérdida del control de la mercadotecnia de un producto que tienen graves efectos en la salud pública.

## 5.6 **Medidas contra el alcohol al volante**

Las medidas que tienen como propósito reducir el número de víctimas del alcohol al volante figuran entre las estrategias más estudiadas para reducir los problemas relacionados con el alcohol. Cabe señalar que varias de las otras estrategias, como las leyes de establecimiento de edad mínima y la aplicación de programas obligatorios de capacitación de camareros, también han resultado eficaces en la reducción de las víctimas del alcohol al volante. Por otro lado, hay que reconocer que en muchos países de ingresos bajos las lesiones a peatones ebrios son más comunes que las lesiones de conductores y pasajeros, de modo que es posible que ni siquiera las medidas más eficaces contra el alcohol al volante puedan hacer frente a una parte importante de los traumatismos por accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.

El establecimiento de una concentración máxima de alcohol en la sangre para los conductores de vehículos es una medida bien arraigada y difundida para combatir el alcohol al volante. A lo largo de los años, el nivel especificado como máximo ha disminuido en varios países, y llega a ser de cero o 0,02 g/100 ml en varios países, y 0,05 g/100 ml o menos en la mayoría de los países de Europa. Existen pruebas convincentes de que, al menos en las sociedades de ingresos altos, tanto el establecimiento de un máximo como su reducción son eficaces para disminuir el número de víctimas del alcohol al volante. También hay pruebas concluyentes de que tanto las campañas de realización de pruebas de alcoholemia aleatorias, en las que la policía detiene a los conductores regularmente al azar para comprobar su concentración de alcohol en la sangre, como los puntos de control de sobriedad, en los que se detiene a todos los coches y se somete a las pruebas de alcoholemia a los conductores sospechosos, reducen los traumatismos y las muertes relacionadas con el alcohol. El Comité también tomó nota de otras medidas eficaces: el establecimiento de concentraciones máximas de alcohol en la sangre (incluido el nivel cero) para los conductores jóvenes o noveles; la suspensión administrativa del permiso de conducir para los conductores que den resultado positivo en la prueba de alcoholemia (particularmente en los ordenamientos jurídicos en los que los casos criminales de conducción bajo los efectos del alcohol pueden verse aplazados o recurridos con éxito por un abogado); y para los conductores ebrios reincidentes un tratamiento obligatorio y el uso de un interruptor del contacto, dispositivo mecánico que impide que el coche sea manejado por un conductor cuya concentración de alcohol en la sangre supera cierto nivel.

Varios países de ingresos altos, que llevan varios años aplicando medidas eficaces en este ámbito, han sido capaces de reducir espectacularmente las tasas de víctimas del alcohol al volante (46). La aplicación de diversas medidas en sí misma refleja que ha existido una alta voluntad pública y política de adoptar medidas que pueden resultar bastante lesivas para los derechos. A su vez, una experiencia típica es que la adopción de la medida en sí refuerce la voluntad pública. El Comité consideró que de la historia de las medidas contra el alcohol al volante pueden extraerse algunas enseñanzas para la aplicación progresiva de otras estrategias encaminadas a reducir los problemas relacionados con el alcohol.

## 5.7 Educación y persuasión

Se han utilizado diversos enfoques para educar y persuadir a la población con el propósito de reducir los daños provocados por el alcohol, entre ellos: educación de jóvenes en el aula; campañas de información en los medios, incluido recientemente el uso de sitios de Internet interactivos, y promulgación de directrices sobre el consumo de alcohol; etiquetado de las bebidas alcohólicas con el contenido expresado en unidades de bebida y con advertencias; actividades escolares como parte de las iniciativas extra-académicas para las familias y como parte de proyectos de acción comunitaria; e iniciativas comunitarias destinadas a rebatir las normas que rigen el consumo y la distribución de alcohol.

El Comité consideró que, aunque la información y la persuasión son siempre atractivas como intervención para reducir los daños relacionados con el alcohol, particularmente en relación con los jóvenes, la teoría y la práctica demuestran que tienen pocas probabilidades de conseguir un cambio de comportamiento sostenido, particularmente en un entorno en el que se reciben numerosos mensajes contradictorios en forma de material publicitario y normas sociales que fomentan el consumo de alcohol, y en el que el alcohol está fácilmente accesible.

El Comité tomó nota de los resultados de varios exámenes sistemáticos minuciosos que se han publicado acerca de evaluaciones de actividades de educación escolar encaminadas a reducir los daños provocados por el alcohol (por ejemplo, 47) y concluyó que los resultados no apoyan la educación en el aula como intervención eficaz para reducir los daños relacionados con el alcohol. Aunque existen pruebas de efectos positivos en el mayor conocimiento acerca del alcohol y en la mejora de las actitudes, no hay pruebas que demuestren un efecto sostenido en el comportamiento.

El Comité observó que, en general, las campañas de información pública son un antídoto poco eficaz contra los mensajes de alta calidad que promueven el consumo de alcohol y que aparecen con mucha más frecuencia en los medios. El Comité también observó que la contrapublicidad, variante de las

campañas de información pública en la que se ofrece información acerca de un producto, sus efectos y la industria que lo promueve, con el fin de reducir su atractivo y su uso, tiene efectos no concluyentes. El Comité señaló de todos modos que existían algunas pruebas de los efectos de las campañas en los medios de información para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, particularmente en jurisdicciones que cuentan con estrictas políticas al respecto (48). Aunque se han promulgado directrices sobre el consumo de alcohol en varios países, no se ha evaluado si esas directrices tienen efectos en los daños relacionados con el alcohol.

Los resultados de las investigaciones de evaluación sobre las advertencias sanitarias obligatorias en los recipientes de productos alcohólicos no demuestran que la exposición produzca un cambio en el comportamiento de consumo de alcohol en sí (34). Al parecer, se ven afectadas algunas de las variables que intervienen, por ejemplo la intención de modificar las pautas de consumo de alcohol (en relación con situaciones de mayor riesgo como la conducción bajo los efectos del alcohol), mantener conversaciones acerca del consumo de alcohol, y voluntad de intervenir con otros que son considerados bebedores de riesgo. El Comité observó que esta conclusión contrasta con las pruebas obtenidas en el caso del tabaco, respecto del que sí existen pruebas de efectos, pero esto puede reflejar las características de las etiquetas de advertencia, ya que parece ser que la introducción de advertencias más gráficas y de mayor tamaño para los cigarrillos, con mensajes que van cambiando, ha influido en el comportamiento.

El Comité consideró que hay algunas pruebas que respaldan la combinación de intervenciones escolares y comunitarias, en parte porque las intervenciones comunitarias pueden conseguir que se restrinja el acceso de los jóvenes al alcohol (34). Un importante componente de los programas de acción comunitaria, que se ha demostrado que tiene repercusiones en el consumo de alcohol por los jóvenes y en daños relacionados con el alcohol como los accidentes de tránsito y los episodios violentos, es la promoción en los medios. La promoción en los medios puede educar al público y a los interesados clave dentro de la comunidad, lo que hace que se preste más atención al alcohol en las prioridades políticas y públicas. Esto puede llevar a una reformulación de la solución a los problemas relacionados con el alcohol, adoptando un enfoque coordinado por los sectores pertinentes, como las autoridades sanitarias, las fuerzas del orden, las organizaciones no gubernamentales y las autoridades municipales (49).

El Comité reconoció que otro enfoque de la acción comunitaria en los países de ingresos bajos ha sido alentar a las comunidades y movilizar a la opinión pública para abordar los determinantes locales del aumento del consumo de alcohol y de los problemas conexos. Como ejemplos de formas en que las comunidades pueden abordar esos determinantes cabe citar medidas

que contrarresten el atractivo de la imagen de las bebidas alcohólicas y su consumo, la reducción de los privilegios injustos que acompañan al uso del alcohol, la mejora del reconocimiento por todos del carácter y la magnitud de las consecuencias sanitarias y sociales del uso nocivo del alcohol, el reconocimiento y la lucha contra las influencias que alientan el mayor consumo de alcohol, el fomento de la abstinencia o de la reducción del consumo, o el cambio en los patrones de consumo, según proceda, y el fomento de la aplicación de políticas eficaces, tanto en el nivel local como en niveles superiores (50).

