

# Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario?

## Alcohol and Public Health in Latin America: how to prevent a health disaster?

| MARISTELA G. MONTEIRO

| Asesora Principal para Alcohol y Abuso de Sustancias  
Organización Panamericana de la Salud

| Enviar correspondencia a:  
Maristela G. Monteiro  
Senior Advisor, Alcohol and Substance Abuse  
Pan American Health Organization  
525 23rd St. NW, Washington DC 20037, United States of America  
monteirm@paho.org  
Tel. (1) 202 974 31 08  
Fax. (1) 202 974 36 45

### Resumen

El consumo de alcohol es un problema de salud pública en toda América Latina, siendo el causante de miles de muertes anuales y de millones de años de vida saludable perdidos por enfermedades agudas y crónicas causadas por su consumo. Aunque el consumo es mayor y más frecuente entre los hombres, las mujeres y las adolescentes están incrementando su consumo más rápidamente que los hombres y adolescentes varones. La cerveza es la bebida alcohólica más consumida, seguida de los destilados; sin embargo encontramos diferencias entre países, ya que en algunos el vino es la bebida más consumida. La industria que produce, distribuye y vende bebidas alcohólicas es poderosa, en gran parte globalizada, y con gran influencia política; por todo ello, la situación actual favorece los intereses comerciales en detrimento de la salud pública. Las políticas públicas existentes en América Latina son insuficientes para responder a esta situación a nivel nacional, donde encontramos poca o ninguna reglamentación del consumo y disponibilidad de las bebidas alcohólicas, sobre precios e impuestos, o control gubernamental de la comercialización y de la publicidad. Hay asimismo pocas investigaciones que permitan informar la acción política. Las lagunas en la prevención y el tratamiento del consumo de alcohol y problemas relacionados se discuten aquí, así como algunas perspectivas para el futuro.

**Palabras clave:** Alcohol, salud pública, América Latina, políticas públicas.

### Abstract

Alcohol consumption is a public health problem in Latin America, being responsible for thousands of annual deaths and millions of healthy life years lost to acute and chronic conditions caused by alcohol. Consumption is higher and more prevalent among men, but women and adolescent girls are increasing their consumption more rapidly than men and adolescent boys. Beer is the alcoholic beverage most consumed, followed by distilled spirits; however, there are countries differences as some countries drink mostly wine. The industry which produces, distributes and sells alcoholic beverages is powerful, mostly globalized and with great political influence, so the current situation favors commercial interests at the expense of public health. Public policies in Latin America are insufficient to respond to the situation at national level, with little or no regulatory control of the availability of alcoholic beverages, prices and taxation policies or government control of marketing and promotion. There is limited research which can inform policy actions. Gaps in prevention and treatment of alcohol consumption and related problems are discussed as well as some perspectives for the future.

**Key words:** Alcohol, public health, Latin America, public policies.

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo importante en la mortalidad y la morbilidad en todo el mundo (OMS 2002, OMS 2011). En América Latina, esta situación es proporcionalmente más grave; de acuerdo con la OMS (2011), en 2005, no solamente el consumo promedio per cápita de alcohol fue más alto que el promedio mundial (8.7 L en la región comparado con 6.1 L a nivel mundial) si no que, en términos de impacto sobre la salud, ocupó el primer lugar entre los factores de riesgo que contribuyen a la carga total de enfermedades, medida por los años de vida perdidos por mortalidad prematura o años vividos con alguna discapacidad (AVAD)(Rehm y Monteiro 2005, OMS 2011). En el año 2004, al menos 347,000 muertes en las Américas estuvieron directamente vinculadas al alcohol, así como más de 13 millones de AVAD (OMS 2009). De acuerdo con el estudio sobre la carga global de enfermedades de 2010, en Ecuador, El Salvador y Guatemala el consumo de alcohol ocupó el primer lugar entre 67 factores de riesgos en todos los rangos etáreos; al tiempo que el alcohol ocupaba el primer lugar entre los factores de riesgo, en 27 países de los 34 evaluados, entre las personas de 15-49 años de edad (Lim et al. 2012).

