

POLITICA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

PARAGUAY 2011

Autoridades

Dra. Esperanza Martínez

Ministra de Salud

Socióloga Liz Torres

Ministra de la Secretaria Nacional de la Niñez y Adolescencia

Dr. Carlos Filizzola

Ministro del Interior

Gral. de Brigada (R) Cecilio Pérez Bordón

Ministro de Obras Públicas y Comunicaciones

Opaci

Coordinación

Dra. Nilda Dalva Recalde Mora, directora del Programa Nacional de Control de Accidentes y Lesiones por Causas Externas, coordinadora del Observatorio de Violencia y Lesiones.

Equipo técnico responsable de la elaboración del documento

Dr. Manuel Ángel Fresco, director del Centro Nacional de Adicciones.

Lic. Graciela Barreto Castro, *Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.*

Richard Gómez, Ministerio del Interior.

Lic. Mario Pérez Espinoza, Ministerio del Interior.

Lic. Elisa Sánchez, Jefa del Dpto. de Estadísticas de la Policía Nacional.

Dra. Nilda Villalba, Centro Nacional de Toxicología.

Lic. Armando Villalba, Programa Nacional de Control de Accidentes, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Dr. Blas Imas, Ministerio Público, Fiscalía.

Abog. Justo Domínguez, Organización Paraguaya de Cooperación Intermunicipal (Opaci)

Luz Noelia Flores, Opaci.

Prof. Rosa Otazú, presidenta de Conacol y presidenta honoraria de la fundación Rafael Otazú.

Lic. Killy Moleda, vicepresidenta de la asociación Seguridad en las Rutas (SER).

Dr. Eduardo Petta San Martín, director de la Policía Caminera.

Cooperación técnica

Ing. Patricia Segurado, asesora técnica de la OPS/OMS, Paraguay.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción

Primera Parte

Conceptos generales asociados al consumo de bebidas alcohólicas

- 1. Historia del consumo de bebidas alcohólicas en las Américas
- 2. Dimensión del problema
- 3. Patrones de consumo
- 4. Costos relacionados al consumo de bebidas alcohólicas

Segunda Parte

Política nacional de consumo nocivo de bebidas alcohólicas

- 1. Definición
- 2. Objetivo general
- 3. Objetivos específicos
- 4. Estrategias integradas de la política de alcohol

Bibliografía

Anexos



INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas que rigen la fabricación, venta y consumo de alcohol y la respuesta social a los problemas relacionados con el alcohol son una obligación que debe ser establecida por el Estado y los gobiernos locales. Por lo tanto, en los tiempos actuales se hace necesario enfocar el consumo de alcohol como una prioridad del gobierno nacional, considerando que uno de los mayores problemas en el mundo lo constituyen las lesiones relacionadas al consumo irresponsable, inapropiado y abusivo del alcohol, siendo consideradas las de mayor impacto las relacionadas a las diferentes manifestaciones de la violencia y los accidentes de tránsito, todos relacionados con el alcohol, que no han sido adecuadamente atendidos en la región.

investigaciones, basadas Numerosas en evidencias, han demostrado que el consumo de alcohol y los patrones de ingesta en las Américas se hallan ya en niveles perjudiciales, superando las medias globales para muchos problemas relacionados con el alcohol. Además, han demostrado que el consumo perjudicial y peligroso del alcohol causa muerte prematura, enfermedades y discapacidad, como también muertes violentas, lesiones intencionales y no intencionales, particularmente en los jóvenes y, peor aún, a terceras personas que no son bebedoras.

En muchos países hay un significativo consumo de alcohol no registrado, y la producción y el consumo de alcohol registrado es alto y en niveles crecientes. El daño causado por el consumo nocivo

del alcohol es un problema para los países, y para la región de las Américas. A pesar de las diferencias culturales entre las naciones, crean una fuerte carga económica social, pues el alcohol interactúa con la pobreza, agravando la problemática para las poblaciones vulnerables como indígenas, migrantes, niños de la calle, embarazadas, entre otros, que sufren desproporcionadamente las repercusiones negativas del alcohol.

Las amenazas por el aumento de la disponibilidad y accesibilidad de las bebidas alcohólicas, acompañadas de una intensa publicidad, promoción y patrocinio del alcohol, llegan a los jóvenes, y están afectando a los esfuerzos para reducir y prevenir el consumo del alcohol en los menores de edad, creando esto serios problemas a la salud pública y a otras instancias involucradas.

Paraguay no escapa a la realidad existente tanto en la región como en otras partes del mundo y, conscientes de la existencia de evidencias irrefutables acerca de la efectividad de estrategias y medidas tendientes a reducir el consumo de alcohol y daños relacionados, los abordajes relacionados con el consumo nocivo del alcohol deben incluir diferentes modelos y estrategias para la reducción de daños sociales y a la salud.

Durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud A63/13, en el punto 11.10 del orden del día provisional del 25 de marzo de 2010, el Consejo adoptó la resolución EB126.R11, en la que recomendaba a la Asamblea de la Salud que hiciera

suya la estrategia mundial para urgir a los Estados miembros a que desarrollen, implementen y evalúen las estrategias y programas efectivos para reducir las consecuencias negativas a la salud y a la sociedad del consumo nocivo del alcohol.