## 5.8 Servicios de intervención temprana y tratamiento

El Comité consideró que la intervención temprana y el tratamiento para las personas con trastornos del uso del alcohol cumple potencialmente tres objetivos: como enfoque humanitario para el alivio del sufrimiento humano; como método para reducir el consumo de alcohol y el daño a la población, y como forma de reducir los costos sanitarios relacionados con el alcohol. Las personas que consumen alcohol en exceso suponen una carga desproporcionada para los sistemas de atención de salud, social y penal en comparación con las personas que beben con moderación o las que no beben. También contribuyen a una cantidad desproporcionada de los costos más intangibles del consumo excesivo de alcohol, incluido el daño a las familias y los problemas en el lugar de trabajo.

El Comité observó que en la mayoría de los países la población de personas que buscan o necesitan tratamiento es heterogénea, no sólo en cuanto a la gravedad de su problema con el alcohol, sino también en cuanto a los trastornos físicos o mentales que padecen simultáneamente. Por esa razón, la gama de intervenciones precisas para atender las necesidades de esa población es forzosamente amplia, y abarca desde intervenciones breves en atención primaria hasta tratamientos más intensivos en establecimientos especializados.

El Comité tomó nota de las amplias pruebas procedentes de diversos establecimientos de atención de salud en distintos países que mostraron la eficacia y la costoeficacia de la identificación oportunista y las intervenciones breves para personas con un consumo de riesgo o peligroso y nocivo de alcohol pero que no padecen una dependencia grave (51). Esas técnicas basadas en datos científicos se han difundido ampliamente por todo el mundo y hoy se están poniendo en práctica y evaluando en programas de demostración, en países de ingresos tanto altos como bajos (52). El Comité encomió el papel sustancial que ha desempeñado la OMS a lo largo de muchos años en la coordinación internacional de los esfuerzos encaminados a ensayar y promover esas intervenciones, mediante el patrocinio del Proyecto de Identificación y Gestión de los Problemas Relacionados con

el Alcohol (53). El Comité consideró que si esos programas se adoptasen de forma generalizada en los sistemas de atención de salud nacionales o regionales, las repercusiones en el consumo excesivo de alcohol en el nivel de población podrían ser considerables. El Comité también reconoció que la aplicación de esos programas no es asunto trivial, y que se necesitan nuevas demostraciones de criterios de aplicación efectivos (54).

El Comité observó que para las personas que padecen una dependencia más grave y los problemas conexos, se ha evaluado una amplia variedad de métodos de tratamiento especializado, incluidas intervenciones conductuales, psicosociales y farmacológicas de distintas intensidades, tanto en entornos comunitarios como residenciales. El Comité también tomó nota de las pruebas que demuestran que las personas expuestas a esos tratamientos, especialmente cuando éstos se administran de manera oportuna, consiguen mejores resultados que las personas que no reciben tratamiento (55). Además, para una persona media, la eficacia de esos tratamientos tendía a ser comparable con independencia de la intensidad, la modalidad o el entorno. No obstante, el Comité concluyó que las personas con necesidades más complejas o que reciben un apoyo comunitario limitado suelen necesitar métodos más intensivos (56). El Comité también hizo hincapié en la importancia de contar con políticas de tratamiento adecuadas, y en la disponibilidad de servicios no estigmatizados y confidenciales para las personas aquejadas de trastornos del uso del alcohol.

Si bien existen pruebas que sugieren que la inversión en tratamientos especializados en países con una elevada prevalencia de problemas relacionados con el alcohol puede suponer un ahorro para la sociedad, en los países donde las tasas de trastornos de uso del alcohol en la población son bajas las intervenciones breves pueden resultar un método más eficaz en relación con el costo. Las organizaciones de ayuda mutua están muy extendidas por todo el mundo y han sido evaluadas en un número limitado de estudios. Los resultados sugieren que existe un efecto incremental cuando los servicios prestados por organizaciones de ayuda mutua se combinan con un tratamiento estructurado; además, esas organizaciones pueden prestar apoyo para el mantenimiento de la sobriedad a largo plazo (57).

## 5.9 Conclusiones sobre estrategias eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol

Hoy en día existe una base importante de datos científicos sobre la eficacia relativa de distintas estrategias encaminadas a reducir las tasas de daño relacionado con el alcohol. Lamentablemente, gran parte de los datos proceden de un conjunto particular de países de ingresos altos donde los problemas del alcohol están bien reconocidos como cuestión sanitaria y social y donde existe la tradición de utilizar los resultados de las investigaciones

sociales y de evaluación en la formulación de políticas. El Comité observó la importancia de ambas disposiciones y destacó la necesidad de que se adopte ampliamente el principio de que cada vez que haya un cambio en una política contra el alcohol, se destinarán algunos recursos para evaluar los efectos.

A pesar de las deficiencias, existe una base suficiente de pruebas científicas para clasificar las estrategias según su eficacia relativa. En general, las conclusiones de las investigaciones muestran que las condiciones del suministro del alcohol, es decir, cuándo y en qué circunstancias está disponible el alcohol, pueden influir considerablemente en las tasas de problemas relacionados con el alcohol. Los sistemas específicos de legislación de control del alcohol y de establecimiento de licencias han resultado beneficiosos en diversas circunstancias socioculturales. Entre los aspectos eficaces de esos sistemas figuran la limitación de la densidad de los puntos de venta y de los horarios de venta. También es importante la prohibición de venta a las personas que no alcanzan la edad mínima para comprar bebidas alcohólicas o a las personas ebrias. La elevada imposición fiscal sobre las bebidas alcohólicas también ha demostrado ser eficaz como estrategia para controlar los niveles de problemas relacionados con el alcohol. Cualesquiera que sean sus otras funciones para el gobierno, los impuestos sobre las bebidas alcohólicas deben considerarse una cuestión de salud pública, que forma parte de la política contra el alcohol.

El Comité concluyó que también había sólidas pruebas sobre un conjunto particular de medidas contra el alcohol al volante. Estas incluyen principalmente el establecimiento de un bajo nivel de alcohol en la sangre como requisito para conducir un vehículo, y la vigilancia activa del respeto de ese límite mediante con un programa de pruebas de alcoholemia al azar o medidas equivalentes.

El Comité concluyó que la evaluación y la intervención breve en el contexto de los servicios de atención primaria habían demostrado su eficacia en la reducción del consumo excesivo de alcohol o los problemas relacionados con el alcohol en diversas situaciones socioculturales. El Comité sugirió que estos esfuerzos podría complementarse con proyectos de demostración sobre la forma de aplicar la estrategia de forma sostenida en distintos sistemas de salud. Por último, el Comité hizo hincapié en la necesidad de contar con políticas de tratamiento apropiadas para garantizar el acceso a intervenciones terapéuticas basadas en pruebas científicas y servicios comunitarios para las personas que padecen trastornos por el uso del alcohol.

## 6. **Formulación de políticas sobre alcohol**

El Comité consideró que uno de los principales objetivos de las políticas contra el alcohol es la promoción de la salud pública y el bienestar social.

Además, las políticas puede hacer frente a los fallos del mercado disuadiendo a los menores de consumir alcohol, protegiendo a los no bebedores de los daños provocados por el alcohol, e informando a todos los consumidores acerca de los efectos del alcohol. A medida que los gobiernos prestan cada vez más atención a las desigualdades en materia de salud, la reducción de las desigualdades en las afecciones relacionadas con el alcohol se convierte en un objetivo de política más.

Los niveles óptimos de política en materia de alcohol dependerán de los objetivos particulares de cada sociedad y de su voluntad de aceptar los distintos instrumentos de política. Por ejemplo, cualquier intento de determinar el impuesto óptimo sobre el alcohol depende del establecimiento de una escala de costos para todos, consumidores y no-consumidores, y costos diferenciados para los consumidores con distintos niveles de ingresos. También depende de valores culturales particulares, como en qué medida es necesario proteger a los menores, y el objetivo concreto que se pretende alcanzar con el impuesto, por ejemplo un aumento concreto de los ingresos o una reducción específica de la carga de enfermedades relacionadas con el alcohol.

Es probable que las políticas exitosas tengan ciertos rasgos comunes. Uno de ellos es permitir que los planificadores de las políticas se identifiquen con las intervenciones escogidas poniendo a su disposición los resultados de las investigaciones en que se basan las intervenciones. Es indispensable contar con objetivos claros, planes de gestión, información sólida y exámenes periódicos. Las políticas y los programas deben ser sensibles a los valores culturales y las experiencias históricas del país. Por último, una característica fundamental de los programas que tienen éxito es su capacidad para hacer participar a los muchos sectores diferentes del gobierno que tienen alguna relación con el uso del alcohol y los daños que produce.