Tanto el volumen promedio (*per capita*) de consumo de alcohol como los diferentes patrones de ingesta contribuyen a esta carga de morbilidad (Rehm et al. 2003, Rehm et al. 2010). Los patrones de consumo se conceptualizan aquí como una variable moderadora que determina el nivel de daño asociado a un volumen constante de exposición. Por ejemplo, el consumo per cápita en Europa (sin incluir a la Federación Rusa, que muestra un consumo más alto y cuenta con el patrón de consumo de más riesgo del mundo) es más alto que en América Latina, pero el consumo promedio de los bebedores es menor, indicando que el patrón de consumo de las dos regiones es distinto (aunque hay mayor prevalencia de abstemios en América Latina, los que consumen lo hacen de manera excesiva) y el impacto en la salud, *proporcionalmente*, acaba siendo mayor en América Latina.

El impacto del consumo se vincula también al desarrollo económico y social. Cuanto menor es el nivel de desarrollo económico y social de un país o región, mayor es la mortalidad y morbilidad atribuible al alcohol, por litro de alcohol puro consumido (OMS 2011).

En la mayoría de los países de América Latina la cerveza es la bebida más consumida (representa 54.7% del consumo total en las Américas); si bien en Argentina, Chile y Uruguay es el vino; mientras que en Antigua y Barbuda, Bahamas, Cuba, Dominica, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y en el Surinam, los son las bebidas destiladas.

Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, encontramos marcadas consecuencias sociales que surgen de su consumo, tales como problemas en las relaciones familiares y personales, violencia, problemas laborales y económicos, maltrato y abandono de niños (Klingemann y Gmel 2001). Si bien en algunas economías de mercado consolidadas los costes de los problemas sociales relacionados con el alcohol pueden ser mayores que los costes de los problemas de salud,

no tenemos conocimiento de esta relación en los países en vías de desarrollo en América Latina.

El alcohol es también un tema de género. Existen diferencias conocidas entre hombres y mujeres en lo que se refiere a cuánto y cómo se bebe, al tipo y grado de las bebidas consumidas, y a las consecuencias sociales y de salud resultantes (Obot y Room 2005, Monteiro 2007). El consumo es más prevalente y más intenso entre los hombres que entre las mujeres; en las Américas, el consumo promedio entre los hombres es de 2 a 10 veces superior al de las mujeres, según el país. En el año 2004, las enfermedades crónicas causadas por el alcohol en las Américas contribuyeron a un 11.8% de todas las defunciones entre los hombres y a un 2.4% entre las mujeres (OPS 2012). Además, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir no sólo por su propio consumo, sino también por el consumo de su pareja, que incluye la violencia doméstica (Taylor et al. 2007). En uno de los estudios multicéntricos patrocinados por la OPS, casi el 40% de las mujeres entrevistadas (de la población general adulta) reportaron haber sido agredidas físicamente por sus parejas después de que ellos hubieran consumido alcohol (OPS 2008).

A pesar de las alarmantes estimaciones de la OMS y otros estudios regionales, las cuestiones relacionadas con el alcohol siguen teniendo una baja prioridad en los programas de salud de la mayoría de los países de América Latina y no abunda la información epidemiológica sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados. Muchos países nunca han conducido encuestas nacionales, o a gran escala, sobre el consumo de alcohol, patrones de uso y sus consecuencias sanitarias y sociales, y tampoco han llevado a cabo un análisis de estas variables por sexo.

Algunas iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud, en cooperación técnica con distintos países de la Región, generalmente con el apoyo financiero de España (Gobierno Central o de la Generalitat Valenciana) han contribuido a la mejoría de la información epidemiológica y científica, pero cambiar el escenario político de modo que puedan implementarse a nivel nacional acciones efectivas y necesarias continua siendo un desafío.