Según la OMS/OPS, existen razones cruciales para considerar al alcohol una urgente prioridad de salud pública en las Américas, pues en esta región las estadísticas de morbilidad y mortalidad relacionada al alcohol, consumo y patrones de consumo del mismo y trastornos derivados de su uso han superado los promedios en relación al global.

El Ministerio de Salud tiene un papel crucial que desempeñar en la concertación con los demás ministerios y secretarías de gobierno, además de las partes interesadas, para formular y aplicar eficazmente las políticas.

También debe velar porque la planificación y la aplicación de las estrategias e intervenciones de prevención y tratamiento se coordinen con las correspondientes a otros problemas de salud conexos de alta prioridad para la salud pública, como el consumo ilícito de drogas, las enfermedades mentales, la violencia y los traumatismos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la tuberculosis y el VIH/sida.

Las razones expuestas justifican la elaboración de esta política nacional del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

CONCEPTOS GENERALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Historia del consumo de bebidas alcohólicas en las Américas

Las bebidas alcohólicas eran conocidas y utilizadas en la región antes del contacto con la expansión imperial europea de los últimos 500 años. Durante la mayor parte de los varios milenios que conforman su historia, se han producido bebidas alcohólicas principalmente a nivel doméstico o en comunidades pequeñas, utilizando materias primas y métodos locales transmitidos de generación en generación.

Estas bebidas, producidas de granos, frutos u otros materiales orgánicos, casi siempre eran fermentadas y contenían un bajo porcentual de etanol. Incluían vino, cerveza, sidra, aguamiel y una variedad de otras bebidas producidas en cada región. La cerveza, la sidra, la chicha y el aguamiel no podían ser guardados durante mucho tiempo y los medios de transporte para su distribución eran limitados.

Por lo tanto, lo que se producía generalmente se consumía pronto a nivel local. En su mayor parte, las bebidas no se vendían en el mercado. Se consumían en el hogar y se regalaban como signo de generosidad u hospitalidad, o se compartían en festivales comunitarios y dentro de círculos locales de intercambio, para celebrar la finalización de las cosechas o de algún proyecto de trabajo conjunto.

Dimensión del problema

Uno de los mayores problemas sociales y de salud pública en el mundo lo constituyen las lesiones relacionadas al consumo irresponsable, inapropiado y abusivo de bebidas alcohólicas.

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas está relacionado con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro 2005), que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. Estos problemas traspasan la barrera de la salud pública y se convierten en problema social.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo nocivo de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.

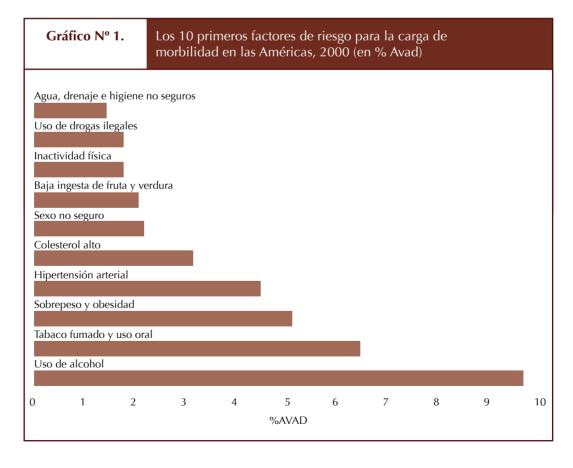
El consumo de bebidas alcohólicas también está asociado con comportamientos de alto riesgo, como sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. Además, conlleva un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia de la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. Los estudios sugieren una asociación entre consumo de alcohol y VIH/sida (Matos et al. 2004; Stein et al. 2005; Stueve y O'Donell 2005).

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

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

Se estima que el 5,4% de todas las muertes en las Américas registradas en 2002 fueron atribuibles al consumo nocivo de bebidas alcohólicas, en comparación con la cifra mundial de 3,7% (Rehm et al. 2006), es decir, 68% más que el promedio mundial. El 50,5% de las muertes se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales) (Rehm et al. 2006).

En cuanto a factores de riesgo que son causas de morbilidad en América, se tiene al alcohol en primer lugar, considerando en porcentaje de años de vida asociados a discapacidad (Avad).



Patrones de consumo

El consumo de bebidas alcohólicas en las Américas es aproximadamente 50% mayor que el promedio mundial. En 2002, el consumo de bebidas alcohólicas per cápita en las Américas fue de un promedio de 8,5 litros, comparado con la media global de 6,2 litros (Rehm et al. 2006). Sin embargo, en la preferencia de bebidas, el consumo de vino ha declinado de manera dramática, en cambio el de cerveza tuvo un aumento substancial y el consumo de licores destilados también presenta un incremento significativo. Se estima que en la mayoría de los países latinoamericanos

entre el 11% y el 55% del consumo de alcohol no está registrado (OMS 2004).

Paraguay es un gran consumidor de bebidas alcohólicas y las leyes referentes a la venta y consumo de estos productos si bien existen, no son respetadas en su totalidad, lo cual incrementa el riesgo de producirse lesiones.

El consumo de bebidas alcohólicas es diverso en los países de la región, y se refiere a dos dimensiones distintas de consumo: volumen promedio y patrones de consumo, como se puede ver en la tabla siguiente.