## 6.1 **Creación de una base de conocimientos para la elaboración de políticas sobre alcohol**

Todas las políticas y medidas encaminadas a mejorar la salud pública requieren una firme base de conocimientos; las investigaciones y los datos científicos se encuentran entre los instrumentos más valiosos e importantes de una sociedad para sentar los cimientos en los que se apoyen mejores estrategias para mejorar la salud pública. El papel creciente de las investigaciones significa que la comunidad científica debe participar más en la elaboración de una base de conocimientos científicamente sólidos, socialmente pertinentes y factibles para las decisiones en materia de política sobre alcohol.

Para contribuir de forma constructiva al debate sobre políticas, la comunidad científica ha de formular las preguntas de investigación pertinentes para esas

políticas con tiempo suficiente para que los datos estén disponibles cuando sean necesarios, haber realizado investigaciones de gran calidad y haber interpretado y difundido los datos en formas pertinentes para el debate. Ello también puede entrañar una nueva presentación de la información ya disponible cuando su importancia vuelva a ponerse de manifiesto en la agenda política. Esas contribuciones sostenidas sólo son posibles en el contexto de un programa de investigación financiado públicamente a largo plazo y diseñado para hacer participar a los miembros de la comunidad científica de cada país en el acopio, la evaluación y la interpretación de datos de investigaciones pertinentes para las necesidades nacionales en materia de política sobre el alcohol.

La responsabilidad de traducir los resultados de las investigaciones científicas en políticas efectivas se distribuye entre una amplia gama de organismos oficiales y grupos de interés público. Además, deben existir mecanismos sistemáticos para garantizar que los nuevos datos procedentes de las investigaciones se incorporen realmente en la aplicación de las políticas y los programas. También se necesitan mecanismos que permitan identificar la falta de evidencias. Esas brechas deben completarse con nuevos estudios en ámbitos en los que la base de conocimientos no sea suficiente, así como con la evaluación de la costoeficacia de las intervenciones. Hay que esforzarse especialmente por desarrollar investigaciones para adelantarse a tendencias, necesidades y retos futuros en materia de política sobre el alcohol.

## 6.2 Sectores y política sobre el alcohol

La aplicación de una política nacional sobre el alcohol es por definición una tarea intersectorial. Cada vez se reconoce más el hecho de que las políticas de muchos sectores distintos de la salud pueden afectar el potencial del consumo nocivo o perjudicial de alcohol.

Los impuestos sobre las bebidas alcohólicas pueden, además de reducir el daño producido por el alcohol, proporcionar ingresos adicionales al gobierno. Los impuestos pueden fijarse en su máximo potencial de obtención de ingresos, que raras veces se alcanza. El Comité observó que esos impuestos son una fuente satisfactoria de ingresos para financiar programas públicos de mejora de la igualdad. Al examinar los datos, el Comité tomó nota de dos situaciones generales en las que el aumento de los impuestos sobre el alcohol puede no llevar a un incremento de los ingresos: cuando no existe un control efectivo por el Estado del suministro de alcohol, pues el aumento fiscal puede tener grandes efectos sobre la magnitud de la evasión del impuesto al alcohol; y cuando el consumo de alcohol es excepcionalmente sensible al precio, aunque esto no sucede habitualmente, ni siquiera en países donde los impuestos son elevados.

En la promoción de la fabricación, la distribución, los precios y la venta del alcohol están involucrados importantes intereses comerciales. En todo ello participan no sólo los productores y los vendedores al por mayor, a menudo empresas relativamente grandes, sino también los distribuidores que después venden bebidas alcohólicas a bares, restaurantes y otros puntos de venta. La industria del alcohol se ha introducido cada vez más en la esfera política. En parte lo ha hecho mediante la financiación de una red de organizaciones nacionales, regionales y mundiales que se ocupan de «aspectos sociales» y que patrocinan ciertas iniciativas de prevención o actitudes favorables a la industria sobre los problemas y las políticas de alcohol, y que promueven el concepto de responsabilidad social de las empresas (58). El Comité advirtió que el sector privado debe abstenerse de intentar desempeñar las funciones de los gobiernos, que son los guardianes legítimos del interés público. Sin embargo, el Comité consideró que la industria del alcohol tiene que desempeñar un papel particular en la aplicación de algunas políticas y programas específicos contra el alcohol. Esto puede incluir proporcionar capacitación a todos los que intervienen en la cadena de venta de bebidas alcohólicas para garantizar la responsabilidad en el cumplimiento de la ley y en la reducción del consumo de riesgo, y en velar por que el alcohol no esté al alcance de los que no lleguen a la edad mínima autorizada.

Como colectivo especializado en cuestiones de interés para la salud pública, los agentes de salud de todo el mundo pueden asumir un papel de primera línea en la reducción del daño provocado por el alcohol, no sólo integrando las evaluaciones e intervenciones en los casos de consumo peligroso y nocivo en la atención de salud, sino también mediante una labor de promoción informada de las políticas en materia de alcohol. Los interesados en la salud pública deberían adoptar una visión amplia y «horizontal» de la necesidad de contar con políticas de alcohol en toda la sociedad, analizar estrategias generales, crear redes de acción innovadoras entre muchos agentes distintos y, en general, actuar como catalizadores del cambio. Al respecto, es necesario que los intereses de la salud pública reconozcan la importancia de los medios de información en el debate sobre políticas a nivel nacional y local. La cobertura de ciertas cuestiones en los medios tiene una función de establecer de prioridades, es decir, que influye en si las instancias normativas perciben un problema y la importancia que se da a ese problema. La promoción en los medios también puede utilizarse para apoyar un cambio de la opinión pública en favor de los cambios de política.

El Comité consideró que las organizaciones no gubernamentales tienen un importante papel en el examen de las políticas sobre alcohol y en las medidas correspondientes. Como elementos fundamentales de la sociedad civil moderna, las organizaciones no gubernamentales pueden concienciar a la población sobre ciertas cuestiones y los problemas asociados, promover el cambio y generar un diálogo sobre política. Los países con escasos recursos dependen en gran medida de las organizaciones no gubernamentales y de

los grupos de ayuda mutua o de mujeres para hacer frente a los problemas relacionados con el alcohol. El Comité destacó la importancia de la participación de las organizaciones de la sociedad civil que carecen de conflictos de intereses en el desarrollo de políticas sobre el alcohol, como influencia para contrarrestar los intereses comerciales, que de otro modo podrían dominar la adopción de decisiones políticas.

### 6.3 **Políticas sobre el alcohol en distintos niveles jurisdiccionales**

Mientras que las políticas sobre el alcohol han sido tradicionalmente tratadas en los niveles nacional y subnacional, en los últimos decenios esa situación se ha transformado en muchos aspectos. Con el enorme aumento del comercio y los viajes han surgido muchas más oportunidades para el tránsito de bebidas alcohólicas a través de las fronteras nacionales, sea como importaciones libres de impuestos u otras modalidades legales de importación, como en forma de contrabando. Los aspectos transnacionales de la producción y la distribución del alcohol han crecido sobremanera: exportaciones e importaciones, productores multinacionales que se han consolidado rápidamente, arreglos internacionales de concesión de licencias y producción compartida, y organismos multinacionales de publicidad para promocionar los productos. Otro factor importante ha sido el crecimiento de los mercados comunes supranacionales y los acuerdos comerciales internacionales.

En relación con el nivel nacional, el Comité consideró que en última instancia era responsabilidad del gobierno nacional definir una política clara en materia de alcohol para todo el país y rendir cuentas por esa política. Los sistemas de política a nivel nacional raras veces están dominados por una sola autoridad decisoria; más bien tienden a estar descentralizados y delegados en diversas entidades decisorias diferentes que en ocasiones compiten entre sí, como el ministerio de salud, el organismo de transportes o el organismo fiscal. Por esa razón, es preciso establecer una maquinaria de coordinación efectiva y permanente, como un consejo nacional del alcohol, formado por altos representantes de los ministerios pertinentes y otros asociados, para velar por que se adopte un enfoque coherente respecto de las políticas sobre el alcohol y que se fijen objetivos y se alcancen esos objetivos.