## Promoción de la investigación

Desde el año 2004, la OPS ha apoyado investigaciones colaborativas con varios países de América Latina. En el año 2005, se publicó el primer análisis sobre el impacto del alcohol en la carga de enfermedad en la región de las Américas (Rehm y Monteiro 2005), señalando al alcohol como el factor de riesgo más importante en la Región, con un impacto relativamente más alto en aquellos países con ingresos bajos y medios. En Belice, Nicaragua, Perú y Uruguay se desarrolló un proyecto multicéntrico sobre alcohol, género y daños con encuestas a la población general adulta sobre el consumo de alcohol y los daños asociados, con especial énfasis en las relaciones íntimas, utilizando el cuestionario estandarizado GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: an International Study, según sus siglas en inglés,) que había sido empleado en otros países del mundo y de la región. Los otros países que ya habían realizado

la misma encuesta (Estados Unidos, Brasil, Canadá, Costa Rica y México), participaron en el estudio con sus datos, para posibilitar un análisis más amplio de la situación. Como resultado, se publicaron un informe y un libro (Taylor et al. 2007, OPS 2008) demostrando que, aunque existen grandes diferencias entre países en el nivel de desarrollo, de desigualdades sociales y de género, en la prevalencia de consumo por sexos, y en la prevalencia del consumo episódico, existe una clara asociación entre el consumo episódico excesivo y la violencia doméstica, siendo más graves las agresiones físicas después del consumo de alcohol por parte de la pareja masculina.

Las 10 preguntas del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, WHO 2001) fueron incluidas en el cuestionario GENACIS de los 9 países participantes en el estudio multicéntrico. En la Tabla 1, se presenta la prevalencia de resultados positivos con el AUDIT (indicativo de un consumo de alto riesgo, usando el criterio de más de 8 puntos en el mismo) por país, género y de forma agregada. La prevalencia fue mucho más alta entre los hombres en todos los países, encontrándose también diferencias entre países tanto para las mujeres como para los hombres.

**Tabla 1**  
**Prevalencia de resultados positivos en el AUDIT por país y sexo**

País	AUDIT- (cut-off =8 ) Prevalencia	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Región (todos)	26.51	5.78
Argentina	25.12	2.01
Belice	25.54	3.08
Brasil	17.11	8.87
Canadá	30.55	11.73
Costa Rica	23.08	3.15
México	30.86	1.62
Nicaragua	27.42	2.85
Uruguay	17.29	1.92
Estados Unidos	23.84	6.44

Fuente: Encuesta GENACIS

Otra colaboración entre 6 países (Panamá, República Dominicana, Guyana, Nicaragua, Honduras y Guatemala) fue patrocinada por la OPS con el apoyo de la Generalitat de Valencia (España). El objetivo del proyecto OPS-Valencia fue promover la investigación, la capacitación de profesionales de la salud en la atención primaria, y el desarrollo de planes nacionales para reducir el consumo nocivo de alcohol. En el marco de esta colaboración, se implementaron encuestas con el cuestionario GENACIS en Guyana y la República Dominicana durante 2010. Se implementaron estudios sobre el papel del alcohol en las lesiones no fatales que acuden a los servicios de urgencia, en cinco de los países participantes, con la excepción de Honduras, utilizando un protocolo común y estandarizado. Se han realizado ya varias publicaciones con los resultados y otras están en preparación, como el libro sobre alcohol y violencia en las Américas que será publicado a finales de 2013. Aún así, la información generada no ha comportado la aprobación de planes nacionales, o de una estrategia nacional, probablemente

te debido tanto a los fuertes intereses comerciales como a la poca capacitación técnica para la formulación de políticas públicas centradas en la protección de la salud pública.