Trafico N ^o			enes escolares de 14 a pricanos selectos, 2001	
País	Género	Uso durante la vida	Uso en el año anterior	Uso en el mes anterio
Venezuela	Mujeres	63.1%	42.8%	23.1%
	Hombres	68.2%	49.4%	27.8%
	Total	65.6%	45.9%	25.4%
México*	Mujeres	46%	-	35.2%
	Hombres	45.8%	-	35.1%
	Total	45.9%	-	35.2%
Panamá	Mujeres	63.7%	43.8%	27.2%
	Hombres	63.9%	46.7%	31.0%
	Total	63.8%	45.2%	28.8%
Guatemala	Mujeres	47.9%	27.7%	13.3%
	Hombres	53.9%	34.4%	19.3%
	Total	50.5%	30.6%	15.8%
Nicaragua	Mujeres	53.6%	32.3%	16.0%
	Hombres	65.7%	44.3%	26.1%
	Total	59.0%	37.7%	20.5%
Uruguay	Mujeres	77.1%	65.3%	48.2%
	Hombres	79.4%	68.9%	52.5%
	Total	78.2%	67.0%	50.1%
Paraguay	Mujeres	60.8%	49.0%	40.0%
	Hombres	58.7%	48.1%	40.4%
	Total	59.8%	48.6%	40.0%
Brasil	Mujeres	70.3%	68.8%	48.3%
	Hombres	68.4%	66.2%	47.8%
	Total	69.3%	67.4%	48.0%
Colombia	Mujeres	74.2%	63.1%	49.0%
	Hombres	79.1%	68.4%	55.3%
	Total	76.4%	65.4%	51.9%
Chile	Mujeres	69.5%	59.2%	40.2%
	Hombres	66.8%	54.6%	40.2%
	Total	68.1%	56.9%	40.1%
Bolivia	Mujeres	34.0%	22.7%	13.7%
	Hombres	44.3%	30.9%	19.3%
	Total	39.0%	26.7%	16.4%
Ecuador	Mujeres	58.0%	39.8%	25.3%
	Hombres	63.3%	43.7%	30.9%
	Total	60.5%	41.7%	28.0%
Perú	Mujeres	47.2%	35.0%	23.2%
	Hombres	65.7%	40.1%	28.6%
	Total	59.0%	37.5%	25.9%
Argentina	Mujeres	62.3%	50.0%	42.0%
	Hombres	65.7%	56.6%	46.0%
	Total	59.0%	53.0%	42.2%

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

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

DATOS COMPARATIVOS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE 10 PAÍSES DE LA REGIÓN, INCLUYENDO A PARAGUAY

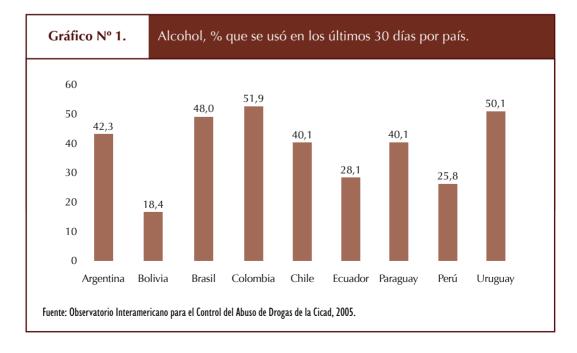
La Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (Onudd), el Observatorio Interamericano sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad) de la Organización de Estados Americanos (OEA) y las comisiones gubernamentales encargadas del tema drogas en los países que son parte de este informe presentaron el Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Por una parte, seis de estos países son parte de un proyecto subregional de Onudd con apoyo de la Cicad, los que, mediante el consenso y en sucesivas reuniones técnicas, adaptaron metodologías que permitieran la comparación de los resultados con rigor científico.

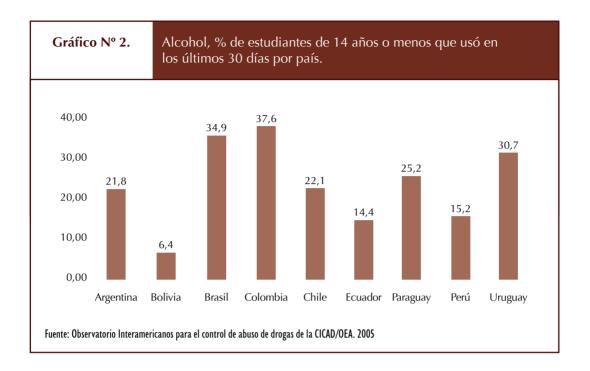
Adicionalmente, los otros tres países, usando metodologías equivalentes, fueron incorporados a este reporte. Así, los

resultados de este estudio dan cuenta de la magnitud del consumo de drogas y algunos factores asociados en la población de estudiantes secundarios, cuyas edades se encuentran mayoritariamente entre los 14 y los 17 años.

El alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes secundarios, según los nueve países en que se realizó esta investigación (gráfico 1). La mayor tasa de consumo actual o prevalencia de último mes de alcohol la registra Colombia, con 51,9%, seguido de Uruguay, con 50,1%, es decir, 1 de cada 2 estudiantes ha consumido alguna bebida alcohólica en el último mes previo al estudio. En ambos países el uso actual de alcohol es más alto con relación a los otros países, tanto en hombres como en mujeres.

En Colombia y Brasil el uso de alcohol en estudiantes es más precoz con relación a los demás países, presentando tasas de consumo de 37,6% y 34,9%, respectivamente, en alumnos de 14 años de edad o menores (gráfico 2). El menor uso actual de alcohol lo registran los estudiantes de Bolivia, con 16,4%, donde el uso precoz es también el más bajo, con 6,4%.