La aplicación de políticas nacionales en materia de alcohol puede verse apoyada por planes de acción, no sólo en el nivel nacional, sino también en los niveles subnacional y municipal, con objetivos, estrategias y metas claras, haciendo uso de la legislación y de instrumentos administrativos, financieros y de gestión. El Comité consideró que un enfoque eficaz de la política del alcohol exige que todos los sectores de la sociedad rindan cuentas acerca del impacto sanitario de sus políticas y programas. Tomó nota de que un método para financiar los programas encaminados a reducir los daños provocados por el alcohol es un impuesto sobre el alcohol con fines específicos.

El Comité consideró que la aplicación de las políticas en el plano local tiene varias ventajas. En ese nivel, los ciudadanos están cerca de donde los problemas relacionados con el alcohol se padecen personalmente. La comunidad debe hacer frente a las lesiones y las muertes debidas a los accidentes de tráfico. A menudo ha de proporcionar servicios hospitalarios y de urgencias, y poner en marcha intervenciones para las personas con trastornos por el uso del alcohol. Los problemas del alcohol son experiencias personales para los miembros de la comunidad y los esfuerzos encaminados a prevenir o reducir futuros problemas también son un asunto personal. No obstante, una experiencia común ha sido que la elaboración de políticas locales en materia de alcohol se ve obstaculizada por las restricciones a la acción local que imponen las autoridades nacionales o regionales. Es importante que las autoridades locales dispongan de los medios y las atribuciones necesarias para actuar a fin de reducir al nivel más bajo posible los daños producidos por el alcohol en su comunidad. Se presentaron pruebas al Comité que demostraban el impacto de las intervenciones urbanas de las políticas sobre alcohol en la reducción de la violencia y el aumento de la seguridad de los ciudadanos (por ejemplo, 59).

#### 6.4 **Conclusiones sobre la formulación de políticas en materia de alcohol**

El Comité concluyó que cuando se formulan políticas en materia de alcohol hay muchos intereses enfrentados, muchos sectores distintos involucrados y la necesidad de políticas en muchos niveles diferentes. Las políticas sobre alcohol también están parcialmente sometidas a la influencia de arraigadas opiniones simbólicas y orientadas por los valores, que a menudo varían de unas sociedades a otras. El Comité consideró que aunque la política sobre el alcohol es responsabilidad del gobierno, ello no significa que el gobierno haya de financiar y ejecutar todas las intervenciones. Sin embargo, el Comité concluyó que el gobierno de un país, por conducto de su ministerio de salud, debe asumir la responsabilidad principal de garantizar una gobernanza colectiva y efectiva para la política sobre alcohol, principalmente a través de un plan de acción dotado de objetivos, estrategias y metas claras. Además, el Comité concluyó que los gobiernos deben tener en cuenta cuándo es preferible que la política en materia de alcohol se aplique en los niveles local y municipal, cuándo debe respetarse la cortesía entre los países en relación con las políticas sobre alcohol, y cuándo es más apropiada la acción colectiva a nivel tanto regional como mundial.

El Comité concluyó que una formulación racional de políticas sobre alcohol exige tener en cuenta el carácter de las pruebas disponibles, cómo pueden ser utilizadas y las formas en que realmente se adoptan las decisiones normativas -el carácter multidimensional de las respuestas y sus interacciones dinámicas. Las políticas también deben tener en cuenta

las condiciones económicas y sociales, los poderes y competencias de los distintos niveles de gobierno, y las pautas de consumo de alcohol, así como el carácter y el alcance de los daños relacionados con el alcohol en cada sociedad particular.

## 7. **Repercusiones para la acción internacional**

Las políticas sobre el alcohol tradicionalmente han sido tratadas a nivel nacional y subnacional. Sigue siendo cierto que la mayoría de las bebidas alcohólicas se consumen en el país en el que se producen. Los controles gubernamentales del mercado del alcohol son nacionales o, sobre todo en países federales, principalmente subnacionales. Los sistemas de salud y sociales para responder a los problemas del alcohol son nacionales o subnacionales, y con frecuencia en muchos aspectos son gestionados en el nivel local. En los últimos decenios, las exportaciones e importaciones de bebidas alcohólicas han crecido considerablemente, así como las actividades de las agencias de publicidad multinacionales para promocionarlas. También se ha producido un aumento considerable de los acuerdos internacionales relativos a la producción y la distribución de bebidas alcohólicas.

### 7.1 **Aspectos internacionales de la fiscalización del alcohol**

El crecimiento de los mercados comunes supranacionales y los acuerdos internacionales de comercio produce, en algunas jurisdicciones, una erosión de la posición de las políticas nacionales independientes en materia de alcohol, y una supeditación de las consideraciones de salud pública a la lógica del libre mercado y el libre comercio. Una y otra vez, los países de una u otra parte del mundo se han visto obligados en virtud de esos acuerdos a debilitar o renunciar a importantes aspectos de sus políticas en materia de alcohol, cuando el alcohol en el contexto de esos mercados y acuerdos ha sido considerado una mercancía como cualquier otro bien económico (60). Las políticas que se ocupan del alcohol deben amoldarse a las obligaciones legales contraídas entre estados, dentro del conjunto de tratados internacionales de ámbito mundial y regional que se han ido acumulando desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Todos esos compromisos reducen el margen que tienen los estados para aplicar políticas proteccionistas, pero el significado de todo ello para las políticas de salud pública en general se ha interpretado de dos formas. Algunos observadores, en particular los de los sectores sanitario o sociológico, han expresado su preocupación acerca de la forma en que las normas comerciales (particularmente en el plano mundial) pueden limitar la política sanitaria o social dentro de un sistema comercial que da prioridad a los objetivos comerciales por encima de la salud (por ejemplo, 61). Otros, principalmente de las esferas empresariales, gubernamentales o económicas, han respondido con confianza que los gobiernos son libres de

perseguir los objetivos sanitarios siempre que, cuando lo hagan, se atengan a las normas (por ejemplo, 62).

Se recordó al Comité que la Asamblea Mundial de la Salud reconoció en mayo de 2006 que los acuerdos de comercio y el comercio internacional plantean graves cuestiones en relación con los intereses de la salud pública más en general, e instó a los Estados Miembros a que «afronten las posibles dificultades que el comercio y los acuerdos comerciales pueden presentar para la salud» (WHA59.26). La Organización Mundial del Comercio (OMC) funciona dentro de su propio marco supranacional de aplicación de las normas y solución de diferencias. Las normas de la OMC son jurídicamente obligatorias, es decir, que los miembros están obligados a adaptar sus medidas a las normas de la OMC; de lo contrario, se enfrentan a sanciones comerciales hasta que realicen los cambios. Inicialmente, los tratados comerciales incluían el alcohol como una mercancía o un artículo como cualquier otro. Más recientemente, los tratados comerciales (particularmente el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios) han seguido un proceso de ampliación para abarcar también los servicios y las inversiones relacionados con el alcohol. En ambos casos, la cobertura del alcohol es amplia, y la aplicación de normas a los servicios y las inversiones puede tener importantes consecuencias para la salud pública. Así, los servicios relacionados con el alcohol incluyen los siguientes: elaboración y destilación de bebidas alcohólicas, transporte de alcohol, distribución de alcohol, publicidad del alcohol, servicio de bebidas alcohólicas en los restaurantes, venta de bebidas alcohólicas para el consumo fuera del local, y tratamiento de los problemas del alcohol. Los tratados comerciales modernos, como el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, definen muy ampliamente el concepto de «inversión» para incluir la mayoría de los tipos de intereses de propiedad directa e indirecta, la propiedad intelectual y los contratos, licencias, autorizaciones, permisos y otros derechos de propiedad, todos los cuales pueden afectar a las políticas sobre alcohol basadas en la salud.

Los artículos de los acuerdos de la OMC afirman que ninguna disposición contenida en los mismos será interpretada en el sentido de impedir que cualquier parte contratante adopte o aplique las medidas necesarias para proteger la salud de las personas, siempre que esas medidas no sean «una restricción encubierta del comercio» o constituyan una «discriminación injustificable» (63). Esto hace que sea el país que defiende determinada política sanitaria el que deba demostrar que no existe ninguna alternativa menos restrictiva para el comercio que surta el mismo efecto, y que la política se está utilizando de buena fe. Cuando se decide que una medida polémica es muy importante para un objetivo como la salud, esa medida será mantenida por la OMC aunque sea gravemente perturbadora para el comercio. Sin embargo, los requisitos de esta «prueba de necesidad» pueden

ser importantes y difíciles, lo que podría significar que los argumentos a favor no sean suficientes para proteger las políticas sanitarias en la práctica. De hecho, las solicitudes de protección de una legislación nacional bajo el régimen de excepciones generales sólo han tenido éxito en dos ocasiones en el medio siglo de decisiones del GATT y la OMC (64).