La encuesta mundial sobre salud escolar, patrocinada por la OMS con apoyo del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) contiene varias preguntas sobre el consumo de alcohol de los escolares entre 13-15 años de edad. La encuesta se realizó en 23 países de las Américas, mostrando que el consumo de alcohol empezaba tempranamente; en algunos países la prevalencia de consumo ya es más alta entre las adolescentes que entre los adolescentes varones; y alrededor del 20% de los consumidores adolescentes consume hasta la intoxicación de forma regular (Center for Disease Control and Prevention 2013, WHO 2004a). En respuesta a esta situación alarmante, en algunos países existe una mayor preocupación de las autoridades para dar respuesta al problema, aunque se intenta cambiar el comportamiento de los jóvenes sin modificar el comportamiento de los adultos, lo que es prácticamente imposible.

Otra iniciativa más reciente de la OPS ha sido la traducción del libro "Publishing Addiction Science: a guide to the perplexed" editado por Barbor et al. (2009), que presenta los elementos esenciales para escribir y publicar los resultados de estudios en revistas científicas. El libro estará disponible a finales de 2013, para poder ser descargado de la web de forma gratuita, como una manera de aportar información valiosa los investigadores de habla hispana.

Todavía falta priorizar la investigación como fuente de información básica para el progreso de la ciencia y de la salud pública sobre el alcohol: información epidemiológica sobre la población general, adolescente y adulta, con respecto al consumo de bebidas alcohólicas para saber quién, cuándo, y cuánto se consume; dónde se compra, cuánto se paga y a qué nivel de propaganda se ve expuesta; extensión y daños asociados al consumo de alcohol no regulado (producción casera, ilícita o informal); consumo de alcohol en la edad reproductiva de las mujeres y sus consecuencias a corto y largo plazo; coste social del alcohol y su impacto en la vida y la salud de las personas que se relacionan con el/la consumidor/a; relación del alcohol con las muertes violentas, las hospitalizaciones y la mortalidad total de cada población. Aunque en muchos países estos datos existen nunca han sido analizados o no han estado organizados de modo que posibiliten el análisis de los mismos. Los sistemas nacionales de vigilancia sanitaria deberían incorporar indicadores mínimos que faciliten dichos análisis.

## Promoción de la acción política

La primera conferencia regional sobre alcohol y políticas públicas fue patrocinada por el gobierno de Brasil, con el apoyo de la OPS, en 2005. Celebrada en Brasilia, con la participación de 26 países, tuvo como resultado la "Declaración de Brasilia sobre políticas públicas para el alcohol". Los participantes apuntaron la necesidad de priorizar el consumo de alcohol como una prioridad de salud pública en toda la región, mediante el fortalecimiento de la investigación y la promoción de políticas públicas eficaces y libres de intereses comerciales.

Tabla 2

*Resultados de la Encuesta Mundial sobre Salud Escolar, por país y sexo, para 2 de las preguntas sobre consumo de alcohol*