Las prevalencias-año de marihuana en Colombia son de 1,4% entre quienes no beben alcohol y ascienden a 18,4% entre los bebedores. En todos los países las prevalencias- año de marihuana, pasta base y cocaína aumentan vertiginosamente entre aquellos estudiantes que también bebieron alcohol en el mismo periodo.

El consumo excesivo episódico¹¹ es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la región, y el patrón de ingesta promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es de riesgo para la salud.

En la siguiente tabla se tiene la exposición al alcohol en países de América según sus características económicas en el año 2002, y se observa que el consumo per cápita en Paraguay es de 5,3 lts., existiendo un promedio de 3512 consumidores en un rango de edad de 15 años en adelante, con predominio del sexo masculino y un consumo de riesgo de 3/4 (es decir, de cada 4 personas que consumen alcohol, 3 son consumidores de riesgo).

¹ Consumo excesivo episódico: se define como cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión (o por un periodo de dos horas) para el hombre, y cuatro o más tragos estándar para la mujer, siendo un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección, enfermedades de transmisión sexual y VIH (Obot y Room 2005).

Medición de los patrones de consumo: se pueden estimar los patrones de consumo en base al riesgo asociado de daño. Un modelo de medición adoptado por la OMS, y utilizado en análisis previos, se basa en un rango de puntuaciones de 1 a 4, donde 4 representa el patrón más masivo, reflejando altas frecuencias de ocasiones de ingesta intensa, beber entre comidas y en lugares públicos.

Gráfico Nº 2.

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

D (/ 1 ·);		Consumo	Patrones	% abstemios		Consumo	DID	PPA per	Población
País(clasificación OMS)	Consumo per cápita¹		de consumo	Hombres	Mujeres	per cápita por bebedor⁴	PIB per cápita \$⁵	cápita PIB \$16	de 15 años y mayor en 1000
Argentina (B)	10,5	2,0	2	9	26	12,8	6453	10.134	27.331
Barbados (B)	7,0	-0,5	2	29	70	14,1	9176	14.716	214
Belice (B)	8,6	2,0	4	24	44	13,0	3429	6337	156
Bolivia (D)	6,34	3,0	3	24	45	9,7	1012	2403	5276
Brasil (B)	8,8	3,0	3	13	31	11,3	3560	7480	127.411
Canadá (A)	9,8	2,0	2	18	26	12,5	23.950	28.155	25.516
Chile (A)	8,8	2,0	3	22	29	11,9	5089	9432	11.569
Colombia (B)	7,8	2,0	3	5	21	8,9	1977	6243	29.554
Costa Rica (B)	7,7	2,0	3	33	66	15,1	4208	8454	2852
Cuba (A)	4,5	2,0	2	29	70	9,0	-	-	8915
Ecuador (D)	7,2	5,4	3	41	67	15,7	1353	3402	8407
El Salvador (B)	5,6	2,0	4	9	38	-	2128	4727	4243
Estados Unidos (A)	9,6	1,0	2	34	54	17,2	34.789	34.430	228.220
Guatemala (D)	3,8	2,0	4	49	84	11,5	1683	3903	6582
Guyana (B)	5,9	2,0	3	20	40	8,5	961	4111	523
Haití (D)	7,5	0,0	2	58	62	18,8	470	1663	4967
Honduras (B)	4,7	2,0	4	72	84	21,4	921	2515	3992
Jamaica (B)	3,9	2,0	2	38	61	7,8	2904	3548	1767
México (B)	6,5	1,8	4	36	65	13,2	5806	8798	69.336
Nicaragua (D)	3,6	1,0	4	12	50	5,2	769	3098	3057
Paraguay (B)	5,3	1,5	3	9	33	6,6	1445	4490	3512
Perú (D)	9,9	5,9	3	20	29	13,1	2085	4820	17.761
República Dominicana (B)	7,5	1,0	2	12	35	9,7	2481	6682	5617
Surinam (B)	6,2	0,0	3	30	55	-	2216	-	302
Trinidad y Tobago (B)	4,3	0,0	2	29	70	8,7	6689	9234	991
Uruguay	9,8	2,0	3	25	43	14,9	5137	7474	2557
Venezuela	9,0	2,0	3	19	39	12,7	4377	5259	17.072

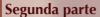
Costos relacionados al consumo de bebidas alcohólicas

Otra faceta del consumo nocivo de bebidas alcohólicas es el inmenso gasto que conlleva, especialmente en lo relacionado a la morbilidad y mortalidad. El análisis de los costos ocasionados por el uso nocivo del alcohol indica que son mucho mayores que las ganancias que generan. En países de altos ingresos, como Canadá, se gastaron más de 2000 millones de dólares canadienses tan sólo en costos de atención a la salud, en 2002, por problemas relacionados con el alcohol (Taylor et al. 2007), lo que es pre-

ocupante pensando en la relación con los países de bajo ingreso de la región, donde se carece de estudios similares para determinarlos.

La carga económica de la violencia relacionada con el alcohol sobre las instituciones de salud y de justicia penal es inmensa. Recluir y tratar a delincuentes y víctimas de violencia derivada del consumo de bebidas alcohólicas es costoso y desvía recursos pertenecientes a otros temas de salud y justicia.

El país requiere de mayores investigaciones que permitan obtener evidencias sobre los costos sociales que implica el consumo nocivo del alcohol.