El Comité reconoció los beneficios potenciales de mecanismos ya existentes en virtud de los cuales el alcohol y el tabaco quedan excluidos de los acuerdos comerciales, como el Acuerdo Comercial de los Países Insulares del Pacífico y los tratados económicos de la Comunidad de Estados Independientes. El Comité también observó que, respecto de varios tratados dentro de la Unión Europea, las restricciones al libre comercio pueden defenderse por motivos sanitarios, en términos análogos a los que se utilizan en la OMC. Al igual que en la OMC, no obstante, debe determinarse que esas restricciones son respuestas proporcionadas; es decir, que no pueden ir más allá de lo necesario para cumplir sus propósitos. Esto es especialmente importante en el caso de la reglamentación de la publicidad, que según se ha observado reduce la capacidad de las firmas extranjeras, en comparación con las establecidas, para entrar con éxito en un mercado, y por consiguiente tiene un efecto proteccionista. Sin embargo, en tres casos, como observó el Comité, los tribunales europeos han apoyado sin ambages las prohibiciones de la publicidad, e incluso han defendido la prohibición francesa de la publicidad del alcohol en las «emisiones binacionales».

El alcohol es la única sustancia psicotrópica inductora de dependencia y causante de considerables perjuicios para la salud que se utiliza ampliamente en todo el mundo y que de momento no está cubierta por ningún tratado internacional. A juicio del Comité, es necesario que la comunidad de salud pública estudie las distintas posibilidades que existen para fortalecer la acción en materia de políticas sobre alcohol en el plano internacional. El Comité señaló las opciones siguientes para un potencial marco reglamentario mundial, sobre la base de los ejemplos existentes: un código internacional sobre la comercialización del alcohol, orientado a la salud pública, del estilo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; la inclusión del alcohol en las listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, habida cuenta de la naturaleza del alcohol como sustancia psicotrópica productora de dependencia que es o puede ser objeto de un uso abusivo tal que constituya un problema sanitario y social; o la adopción de un nuevo tratado internacional, siguiendo el modelo del Convenio Marco para el Control del Tabaco (65). En relación con este último, el Comité reconoció que, aunque existen muchas similitudes entre el tabaco y el alcohol como productos internacionales de interés para la salud pública, cualquier tratado de ese tipo habría de tener presentes las características específicas del alcohol y la naturaleza de los problemas que lo acompañan. Habiendo examinado la cuestión más a fondo, el Comité

reconoció que podrían encontrarse fácilmente otras opciones para seguir adelante. Sea cual sea la forma que adopte, se necesita un mecanismo que institucionalice el interés de la salud pública por el alcohol en cuanto producto especial, y que proporcione un marco para la acción internacional conjunta encaminada a reducir en todo el mundo las tasas de problemas relacionados con el alcohol.

## 7.2 Papel de la OMS

El Comité reconoció que el organismo internacional más activo en relación con el alcohol ha sido la OMS, y que su órgano deliberante, la Asamblea Mundial de la Salud, ha aprobado más de 10 resoluciones acerca de esta sustancia. En 1979, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA32.40 reconoció que los problemas relacionados con el alcohol, y en particular con su consumo excesivo, figuran entre los principales problemas de salud pública del mundo.

Más de 25 años más tarde, en 2005 la Asamblea de la Salud expresó un sentimiento análogo en su resolución WHA58.26 sobre «Problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol»: «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 sanitarias».

Durante los 25 años transcurridos desde el informe anterior del Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, la OMS ha realizado numerosas e importantes actividades sobre los problemas de salud pública relacionados con el alcohol. Esas actividades constituyen el telón de fondo de la labor sostenida de la OMS en el apoyo a los Estados Miembros en la reducción del daño relacionado con el alcohol.

Una política acertada en relación con el alcohol ha de estar basada en información exacta sobre el consumo de alcohol y los daños asociados. Para ello es preciso contar con definiciones claras de términos relacionados con el alcohol, particularmente en la esfera de la política sobre el alcohol, métodos normalizados para medir el consumo de alcohol, e información de calidad sobre los niveles y los patrones de consumo de alcohol, incluido el consumo no registrado, para diferentes grupos de edad y por sexos, particularmente en los países de ingresos bajos. También se necesita una cuantificación de los riesgos sanitarios y económicos asociados al uso de riesgo y perjudicial del alcohol. Esa información puede utilizarse para seguir de cerca las tendencias de los problemas asociados al consumo de alcohol y el impacto de los programas y las políticas encaminados a reducir

los daños causados por el alcohol. El seguimiento exige disponer de un sistema mundial de información sobre el alcohol, preferiblemente basado en la actual Base de Datos Mundial de la OMS sobre el Alcohol. El Comité subrayó la importancia de la labor sostenida en la evaluación comparativa de riesgos para el alcohol dentro de las estimaciones de la carga mundial de morbilidad, que permite disponer de información actualizada sobre los perjuicios causados por el alcohol.

La OMS debe seguir desempeñando un papel de liderazgo en la coordinación de una respuesta global al alcance global de los problemas causados por el alcohol; el medio ideal sería la elaboración de un plan de acción mundial para reducir los efectos perniciosos del consumo de alcohol, ayudando a los países en la ejecución, evaluación y vigilancia de sus propias políticas en relación con el alcohol. Todo ello debe estar apoyado por una base de datos que contenga las políticas, leyes, normas e información existentes, así como información sobre la eficacia de políticas y programas, que habrá de utilizarse con carácter regular para comunicar los hallazgos sobre medidas de política relacionadas con el alcohol y basadas en pruebas científicas y su aplicación en distintas sociedades y en distintos niveles de gobierno. También habrá que organizar y ampliar los trabajos de estimación de la costoeficacia de las distintas opciones de política en distintas circunstancias regionales, como se hizo en el proyecto CHOICE de la OMS (33).

Decenas de millones de agentes de salud de todo el mundo, de dedicación exclusiva y remunerados, en su calidad de proveedores fundamentales de atención sanitaria, pueden desempeñar un papel vital en la reducción de los daños causados por el alcohol. Para conseguirlo en la práctica, la OMS puede cumplir una función particular en el apoyo a la aplicación y la adopción de intervenciones breves en relación con el consumo nocivo y de riesgo, así como a la aplicación de tratamientos y la elaboración de sistemas terapéuticos para personas aquejadas de dependencia del alcohol y otros trastornos mentales y conductuales relacionados con el alcohol.

Las oficinas regionales de la OMS pueden desempeñar un importante papel en el cumplimiento de sus responsabilidades de liderar la acción de salud pública en relación con los problemas relacionados con el alcohol. Ya se ha avanzado considerablemente en el establecimiento de alianzas para las políticas relativas al alcohol en los niveles regionales. El Comité reconoció la importancia de las diferencias regionales y el valor de iniciativas regionales concretas y marcos de política, como el Plan Europeo de Actuación sobre el Alcohol, el Marco para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS, la estrategia regional para reducir los daños relacionados con el alcohol en la Región del Pacífico Occidental, y el marco mínimo para la política de control del alcohol en la Región de Asia Sudoriental.

### 7.3 Colaboración entre organismos internacionales

La elaboración y la aplicación de políticas en materia de alcohol va mucho más allá del sector sanitario estrictamente definido, y abarca cuestiones relacionadas con la agricultura, el desarrollo y la política fiscal, la educación, el empleo y el comercio. Los problemas relacionados con el alcohol, por consiguiente, están comprendidos en el ámbito de interés de varios organismos y organizaciones intergubernamentales, entre ellos varios organismos especializados de las Naciones Unidas. Es importante que esos otros organismos intergubernamentales asuman sus responsabilidades en relación con la política en materia de alcohol; para ello sería útil disponer de un mecanismo como un grupo de trabajo interinstitucional permanente sobre políticas relacionadas con el alcohol en el que estuvieran representados el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio, la FAO, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y la Organización Mundial del Trabajo (OIT), entre otras. Un plan de acción mundial concebido para reducir los daños provocados por el alcohol serviría para centrar la atención mundial y para apoyar las actuaciones en los niveles nacional y local.