País (año de la encuesta)	Porcentaje de estudiantes (13-15 años) que han consumido alcohol en los últimos 30 días		Porcentaje de estudiantes (13-15 años) que han experimentado síntomas físicos de embriaguez alguna vez en la vida	
	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Anguilla (2009)	48.0%	43.3%	28.7%	25.3%
Antigua and Barbuda (2009)	54.7%	45.1%	19.5%	26.1%
Argentina (2007)	49.0%	55.4%	18.4%	20.7%
Barbados (2008)	45.8%	46.9%	19.0%	29.0%
Islas Vírgenes Británicas (2009)	35.5%	30.5%	20.7%	17.7%
Islas Caimán (2007)	36.9%	41.4%	18.9%	21.2%
Costa Rica (2007)	23.6%	23.4%	22.2%	23.9%
Colombia (2007)	59.7%	56.8%	15.6%	15.8%
Dominica (2009)	54.0%	54.9%	28.8%	37.6%
Ecuador (2007)	29.8%	28.6%	16.7%	20.3%
Granada (2008)	43.0%	49.1%	13.1%	19.2%
Guatemala (2009)	14.2%	18.1%	8.8%	13.1%
Guyana (2010)	25.9%	46.9%	24.5%	34.7%
Jamaica (2010)	47.1%	57.8%	27.0%	43.5%
Montserrat (2008)	31.5%	35.6%	13.3%	12.5%
Perú (2010)	26.0%	28.4%	10.2%	16.8%
Saint Kitts (2010)	2.3%	4.7%	12.1%	16.6%
Santa Lucía (2007)	52.2%	59.2%	31.0%	15.4%
San Vicente y las Granadinas (2007)	53.5%	52.6%	14.6%	18.1%
Surinam (2009)	30.0%	35.6%	9.0%	21.0%
Trinidad y Tobago (2007)	42.0%	39.6%	22.3%	25.3%
Uruguay (2006)	57.7%	62.0%	24.7%	24.5%
Venezuela (2003)	32.4%	34.9%	8.1%	14.0%

El proceso, que llevó a la adopción de la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol en la Asamblea Mundial de la Salud de 2010, contó con la participación de todos los países miembro de la región. Así que, después de la adopción de la estrategia mundial, el consejo de Ministros de la OPS endosó la misma en 2011 como un plan de acción regional para su implementación en toda la región de las Américas.

En 2011 se creó una red regional de contrapartes nacionales para el tema del alcohol, denominada red regional de alcohol y salud pública (cuyo acrónimo en inglés es PANNAPH: Pan American Network on Alcohol and Public Health); en 2012 se celebró la primera reunión regional, con el apoyo del gobierno de México, que presidía la red. Las "recomendaciones de México" apuntan hacia acciones más específicas, tanto para manejar el conflicto de intereses con la industria del alcohol y controlar la comercialización masiva de bebidas alcohólicas en la región, particularmente enfocada a jóvenes y mujeres, como para continuar la cooperación técnica en la implementación de políticas públicas efectivas.

Algunos países han avanzado en políticas de control de precios, como Surinam y Venezuela; a nivel municipal, también encontramos restricciones en los horarios de venta de bebidas alcohólicas en otros (varias en Brasil; así como en Lima y Victoria en Perú); diez países tienen establecido límites de 0.05 g/dL, o menos, como límite para el nivel de alcohol en

la sangre permitido para conducir vehículos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú y Surinam); pero la inspección por parte de la ley es todavía débil. Ecuador, Perú, Honduras, Colombia y México están desarrollando estrategias nacionales, que siguen algunas de las recomendaciones de la estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero todavía no han sido aprobadas.

Aún así, las políticas más coste-efectivas (tales como la regulación de la disponibilidad del alcohol, el incremento su precio mediante impuestos y la regulación de su publicidad y comercialización) siguen siendo las acciones menos populares y menos adoptadas; la población general las ve como controles a su libertad individual, sin tener en cuenta que el consumo nocivo de alcohol afecta no solamente a la persona que lo consume sino a aquellas que no lo consumen, o lo consumen con moderación; vivir en sociedad requiere normas de convivencia y, tal como estamos aprendiendo cuando miramos hacia la historia de la salud pública, muchas veces tales normas se implementan o cambian mediante leyes y su inspección; no basta la propia voluntad de las personas para cambiar sus comportamientos.