POLÍTICA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Definición

La política nacional de prevención del consumo nocivo de bebidas alcohólicas es la acción del gobierno, refrendada a través de un decreto, para prevenir las consecuencias perjudiciales derivadas de este hecho y asegurar el acceso al tratamiento y rehabilitación.

Establecer una política sobre consumo de bebidas alcohólicas en Paraguay no es una tarea fácil, sobre todo a la hora de ponerla en práctica, debido a diferentes motivos, tanto culturales como estructurales, muy arraigados en la población. No obstante, las estrategias deberían estar referidas a:

- La disponibilidad de bebidas alcohólicas;
- la demanda de bebidas alcohólicas;
- respuestas apropiadas para solucionar los daños causados por bebidas alcohólicas;
- la necesidad de desarrollar mecanismos para facilitar y sostener esfuerzos para reducir el daño asociado con el consumo de bebidas alcohólicas.

Objetivo general

Disminuir el impacto negativo del consumo nocivo del alcohol en la sociedad paraguaya

Objetivos específicos

- Establecer estrategias tendientes a prevenir el consumo nocivo de bebidas alcohólicas.
- Minimizar las consecuencias y asegurar el acceso al tratamiento y rehabilitación.

Estrategias integradas de la política de alcohol

Primera estrategia

Aumentar la concientización y el compromiso político

A nivel nacional

- Designar un día específico de sensibilización sobre uso nocivo del alcohol a nivel nacional.
- Promover los eventos de apoyo para aumentar la concientización sobre el impacto del consumo nocivo de alcohol y respuestas de políticas eficaces. Involucrar a otros sectores relevantes, incluyendo a las autoridades judiciales y del Ministerio Público, para aumentar la concientización sobre el consumo nocivo de alcohol. Conformar una red nacional con

- contrapartes municipales para el intercambio de información, monitoreo y evaluación del plan nacional.
- Aumentar la movilización de recursos para las actividades nacionales, departamentales y municipales.

Segunda estrategia

Mejorar la base de conocimiento sobre la magnitud de los problemas y la eficacia de las intervenciones

A nivel nacional

- Compilar y difundir información al público sobre las consecuencias sociales y de la salud por el consumo nocivo de alcohol.Promover la investigación evaluando la relación entre el consumo nocivo de alcohol en general, el consumo excesivo en particular y las consecuencias adversas sociales y de la salud.
- Utilizar datos existentes, incluyendo datos sobre la producción y venta, así como de los sistemas de atención de la salud y del orden público, para mejorar el conocimiento sobre las tendencias en el consumo, patrones de consumo y daños.
- Promover la investigación en áreas prioritarias para la salud pública relacionadas con el consumo de alcohol, como consumo de alcohol en la población general; patrones de consumo; producción ilegal o informal de alcohol; costos del consumo nocivo de alcohol para la sociedad; eficacia de las intervenciones de salud pública para reducir el consumo nocivo de alcohol; comercialización de bebidas alcohólicas; alcohol y desarrollo infantil, incluyendo trastornos del espectro alcohólico fetal;

- alcohol y enfermedades infecciosas, particularmente VIH/sida y tuberculosis; efectos del consumo de alcohol en personas distintas al consumidor, incluyendo su impacto en los niños, mujeres y quienes son lesionados por los consumidores; alcohol y factores determinantes de la salud; consumo de alcohol entre indígenas, jóvenes y otros grupos de alto riesgo.
- Promover en los medios el conocimiento sobre los riesgos del consumo nocivo del alcohol y su impacto en la salud pública basado en evidencia científica.
- Promover investigaciones relacionadas al uso y abuso del alcohol en los niveles de grado y posgrado de las universidades e institutos.

Tercera estrategia

Aumentar el soporte técnico para el desarrollo de las estrategias a nivel nacional, departamental y municipal

- Crear una comisión en el ámbito del Mercosur que posibilite la negociación y unificación de criterios a nivel regional para la prevención del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.
- Desarrollar cursos de capacitación sobre el alcohol y la salud pública.
- Generar una base de información estandarizada de conocimiento nacional sobre el desarrollo de políticas y programas para el alcohol orientados a la salud pública. Cooperar técnicamente con los municipios en el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a la reducción del consumo nocivo del alcohol.
- Desarrollar programas de prevención escolar de las adicciones con énfasis en el consumo de alcohol.

1. Liderazgo, concientización y compromiso

- Designar al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para coordinar las actividades y reportar mecanismos a los demás sectores del gobierno, con otros interesados y con la OPS/OMS.
- Desarrollar un plan nacional de acción para la implementación de las estrategias nacionales, acorde a los indicadores y objetivos recomendados por la OMS/OPS.
- Fortalecer el Programa Nacional de Control de Accidentes y Lesiones de Causas Externas (PNCALCE) para desarrollar y actualizar la política sobre alcohol orientada a la salud.
- Establecer mecanismos legales y financieros para dedicar una parte del ingreso de impuestos para apoyar la investigación, prevención y reducción del daño relacionado con el alcohol.
- Dar apoyo a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la reducción del consumo nocivo de alcohol.
- Involucrar a todos los organismos del gobierno en el desarrollo e implementación de respuestas para prevenir y responder al consumo nocivo de alcohol.