Las políticas internacionales que tratan el alcohol como un mero bien económico pueden tener importantes consecuencias sobre las políticas de salud pública relacionadas con el alcohol. El Comité consideró positivo el ejemplo del Banco Mundial que, en 2000, reconoció que las inversiones en bebidas alcohólicas eran una cuestión delicada, y ordenó a todos sus empleados que fueran sumamente selectivos y apoyasen solamente proyectos relacionados con el alcohol que tuvieran un fuerte impacto de desarrollo y estuvieran de acuerdo con los aspectos de salud pública y los intereses de la política social (66). El Comité reconoció que el Banco Mundial ha desempeñado un papel importante en la promoción de políticas sobre el tabaco orientadas hacia la salud pública, y considera valioso colaborar con esa institución para estudiar un papel similar en relación con las políticas sobre alcohol.

El interés de la salud pública en el control del alcohol no está suficientemente representado en las negociaciones y los debates relacionados con el comercio; por consiguiente, el Comité concluyó que la OMS y otros interesados directos en la salud deben buscar oportunidades para trabajar con representantes del comercio nacionales e internacionales con el fin de remediar esa situación, e instar a los gobiernos nacionales a que velen por que el espacio de política sanitaria para las generaciones futuras sea plenamente tenido en cuenta cuando se formulen compromisos comerciales en la OMC, por ejemplo en las negociaciones sobre el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios.

El Comité valoró la labor que ha realizado la FAO en el acopio y la difusión de información sobre cultivos y otro tipo de información utilizada para

estimar el consumo total de bebidas alcohólicas, e instó a la OMS ha que alentase a la FAO a proseguir y cuando sea posible mejorar este valioso recurso de datos.

El Comité reconoció la importancia de invertir en los jóvenes para el desarrollo socioeconómico y la reducción de la pobreza, y tomó nota del valor de la labor conjunta de la OMS y la UNESCO. Las políticas de juventud deben abordar algunos de los determinantes del consumo nocivo de alcohol entre los jóvenes, y las políticas sobre alcohol deben aumentar el capital humano de la gente joven. El Comité consideró que la creciente presencia de la promoción de bebidas alcohólicas en la cultura y las artes, particularmente la masiva inversión en posicionamiento de productos en el cine, la televisión, la música y los vídeos musicales, constituye una cuestión internacional de importancia para la salud pública dentro del ámbito de acción de la UNESCO.

Uno de los más antiguos acuerdos mundiales en relación con el alcohol es el Convenio sobre la protección del salario (1949) de la OIT, que prohíbe el pago de salarios «con bebidas espirituosas» o en tabernas (salvo los empleados de las tabernas) (67). Desde entonces, la OIT ha seguido intentando activamente reducir en todo el mundo los daños relacionados con el consumo de sustancias en el lugar de trabajo, incluso mediante la publicación de un código de prácticas sobre la gestión de cuestiones laborales relacionadas con el alcohol y las drogas (68). La colaboración entre la OMS y la OIT a este respecto es sumamente valiosa, dado que el lugar de trabajo ofrece variadas oportunidades para la aplicación de estrategias de prevención entre adultos.

#### **7.4 Conclusiones sobre las repercusiones para la acción internacional**

El Comité concluyó que la OMS debe liderar la coordinación de una respuesta mundial a los problemas relacionados con el alcohol, que tienen alcance mundial; la respuesta incluye salvar los obstáculos internacionales que se oponen a una formulación efectiva de políticas en materia de alcohol. Ello debe comprender la elaboración de un plan de acción mundial para reducir los efectos perjudiciales del consumo de alcohol, el establecimiento de mecanismos de colaboración internacional y la ayuda a los países en la aplicación y el seguimiento de las políticas en materia de alcohol, de acuerdo a sus necesidades, su cultura y sus características socioeconómicas. La OMS debe dirigir y estimular un diálogo internacional sobre el comercio, el contrabando, los acuerdos comerciales y otros aspectos internacionales del mercado del alcohol que influyen en la capacidad de las naciones para combatir los problemas relacionados con el alcohol dentro de sus fronteras.

Habida cuenta de que la salud es un elemento clave del desarrollo social y económico, y de que los aumentos en el consumo de alcohol que por lo general siguen a ese desarrollo pueden a su vez poner en peligro la salud de las personas y de la sociedad, el Comité concluyó que la OMS debe promover la inclusión de políticas en materia de alcohol en los programas sociales y de desarrollo a nivel internacional. Ello requiere la colaboración internacional con organismos como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial, la OIT y la OMC, entre otras.

## 8. **Recomendaciones**

Las recomendaciones del Comité se apoyan en un conjunto de pruebas científicas sobre políticas sobre el alcohol que tiene pertinencia mundial, si bien no está necesariamente adaptado a las circunstancias de sociedades concretas. El Comité reconoce que los contextos culturales y jurídicos específicos, así como la configuración local de los problemas causados por el alcohol, deben tenerse en cuenta en la formulación y la aplicación de políticas sobre el alcohol basadas en pruebas científicas.

### 1. El Comité recomienda que la OMS:

- siga desempeñando un liderazgo en la coordinación de una respuesta mundial a los problemas globales relacionados con el alcohol;
- emprenda el desarrollo de un plan de acción mundial para reducir los efectos nocivos del consumo de alcohol;
- ayude a los países en la aplicación, evaluación y seguimiento de las políticas sobre el alcohol, de acuerdo con sus necesidades, su cultura y sus características socioeconómicas;
- establezca vínculos con organismos intergubernamentales como el PNUD, el Banco Mundial, la OIT y la OMC, y organismos intergubernamentales a nivel regional, para conseguir la inclusión de las políticas sobre alcohol en los planes sociales y de desarrollo relevantes.

### 2. En el contexto de un enfoque de salud pública de los problemas relacionados con el alcohol, el Comité recomienda que la OMS apoye a los órganos gubernamentales a nivel nacional y subnacional, y en particular en los países de ingresos bajos y medianos, en los siguientes aspectos:

- para que den alta prioridad a la prevención del uso nocivo del alcohol, aumentando las inversiones en la aplicación de políticas de eficacia conocida;
- para que sigan examinando la naturaleza y el alcance de los problemas causados por el uso nocivo del alcohol en sus poblaciones, los

- recursos y las infraestructuras disponibles para reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto de esos problemas, y las posibles limitaciones en el establecimiento de nuevos programas y políticas;
- para que formulen, elaboren y apliquen planes de acción en materia de alcohol que estén debidamente financiados y cuenten con objetivos, estrategias y metas claros;
  - para que establezcan o refuercen mecanismos y puntos focales que coordinen la labor de los interesados del sector de la salud pública;
  - para que apliquen y evalúen políticas y programas basados en pruebas científicas, utilizando las estructuras existentes cuando sea posible.
3. Apoyándose en la considerable base de pruebas científicas de la eficacia y la costoeficacia de las políticas y los programas sobre alcohol en la reducción de las consecuencias negativas del uso perjudicial del alcohol, el Comité recomienda que la OMS apoye y ayude a los gobiernos que lo soliciten:
- a regular la disponibilidad del alcohol, inclusive con el establecimiento de edades mínimas para la compra de alcohol y los límites a los horarios de venta y la densidad de los puntos de venta;
  - a aplicar políticas apropiadas en materia de alcohol al volante basadas en el establecimiento de bajos límites legales de concentración de alcohol en la sangre que se apliquen con firmeza;
  - a reducir la demanda de alcohol mediante la imposición fiscal y mecanismos de fijación de precios;
  - a aumentar el conocimiento y el apoyo a políticas efectivas (al respecto, se subraya que muchas medidas educativas y de persuasión que se utilizan comúnmente, como los programas de educación escolar, las campañas en los medios de información o las etiquetas de advertencia, han dado escasas pruebas de eficacia en la reducción de los daños relacionados con el alcohol, y por consiguiente no deben aplicarse por sí solas como políticas en materia de alcohol).
4. Teniendo en cuenta los efectos perjudiciales que tiene en los jóvenes la mercadotecnia o marketing del alcohol, el Comité recomienda que la OMS apoye y ayude a los gobiernos:
- a regular efectivamente el marketing de bebidas alcohólicas, incluida una reglamentación efectiva o la prohibición de la publicidad y el patrocinio en eventos culturales y deportivos, en particular los que tienen impacto en los más jóvenes;
  - a designar organismos reglamentarios responsables de vigilar y hacer cumplir las normas de marketing;
  - a trabajar juntos para estudiar la posibilidad de establecer un mecanismo de regulación del marketing de bebidas alcohólicas, que incluya una reglamentación efectiva o la prohibición de la publicidad y el patrocinio, a escala mundial.