Esta mirada se encuentra también influenciada por aquellos que tienen intereses comerciales en la producción, venta y distribución de bebidas alcohólicas. Para que una industria pueda expandirse tiene que vender cada vez más; pero en el

caso de las bebidas alcohólicas, cuanto más se vende y más se consume, más daños resultan de ello para el individuo y la salud pública. La regulación de la venta y el incremento de precios de las bebidas alcohólicas constituyen herramientas potentes para los gobiernos, que pueden generar mayores recaudaciones al tiempo que disminuye el consumo, y se economizan costes en el sistema de salud y de seguridad social. Y, con estas mismas medidas, las empresas ganan en incremento de la productividad. Los bares y otros locales que viven de la venta a consumidores excesivos deberían tener obligaciones con la seguridad pública; ya que las ventas a los que están visiblemente intoxicados o son menores de edad, la oferta de bebidas gratuitas y las promociones que buscan incrementar el consumo, deben ser vistas como medidas que también atentan a la salud pública, y comportar consecuencias para aquellos que violen las leyes de control de la disponibilidad. La población general, cuando está bien orientada sobre el valor de las medidas de incremento de precios y regulación de la venta, aprueba y apoya las mismas. Es decir, si hay voluntad política para la acción, es posible generar el apoyo necesario, entre distintos sectores, para la implementación de políticas efectivas con vistas a disminuir los daños del consumo en la salud pública.

Finalmente, la evidencia de que la exposición, principalmente de los jóvenes, a la publicidad y la promoción de las bebidas alcohólicas lleva a una iniciación más temprana y a un consumo excesivo ha sido documentada en varios estudios. La comercialización de bebidas alcohólicas no cuenta prácticamente con ninguna reglamentación gubernamental, existiendo solamente los códigos de auto-regulación de la industria, que son sabidamente inefectivos. El objetivo de la comercialización, en todas sus formas, es incrementar las ventas entre los que ya beben y atraer nuevos consumidores. Así que, mientras que desde el punto de vista comercial, la facilitación del comercio, entre países y dentro del país y para todos los productos, es una práctica globalizada, la protección de la salud pública continúa siendo obligación del Estado, que puede implementar restricciones al comercio de productos sabidamente nocivos para la salud, sin cometer una violación de las reglas de comercio nacionales o internacionales. Es decir, los países tienen autonomía para decidir el futuro de la salud de su población y equilibrar los distintos intereses en juego para llegar a una política integral que beneficie al mayor número de personas, pero especialmente a los más vulnerables.

## Mejora de los sistemas de salud

Para poder responder a la variedad de problemas y riesgos del consumo nocivo de alcohol, los sistemas de salud deben ser capaces de integrar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con problemas asociados a su consumo. La mayoría de las personas que generan problemas en los sistemas de salud no son dependientes del alcohol (Babor et al. 2010), fenómeno conocido como la "paradoja francesa". Si existe un número mucho mayor de personas que consumen alcohol en exceso de forma esporádica (aunque no sean dependientes), comparado con el número de personas que lo consume regularmente en exceso (sí devienen dependientes), la mayor proporción de los problemas sanitarios y sociales

viene de los no dependientes (con, por ejemplo, lesiones fatales y no fatales, absentismo, y violencia doméstica, problemas que también prevalecen entre los jóvenes). Por tanto, identificar a las personas que mantienen un consumo de riesgo, antes que sean dependientes, y poder intervenir para que reduzcan su consumo, es una medida preventiva eficaz que puede reducir la demanda futura de servicios especializados en salud mental, y economizar gastos en los servicios de emergencia, policiales y de la justicia, que resultan del consumo episódico excesivo. Además, como los servicios para las adicciones son pocos y muchas veces fuera del sistema general de salud, la mayoría de los dependientes nunca busca tratamiento (Monteiro 2009).

La identificación rápida y las intervenciones breves integradas en la atención primaria de la salud resultan efectivas pero su implementación en América Latina todavía no se ha hecho de manera amplia. Aunque los sistemas de salud centrados en la atención primaria se presentan como ideales para la promoción de la salud y la prevención de problemas crónicos, estos servicios y profesionales no cuentan con la preparación o el apoyo adecuados para cambiar su paradigma de atención (de curar enfermedades o vacunar, a aconsejar sobre estilos de vida vinculados con decenas de enfermedades crónicas). Pero la capacitación de los profesionales de salud no especializados (en adicciones) aunque necesaria no es suficiente; se precisan también cambios en la organización y cobertura de los servicios.