2. Respuesta de los servicios de salud

- Desarrollar y apoyar la introducción e implementación de programas de tratamiento de intervención breve.
- Desarrollar la capacidad de los proveedores del cuidado de la salud para mejorar la detección, prevención y tratamiento del consumo nocivo de alcohol. Permitir un fácil

- acceso a programas de intervención temprana, tratamiento y rehabilitación para personas con problemas relacionados con el alcohol y apoyo para sus familias.
- Desarrollar y apoyar la introducción e implementación de las especializaciones adecuadas para abordar el daño relacionado con el alcohol en el sistema del cuidado de la salud, considerando las *Normas mínimas* de atención al usuario de drogas.

3. Acción de la comunidad

- Promover la organización y movilización de la comunidad para el desarrollo de acciones locales dirigidas a la reducción del consumo nocivo de alcohol.
- Ofrecer capacitación al sector del orden público sobre cómo prevenir y responder a los problemas relacionados con el alcohol. Ofrecer ambientes de apoyo en las escuelas, comunidades y otros entornos sociales que protegen a las personas del consumo nocivo de alcohol, que comprenden programas de apoyo familiar, a la comunidad y al sistema escolar y un mayor acceso a bebidas no alcohólicas.
- Ofrecer capacitación en el sector de venta, expendio y comercio al menudeo para el servicio responsable de alcohol, incluyendo la exigencia del cumplimiento con la edad mínima legal para la venta de bebidas alcohólicas.
- Apoyar a organizaciones civiles, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales relevantes, para prevenir, identificar y responder eficazmente a las consecuencias negativas sociales y de salud por el consumo nocivo de alcohol.

 Establecer mecanismos para denuncia ciudadana sobre incumplimiento de las normativas sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas

4. Políticas y contramedidas sobre el manejo en estado de ebriedad

- Dar cumplimiento a las legislaciones vigentes al respecto², en línea con las mejores prácticas internacionales; establecer tolerancia cero en el nivel de alcohol en la sangre para infracciones por manejo de vehículos.
- Establecer puntos de chequeo de sobriedad desarrollando y exigiendo, cuando sea adecuado, un sistema de prueba de alcohol en la sangre frecuente y aleatorio³.
- Desarrollar mecanismos de cumplimiento del sistema de suspensiones o revocaciones administrativas de licencias de conducir para asegurar consecuencias rápidas y eficaces para quienes sean sorprendidos manejando bajo los efectos del alcohol.

5. Disponibilidad de alcohol

- Establecer y exigir una edad legal mínima para la compra y venta de bebidas alcohólicas y una prohibición en la venta de alcohol a personas intoxicadas.
- Difundir y hacer cumplir a nivel país la ley 1642/00 vigente, que prohíbe tanto el expendio como el suministro gratuito de bebidas alcohólicas a menores de 20 años.
- 2 La resolución Nº 51/09 de la Policía Caminera establece tolerancia O para conducción y consumo de alcohol en las rutas del país. La Municipalidad de Asunción homologó dicha disposición a su área de influencia, como también la de Encamación
- 3 Por resolución de la Policía Caminera se da como positivo al conductor que es sometido al control rutero o produce un accidente y se niega a la prueba de alcotest.

- Fortalecer la legislación vigente que permita la regulación de la venta de alcohol para limitar los lugares y horarios en que se pueden vender bebidas alcohólicas.
- Revisión y actualización de medidas técnicas para el registro y autorización de bebidas alcohólicas.
- Impulsar que los municipios fortalezcan su sistema de inspección de establecimientos comerciales y comunitarios de expendio de bebidas alcohólicas, principalmente a menores de edad.
- Fomentar la implementación de programas, proyectos y actividades que creen conciencia y motiven acciones sobre educación y salud referentes a la edad mínima para el consumo de alcohol, en resguardo de niñas, niños y adolescentes.

6. Comercialización de las bebidas alcohólicas

- Fortalecer las instituciones gubernamentales responsables de hacer cumplir las reglamentaciones de comercialización.
- Establecer estándares mínimos para la producción de bebidas alcohólicas para asegurar que las bebidas alcohólicas que se producen e importan cumplan con los requerimientos de seguridad en bebidas y que se prohiban o controlen estrictamente las bebidas alcohólicas elaboradas y destiladas en casa.
- Capacitar a propietarios y empleados de locales de expendio y consumo de bebidas alcohólicas a prevenir y controlar la violencia.

- Controlar la venta de alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.
- Desarrollar e implementar planes de comunicación sobre los peligros de la accesibilidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas al margen de la ley.
- Fortalecer el área de control de publicidad en el MSPyBS.
- Promover convenios con empresas elaboradoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas, para el consumo responsable del mismo.

7. Políticas de precios

- Revisar el sistema tributario para el alcohol como un mecanismo eficaz para disminuir el consumo nocivo del alcohol.
- Considerar los impuestos a las bebidas alcohólicas en base a su contenido de alcohol y que un porcentaje de ellos se utilice para la educación ciudadana.
- Promover las investigaciones que generen evidencias científicas de la relación entre el negocio de las bebidas alcohólicas y la salud.

8. Reducción de las consecuencias negativas de la ingestión de alcohol e intoxicación alcohólica

- Prohibir la promoción del consumo nocivo de alcohol en bares y restaurantes y otros lugares públicos, así como en parques, calles, playas, durante encuentros deportivos y otras actividades de ocio.
- Revisar el marco legal relacionado a violencia y consumo de alcohol.