5. El Comité recomienda que la OMS ayude y apoye a los gobiernos:
  - Para velar por que todas las personas que padecen problemas relacionados con el alcohol y necesiten tratamiento tengan acceso a servicios terapéuticos y comunitarios confidenciales y no estigmatizados de base científica;
  - Para aumentar las inversiones en la aplicación generalizada de programas de detección temprana e intervención breve para el uso de alcohol nocivo y de riesgo en una amplia variedad de contextos, incluida la atención primaria, los servicios sociales, los departamentos de accidentes y urgencias, los lugares de trabajo y las instituciones educativas;
  - Para ampliar la capacidad educando y formando a profesionales en los entornos de atención de salud, servicios sociales y justicia penal, en la aplicación de programas de detección e intervención;
  - Para prestar más atención en las políticas terapéuticas a la organización, integración y prestación de servicios de tratamiento en los niveles municipal, local y nacional.
  
6. Habida cuenta de la necesidad de ofrecer un sistema sostenible para el seguimiento y la vigilancia de los progresos realizados en la reducción de las consecuencias nocivas del uso del alcohol, el Comité recomienda que la OMS:
  - establezca un sistema mundial de información sobre alcohol, que utilice la actual Base de Datos Mundial de la OMS sobre Alcohol, con homólogos en los países, para reunir y analizar información sobre seguimiento y vigilancia del alcohol basada en datos comparables y definiciones acordadas;
  - apoye la incorporación a este sistema de datos pertinentes de organismos internacionales, como la FAO y el Banco Mundial, para permitir que continúen las actuales actividades de seguimiento, así como para proporcionar información a los países que aún no han establecido un sistema de seguimiento y vigilancia del alcohol;
  - integre políticas, normas y reglamentos, y datos sobre la eficacia de políticas y programas en el sistema de información, para contribuir a determinar las mejores prácticas y apoyar a los Estados Miembros en la elaboración de programas eficaces;
  - prosiga plenamente su evaluación del riesgo comparativo de los problemas atribuibles al alcohol dentro de las estimaciones mundiales de la carga de morbilidad.
  
7. Para aprovechar la gran base de conocimientos, que no deja de aumentar, y para mantener y aplicar medidas basadas en pruebas científicas encaminadas a reducir las tasas de problemas relacionados con el alcohol, el Comité recomienda que la OMS:

- examine la forma de fortalecer su capacidad de secretaría para prestar un apoyo sostenido a los Estados Miembros en la esfera de la elaboración, aplicación y supervisión de políticas sobre el alcohol;
  - haga los mayores esfuerzos para comunicar a los Estados Miembros periódicamente nuevos hallazgos sobre medidas de política sobre alcohol basados en pruebas científicas y su aplicación;
  - documente, acopie y difunda experiencias prácticas en la aplicación de políticas del alcohol basadas en pruebas científicas en distintas circunstancias sociales y distintos niveles de gobierno.
8. Reconociendo el papel que pueden desempeñar las organizaciones no gubernamentales en el apoyo a la política sobre el alcohol, el Comité recomienda que la OMS refuerce sus procesos de consulta y colaboración con organizaciones no gubernamentales que estén libres de potenciales conflictos de intereses con los objetivos de la salud pública.
9. El Comité recomienda que la OMS mantenga su práctica de no colaboración con los diversos sectores de la industria del alcohol. Cualquier interacción debe limitarse a debatir la contribución que puede hacer la industria del alcohol a la reducción de los daños provocados por el alcohol sólo en el contexto de su papel como productores, distribuidores, promotores y vendedores de alcohol, y no en la elaboración de políticas sobre alcohol o promoción de la salud.
10. Reconociendo que el alcohol es un producto especial en lo que se refiere a sus propiedades tóxicas e inductoras de dependencia, con graves repercusiones para la salud pública, y que deben elaborarse mecanismos para proteger la salud pública en relación con el alcohol en las decisiones comerciales, industriales y agrícolas, el Comité recomienda que la OMS:
- estimule un diálogo sobre los aspectos internacionales del mercado del alcohol que influyan en la capacidad de los países para combatir los problemas relacionados con el alcohol dentro de sus fronteras, analizando la viabilidad de los mecanismos internacionales, incluidos los acuerdos con fuerza jurídica obligatoria entre países, para apoyar la aplicación de políticas y programas relacionados con el alcohol;
  - busque oportunidades para tener una presencia activa y sostenida en las negociaciones comerciales y las soluciones de controversias a fin de representar los intereses de la salud pública en las cuestiones relativas al comercio del alcohol;
  - elabore directrices que puedan utilizar las instancias normativas y los asesores en todos los niveles de gobierno para supervisar y reducir los riesgos que el proceso de liberalización del comercio puede acarrear para las políticas de alcohol.

## Referencias

1. *Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva, World Health Organization, 1980 (WHO Technical Report Series, No. 650).
2. *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eighth report.* Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 836).
3. *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirtieth report.* Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 873).
4. Üstün TB et al., eds. *Disability and culture: universalism and diversity.* Seattle, Hogrefe and Huber, 2001.
5. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.* Geneva, World Health Organization, 2004.
6. Crabb DW et al. Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology. *Proceedings of Nutrition Society*, 2004, 63:49–63.
7. Bennett LA et al. Boundaries between normal and pathological drinking: a cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 1995, 17:190–195.
8. MacAndrew C, Edgerton R. *Drunken comportment: a social explanation.* Chicago, IL, Aldine, 1969.
9. *Convention on psychotropic substances, 1971.* New York, United Nations, 1977.
10. Wise RA. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, 5:483–494.
11. Faden VB, Goldman M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 2005, 28:125–132.
12. Jamal MM, Saadi Z, Morgan TR. Alcohol and hepatitis C. *Digestive Diseases*, 2005, 23:285–296.
13. *Alcohol drinking.* International Agency for Research on Cancer, 1998, (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 44; accessed 18 October 2006).
14. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.
15. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 2006:1–31.
16. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach.* Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies/Geneva, World Health Organization, 2002.
17. Prestwich P. *Drink and the politics of social reform: antialcoholism in France since 1870.* Palo Alto, CA, Society for the Promotion of Science and Scholarship, 1988.
18. Endicott RC. Advertising age's 19th annual global marketing. *Advertising Age*, 2005, 100:1201.

19. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1* Geneva, World Health Organization, 2004:959–1109.
20. *The world health report 2004: changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
21. Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Public Health Institute, 2002.
22. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin*, 2002, 47:48–58.
23. Hibell B et al. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
24. Wright A. *Grog war*. Broome, Magabala Books Aboriginal Corporation, 1997.
25. Berman M, Hull T. Alcohol control by referendum in northern native communities: the Alaska Local Option Law. *Arctic*, 2001, 54:77–83 (accessed 18 October 2006).
26. Johansson P et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, 2006 (accessed 18 October 2006).
27. Sackett L. Liquor and the law: Wiluna, Western Australia. In: Berndt RM, ed. *Aborigines and change: Australia in the '70s*. Canberra, Institute of Aboriginal Studies, 1977:90–99.
28. Mäkelä K. Differential effects of restricting the supply of alcohol: studies of a strike in Finnish liquor stores. *Journal of Drug Issues*, 1980, 10:131–144.
29. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective: report to the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006 (accessed 18 October 2006).
30. Single E et al. *Guidelines for estimating the costs of substance abuse*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
31. *Alcohol misuse: how much does it cost?* London, Strategy Unit, Cabinet Office, 2003 (accessed 18 October 2006).
32. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 2001, 6:218–228.
33. Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:782–793.
34. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
35. Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:96–105.
36. Chaloupka FJ. The effects of price on alcohol use, abuse, and their consequences. In: Bonnie RJ, O'Connell ME, eds. *Reducing underage drinking: a collective responsibility*. Washington, DC, National Academy Press, 2004:541–564.