El consumo excesivo de alcohol se vincula a más de 60 enfermedades; por tanto, en todos los puntos de acceso a servicios de salud, sean ambulatorios, hospitalarios o hospitalizados sería posible integrar preguntas sobre el consumo y ofrecer intervenciones breves para los casos de riesgo. No podemos esperar a que la persona busque ayuda, ya que puede haber generado una dependencia durante años antes de ser consciente del problema, lo que comportará intervenciones más largas y costosas.

Además, los servicios de atención a los drogodependientes son muy débiles en gran parte de los países. Los modelos de auto-ayuda, gratuitos, necesitan ser valorados para que puedan aportar apoyo inmediato a las personas que quieran cambiar su comportamiento y ser complementarios a los servicios formales de tratamiento y rehabilitación.

La OPS ha dado apoyo para la capacitación y reorganización de los servicios de atención primaria en varios países de América Latina, tales como Argentina, Bolivia, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Guyana, República Dominicana, Panamá, Guatemala y Paraguay. Los países, de manera limitada, han replicado las capacitaciones y ampliado la oferta de servicios en atención primaria, pero todavía no existen evaluaciones de su impacto. Brasil cuenta también con un amplio programa de formación en línea que ha supuesto, en los últimos años, la capacitación de más de 20,000 profesionales de la salud (medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, asistencia social, etc.). México también ha expandido la oferta de servicios no especializados, empezando con un programa masivo de capacitación de los profesionales de la salud que trabajan a nivel comunitario.

Como las capacitaciones constituyen solamente una etapa de la reorganización y la ampliación de la oferta de servicios, y requieren de muchos recursos si se realizan de forma presencial, la OPS ha desarrollado cursos virtuales de autoaprendizaje para facilitar el trabajo. Los cursos pueden estar vinculados con iniciativas municipales, regionales o nacionales para la mejora de la oferta de los servicios. Los esfuerzos regionales y mundiales para la reforma de los servicios de salud mental e integración en la atención primaria incluye también el tema de la atención a los problemas del alcohol, de modo que existen otras iniciativas complementarias (OMS 2012). La voluntad política es, mientras tanto, necesaria para garantizar recursos y otros incentivos para promover un cambio en la atención del consumo excesivo, beneficiándose así toda la salud pública.

## Diseminación de la información

En 2007, la OPS publicó el primer informe regional sobre alcohol y salud pública (Monteiro 2007), con una compilación de las principales investigaciones en la región, tanto epidemiológicas como sobre la efectividad de políticas y programas. Se prepararon folletos informativos sobre políticas públicas, y sobre alcohol y violencia de género, que fueron diseminadas en toda la región. En 2011, la OPS publicó la traducción del libro "Alcohol; un producto de consumo no ordinario" (OPS 2010), segunda edición, con una revisión actualizada sobre la efectividad de las distintas intervenciones y políticas para el control de los problemas de alcohol. Dos informes mundiales de la Organización Mundial de la Salud sobre alcohol (2004 y 2011) contienen información por países sobre consumo, políticas y daños.

Finalmente, la OPS, más recientemente, ha diseminado información científica no solo a través de la red de contrapartes nacionales sino también mediante seminarios en línea abiertos a todos los/as interesados/as. En 2013, se organizaron seminarios sobre políticas de alcohol para los jóvenes (<http://bit.ly/11mr8cH>); monopolios estatales y su efectividad para la salud pública (<http://bit.ly/ZYOKIw>); celebración del mes de la concienciación sobre el alcohol, celebrado en Estados Unidos, con ponencias de varios expertos (<http://bit.ly/YWaVfD>). Los seminarios, siempre que sea posible, cuentan con traducción (inglés y español).