10. Monitoreo y vigilancia

- Asegurar que a todas las acciones bajo la política nacional se les dé el seguimiento y evaluación debidos, fortalecer el sistema de información nacional sobre alcohol para la recopilación y análisis de datos sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias de salud y sociales.
- Incorporar indicadores del consumo nocivo de alcohol en el sistema central de información nacional.
- Vigilar las tendencias del consumo de alcohol, los daños atribuibles al alcohol y las respuestas de la sociedad, así como el análisis de esa información y la facilitación de su oportuna difusión para las acciones a ser implementadas a nivel nacional.

Cuarta estrategia

Fortalecer la cooperación

- Establecer mecanismos nacionales sustentables para una cooperación gubernamental intersectorial e interinstitucional adecuada para asegurar una coordinación e implementación eficaz de la política y en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol y el comercio nacional e internacional.
- Establecer mecanismos para que las agencias del orden público apliquen de manera adecuada y efectiva las reglamentaciones de las bebidas alcohólicas.

BIBLIOGRAFÍA

Babor, T., Caetano, R. Evidence-based alcohol policy in the Americas, Rev. Panam. De Salud Pública/Pan. Am. J. of Public Health, 2005; 18 (4/5).

Babor, T., Caetano, P., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. Alcohol: no ordinary commodity. Oxford University Press, 2003.

Berenzon, S., Romero, M., Tiburcio, M., Medina-Mora, ME, Rojas, E. Riesgo asociado al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. Salud Mental, México, 2007; 30(1):31-38.

Borges, G., Tapia, CR, López, CM, Medina-Mora, ME, Pelcastre, B., Franco, MF. Alcohol consumption and pregnancy in the national addiction survey. Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro, Brazil, abril-junio de 1997;13(2):205-211.

Borges, G., Cherpitel, C., Mittleman, M. Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. Social Science and Medicine, 2004; 58:1191-1200.

Borges, G., Cherpitel, C., Orozco, R., Bond, J., Ye, Y., MacDonald, S., et al. Multicenter study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Bulletin of the World Health Organization, 2006; 84(6):453-460.

Caetano, R., Laranjeiras, R. A "perfect storm" in developing countries: economic growth and the alcohol industry. Addiction, 2006; 101:149-152.

Caetano, R., Monteiro, M. The first pan american conference on alcohol policies and its significance for the region (editorial), Addiction, 2006; 101:765-767.

Carlini-Cotrim, B., Gouveia, N., Carvalho, CG. Comportamentos de saúde e consumo de risco de álcool entre jovens estudantes da cidade de São Paulo. Informe de investigación presentado ante la Fapesp, São Paulo, 2006.

Carvalho, CG. Alcohol and external causes: an emergency room study. Preliminary results of a Master Dissertation at PreventiveMedicine Department at University of São Paulo, School of Medicine. Presentado ante el 13 Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Drogas, Rio de Janeiro, agosto de 1999.

Centro de Documentación e Información del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace). Estudio sobre uso de drogas en consultantes de seis servicios de urgencia, 2001.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). La inversión extranjera en América Latina y el Caribe, 2005 (LC/6 2309 p/l, 244).

Cherpitel, CJ., Ye, Y., Bond, J. Attributable risk of injury associated with alcohol use: crossnational data from the emergency room collaborative alcohol analysis project. America Journal of Public Health, 2005; 96:266-272.

Cherpitel, CJ., Ye, Y., Bond, J., Rehm, J., Cremonte, M., Neves, O., et al. The effect of alcohol consumption on emergency department services use among injured patients: a crossnational emergency room study. Journal of Studies on Alcohol, 2006; 67:890-897.

Consejo Nacional contra las Adicciones. Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, México, 2002.

Leadership to keep children alcohol free. 3 de marzo de 2005. Portal de internet: http://www.alcoholfreechildren.org/en/emplibrary/ICCPUD_Report_42004.pdf.

En prensa. Duailibi, S., Ponicki, W., Grube, J., Pinsky, I., Laranjeira, R., Raw, M. Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? American Journal of Public Health.

Preliminary results of a Master Dissertation at University of São Paulo School of Medicine. Presentado ante el 13° Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, Rio de Janeiro, Agosto, 1999.

Gender and alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. Revista Panamericana de Salud Pública, 2002;12(1):59-62.

Gutiérrez, R. Bases de datos sobre estadísticas de alcohol. Centro de Información sobre Alcohol. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Mexico City, México: 1996.

Hall, RL. Alcohol treatment in american indian populations: an indigenous healing treatment modality compared to traditional approaches. In TF Babor (ed). Alcohol and culture.

Jacobson, J., Jacobson, S. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. Alcohol Research and Health, 2002; 26(4):282-285.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, JM., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, JJ., et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública, 2005; 18(4/5):229-40.

Matos, TD., Robles, RR., Sahai, H., Colon, HM., Reyes, JC., Marrero, CA., et al. HIV risk behaviours and alcohol intoxication among injection drug users in Puerto Rico. Drug Alcohol Depend, 2004; 76:229-34.

MacDonald, S., Cherpitel, C., De Souza, A., Stockwell, T., Borges, G., Giesbrecht, N. Variations of alcohol impairment in different types, causes and contexts of injuries: results of emergency room studies from 16 countries. Accident Analysis & Prevention, 2006; 38(6):1107-1112.

Vasquez. L. Alcohol in Latin America, regional developments on use, abuse, related problems and control of alcohol related harm: a review. Manuscrito preparado para la OMS, 2005.