37. Heeb JL et al. Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 2003, 98:1433–1446.
38. Cnossen S. *Alcohol taxation and regulation in the European Union*. Munich, CESifo Group, 2006 (accessed 18 October 2006).
39. Hastings G et al. Alcohol marketing and young peoples' drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26:296–311.
40. Stacy A et al. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 2004, 28:498–509.
41. Snyder L et al. Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, 160:18–24.
42. Lovato C et al. *Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, (4):CD003439.
43. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report prepared for the Food Standards Agency*. Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003.
44. Hemphill TA. Harmonizing alcohol ads: another case for industry self-regulation. *Regulation*, Spring 1998:55–62.
45. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
46. Delaney A, Diamantopolou K, Cameron M. *Strategic principles of drink-driving enforcement*. Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006 (accessed 18 October 2006).
47. Foxcroft DR et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003, 98:397–411.
48. Holder HD. *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
49. Miller W, Weisner C, eds. *Changing substance abuse through health and social systems*. New York, NY, Kluwer Academic and Plenum Press, 2002.
50. *Reducing harm from use of alcohol: community responses*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2006 (Alcohol Control Series, No. 5).
51. Whitlock EP et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:557–568.
52. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 2000, 95:677–686.
53. Heather N, ed. *WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV*. Geneva, World Health Organization, 2006 (, accessed 18 October 2006).
54. Roche A, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:11–18.
55. Timko C et al. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:437–447.

56. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 1996, 91:1773–1796.
57. Humphreys K. *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
58. Grant M, O'Connor J, eds. *Corporate social responsibility and alcohol: the need and potential for partnership*. New York, NY, Routledge, 2005.
59. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.
60. Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. Impacts of international trade, services, and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 2000, 95(Suppl. 4):S491–S504.
61. Bloom J. *Public health, international trade, and the Framework Convention on Tobacco Control*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2001 (accessed 18 October 2006).
62. Priestley M. Is the GATS a threat to public services? Canberra, Parliamentary Library, Parliament of Australia, 2002 (<http://www.aph.gov.au/Library/pubs/rn/2001-02/02rn31.htm>, accessed 18 October 2006).
63. *General Agreement on Tariffs and Trade 1947*. Geneva, World Trade Organization, 1986 (accessed 18 October 2006).
64. Grieshaber-Otto J, Schacter N, Sinclair S. *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. Agassiz, Cedar Isle Research, 2006.
65. Room R. International control of alcohol: alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:581–595.
66. World Bank Group. *World Bank Group note on alcoholic beverages: final note*. Washington, DC, World Bank Group, 2000 (R99-90/3, IFC/R99-77/3, MIGA/R99-28/3).
67. *Convention concerning the protection of wage*. Geneva, International Labour Organization, 1949 (<http://www.ilo.int/ilolex/english/recdisp1.htm>, accessed 18 October 2006).
68. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace: an ILO code of practice*. Geneva, International Labour Organization, 1996 (accessed 18 October 2006).

## Anexo

# Resumen de datos de la OMS sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol en 2002

Cuadro A1.1

### Muertes atribuibles al consumo de alcohol en el mundo en 2002

Categoría de enfermedad	Número de muertes (miles)			Porcentaje de muertes expresado como proporción de las muertes atribuibles a las categorías de enfermedades enumeradas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Muertes causadas</b>						
Afecciones maternas y perinatales (bajo peso al nacer)	1	1	3	0,1	0,3	0,1
Cáncer	361	105	466	18,7	25,0	19,8
Diabetes mellitus	0	1	1	0,0	0,2	0,0
Trastornos neuropsiquiátricos	106	25	130	5,5	5,9	5,5
Enfermedades cardiovasculares	452	77	528	23,3	18,2	22,4
Cirrosis hepática	293	77	370	15,2	18,2	15,7
Lesiones no intencionales	501	96	597	25,9	22,7	25,3
Lesiones intencionales	220	40	260	11,4	9,6	11,1
Total de «efectos perjudiciales» atribuibles al alcohol	1 934	421	2 355	100,0	100,0	100,0
<b>Muertes evitadas</b>						
Diabetes mellitus	-8	-5	-12	7,7	3,5	5,3
Enfermedades cardiovasculares	-90	-130	-220	92,3	96,5	94,7
Total de «efectos beneficios» atribuibles al alcohol	-98	-135	-232	100,0	100,0	100,0
<b>Cifra neta total de muertes atribuibles al alcohol</b>	<b>1 836</b>	<b>287</b>	<b>2 123</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Total de muertes	29 891	27 138	57 029			
Cifra neta de muertes atribuibles al alcohol expresada como porcentaje del total de muertes	6,1%	1,1%	3,7%			

Cuadro A1.2

**Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles al consumo de alcohol en el mundo en 2002**

Categoría de enfermedad	Número de AVAD (miles)			Porcentaje de AVAD expresado como porcentaje de los AVAD atribuibles a las categorías de enfermedad enumeradas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>AVAD</b>						
Afecciones maternas y perinatales (bajo peso al nacer)	52	42	94	0,1	0,4	0,1
Cáncer	4 593	1 460	6 054	8,2	12,9	9,0
Diabetes mellitus	0	20	20	0,0	0,2	0,0
Trastornos neuropsiquiátricos	19 393	3 722	23 115	34,6	32,9	34,3
Enfermedades cardiovasculares	5 711	887	6 598	10,2	7,8	9,8
Cirrosis hepática	5 415	1 468	6 883	9,7	13,0	10,2
Lesiones no intencionales	14 499	2 647	17 146	25,9	23,4	25,5
Lesiones intencionales	6 366	1 051	7 417	11,4	9,3	11,0
Total de «efectos perjudiciales» atribuibles al alcohol	56 029	11 297	67 326	100,0	100,0	100,0
<b>AVAD evitados</b>						
Diabetes mellitus	-225	-86	-312	21,3	6,7	13,3
Enfermedades cardiovasculares	-834	-1 205	-2 039	78,7	93,3	86,7
Total de «efectos beneficiosos» atribuibles al alcohol	-1 059	-1 291	-2 351	100,0	100,0	100,0
<b>Cifra neta total de AVAD atribuibles al alcohol</b>	<b>54 970</b>	<b>10 006</b>	<b>64 975</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Total de AVAD	772 912	717 213	1 490 126			
Cifra neta de AVAD atribuible al alcohol expresada como porcentaje del total de AVAD	7,1%	1,4%	4,4%			

Cuadro A1.3

**Porcentaje del total de defunciones atribuibles al consumo de alcohol en 2000 y 2002 en las regiones de la OMS**

Región de la OMS	Varones (%)		Mujeres (%)		Total (%)	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002
África	3,3	3,4	0,9	1,0	2,1	2,2
Las Américas	8,3	8,7	0,8	1,7	4,8	5,4
Asia Sudoriental	2,6	3,7	0,4	0,4	1,6	2,1
Europa	10,2	10,8	0,6	1,7	5,5	6,4
Mediterráneo Oriental	0,6	0,8	0,1	0,1	0,4	0,5
Pacífico Occidental	8,0	8,5	0,7	1,5	4,5	5,2
<b>Mundo entero</b>	<b>5,6</b>	<b>6,1</b>	<b>0,6</b>	<b>1,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,7</b>

Fuente: OMS









---

La carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol es considerable y en muchos países los problemas de salud pública provocados por el uso perjudicial del alcohol representan una importante carga sanitaria, social y económica. La reducción de la carga atribuible al alcohol se está convirtiendo en un objetivo prioritario de la salud pública internacional. Los daños relacionados con el alcohol pueden reducirse mediante la aplicación de estrategias específicas de eficacia demostrada, incluso a nivel mundial.

En el presente informe de un Comité de Expertos de la OMS se examinan las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de alcohol y la carga de morbilidad atribuible a esta sustancia en el contexto de los perjuicios relacionados con el alcohol y las tendencias recientes del consumo de alcohol en todo el mundo. Basándose en el examen de las pruebas disponibles, incluidos los últimos datos acerca de la contribución del consumo de alcohol a la carga mundial de morbilidad, el Comité formula varias recomendaciones, haciendo hincapié en el papel de la OMS en la coordinación de una respuesta mundial al problema y en la necesidad de reducir los daños relacionados con el alcohol mediante mecanismos efectivos de acción internacional y apoyo a los países.

El Comité recomienda un conjunto de estrategias y opciones normativas que cuentan con una sólida base de pruebas científicas y pertinencia mundial para la reducción de los daños relacionados con el alcohol, y subraya que la adaptación y aplicación de aquéllas en los niveles nacionales y subnacionales debe tener en cuenta las circunstancias culturales y legales concretas y la configuración de los problemas relacionados con el alcohol en cada lugar. El Comité recomienda asimismo que la OMS apoye a los gobiernos, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos, en la elaboración, aplicación y evaluación de políticas, planes de acción y programas de base científica a nivel nacional y subnacional. Las conclusiones y recomendaciones del Comité tienen importantes implicaciones para todo futuro avance que se haga en este ámbito.

ISBN 9789243209449



9 789243 209449

---