## Discusión

El camino a seguir para la reducción del consumo nocivo de alcohol en América Latina es relativamente bien conocido desde el punto de vista científico, y está basado en los centenares de estudios realizados alrededor del mundo (OPS 2010) y de las recomendaciones del comité de expertos de la OMS (OMS 2007). Caminarlo aún es una tarea difícil, con diversos obstáculos, que incluyen la limitación de recursos financieros y humanos, una información epidemiológica limitada aunque con ejemplos de buenas prácticas en la región, y con duras fuerzas de oposición al cambio, vinculadas principalmente a los intereses comerciales. Pero cada vez hay una mayor concienciación sobre la necesidad de cambiar la situación actual, para

proteger a niños y adolescentes, promover la salud de todos y tratar a aquellos que tengan problemas de dependencia. El proceso político para el cambio tiene que ser construido en cada país, con la participación de la sociedad civil, las ONGs y un conjunto de sectores del propio gobierno, para llevar a cabo un plan, o una política integral y efectiva, que cuente con recursos para ser implementada, monitorizada y fiscalizada, y tenga como resultado mayor salud para todos, consumidores y no consumidores, tanto en el presente como para las próximas generaciones.

Es importante tener siempre en cuenta los conflictos de intereses y utilizar la evidencia científica idónea; cuando no existen datos locales o nacionales para informar de forma que el camino a seguir sea el más coste-efectivo, las decisiones políticas y presupuestarias pueden estar basadas en el conocimiento existente a nivel mundial, replicado en diversos lugares y estudios. La innovación con bienes públicos debe ser con vistas al bien común y para evitar daños, ya que son los ciudadanos quienes pagan por dichas intervenciones.

## Referencias

- Babor, T. F., Stenius, K., Savva, S. y O'Reilly, J. (Eds.) (2009) *Publishing Addiction Science: a guide to the perplexed* (second edition). Brentwood, RU: Multi-Science Publishing Company Ltd.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K.,... Rossow, I. (2010) *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud (versión en inglés publicada por Oxford University Press, 2010)
- Center for Disease Control and Prevention (2013) *Global School-based Student Health Survey (GSHS)*. Atlanta,GA: Center for Disease Control and Prevention.
- Graham, K., Bernards, S., Munné, M. y Wilsnack, S. (Eds) (2008) *Unhappy hours: alcohol and partner violence in the Americas*, Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Klingemann, H. y Gmel, G. (2001) *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H.,... Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224-2260.
- Monteiro, M. (2007) *Alcohol y Salud Pública en las Américas; un caso para la acción. Organización Panamericana de la Salud*, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Monteiro, M. (2009) *Como Responder a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad*. En: J. Rodríguez (Eds.) *Salud Mental en la Comunidad, segunda edición* (pp. 297-310). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Obot, I. y Room, R. (Eds.) (2005) *Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2004) *Global status report on alcohol*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004a) Global school-based student health survey (GSHS). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/chp/gshs/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2007) *WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption. WHO Technical Report Series 944*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html)
- Organización Mundial de la Salud (2011) *Global status report on alcohol and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2012) *Guía de intervención mh-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de la salud no especializada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2012) *Salud en las Américas*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rehm, J. y Monteiro, M. (2005) Alcohol consumption and burden of disease in the Americas –implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*, 18 (4/5), 241–248.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H. M., Kehoe, T.,... Taylor, B. (2010) The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – An overview. *Addiction*, 105, 817–843.
- Rehm, J., Monteiro, M., Room, R., Gmel, G., Jernigan, D., Frick, U. y Graham, K. (2001) Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *Eur Addiction Res*, 7,138–147.
- Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D. y Frick, U. (2003) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur Addiction Res*, 9, 147–156.
- Taylor, B., Rehm, J., Caldera, J. T., Bejarano, J., Cayetano, C., Kerr-Correa, F.,... Wilsnack, S. (2007) *Alcohol, gender, culture and harms in the Americas*. : PAHO multicentric study final report. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.