Monteiro, M., Levav, I. EU alcohol policies and free trade: consequences beyond its borders (comment). Lancet 368: 580 (documento inédito).

NHTSA. Traffic safety facts: alcohol related fatalities in 2004. Washington, DC, USA. 2006 [DOT HS 809 904].

Obot, I., Room, R. Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries. OMS, 2005.

OPS. Alcohol y salud de los pueblos indígenas, Washington DC: OPS; 2006.

OMS. World Mental Health Survey Consortium. Medina-Mora, ME; Borges, G.; Lara, M.C.: "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health". Organization World Mental Health Surveys. JAMA, 2004; 291(21):2581-2590.

OMS. Indigenous peoples and substance use project 1996; Geneva: Who (WHO/PSA/96.15).

OrMS. Global status report: alcohol and young people 2001. Ginebra: OMS; 2001.

OrMS. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Global status report on alcohol 2004. Ginebra: OMS; 2004a.

OMS. World report on road traffic injury prevention 2004. Ginebra: OMS; 2004b.

OMS. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence 2004; Ginebra: OMS, 2004c.

OMS. Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries, 2005. Ginebra: OMS.

OMS. Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners, 2007.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, 2006.

Estudio nacional consumo de drogas en hogares paraguayos, prevalencia, factores de riesgo y prevención, Senad, 2004.



RESOLUCIÓN 58° DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (WHA58.26)

Punto 13.14 del orden del día 25 de mayo de 2005

Problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol

La 58^a Asamblea Mundial de la Salud,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo debidamente en cuenta las sensibilidades religiosas y culturales de un número considerable de Estados Miembros respecto del consumo de alcohol, y subrayando que en la presente resolución el uso de la palabra «perjudicial» se refiere solamente a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales,

1. PIDE a los Estados Miembros:

- 1) que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias negativas sobre la salud y la sociedad del uso perjudicial del alcohol;
- 2) que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del uso perjudicial del alcohol;
- 3) que respalden la labor que se solicita más adelante al Director General, inclusive, si fuera necesario, mediante la aportación de donativos por los Estados Miembros interesados.

2. PIDE al Director General:

- 1) que refuerce la capacidad de la Secretaría para prestar asistencia a los Estados Miembros en la vigilancia de los daños relacionados con el alcohol y fortalezca las pruebas empíricas y científicas de la eficacia de las políticas;
- 2) que estudie la posibilidad de intensificar la cooperación internacional para reducir los problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol y movilice los apoyos necesarios a nivel mundial y regional;

- 3) que examine también la posibilidad de realizar nuevos estudios científicos sobre distintos aspectos del posible impacto del consumo de alcohol en la salud pública;
- 4) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre las estrategias e intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir los daños relacionados con el alcohol, incluyendo una evaluación completa de los problemas de salud pública causados por el uso perjudicial del alcohol;
- 5) que formule recomendaciones sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol y que elabore instrumentos técnicos que ayuden a los Estados Miembros a aplicar y evaluar las estrategias y programas recomendados;
- 6) que refuerce los sistemas de información mundiales y regionales mediante la recopilación y el análisis de nuevos datos sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales y para la salud, proporcionando asistencia técnica a los Estados Miembros y el fomento de las investigaciones cuando se carezca de esos datos;
- 7) que promueva y apoye las actividades mundiales y regionales destinadas a identificar y tratar los trastornos relacionados con el uso del alcohol en el marco de la asistencia de la salud, así como aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para hacer frente a los problemas asociados a los hábitos perjudiciales de consumo de alcohol que presenten sus pacientes;
- 8) que colabore con los Estados Miembros, las organizaciones intergubernamentales, los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas pertinentes, con el fin de fomentar la aplicación de políticas y programas eficaces destinados a reducir el consumo perjudicial de alcohol;
- 9) que organice reuniones consultivas abiertas con representantes de los sectores industrial, agrícola y comercial con el fin de limitar las repercusiones del consumo perjudicial de alcohol en la salud;
- 10) que informe a la 60^a Asamblea Mundial de la Salud, a través del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en el cumplimiento de la presente resolución.

Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 A58/VR/

63° ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A63/13

Punto 11.10 del orden del día provisional 25 de marzo de 2010

Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial Informe de la Secretaría

1. En su resolución WHA61.4 (Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol), la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que presentara a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

La Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a que colaboraran con la Secretaría en la elaboración de un proyecto de estrategia mundial, y además pidió a la Directora General que colaborara y realizara consultas con los Estados Miembros, y que consultara a las organizaciones intergubernamentales, los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y los operadores económicos sobre el modo en que podrían contribuir a la reducción del uso nocivo del alcohol.

- 2. La Secretaría ha elaborado una estrategia mediante un proceso de colaboración amplio e integrador con los Estados Miembros. En esa tarea tuvo en cuenta los resultados de las consultas celebradas con otros interesados sobre la manera en que podían contribuir a la reducción del uso nocivo del alcohol. El proyecto de estrategia se basa en las mejores prácticas existentes y en los datos disponibles demostrativos de la eficacia y la costo eficacia de las estrategias y las intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol; esos datos se resumen en el anexo 1.
- 3. El proceso de consulta dio comienzo con una audiencia pública celebrada a través de la web del 3 de octubre al 15 de noviembre de 2008, que ofreció a los Estados Miembros y otras partes interesadas la oportunidad de presentar propuestas sobre la manera de reducir el uso nocivo del alcohol. En noviembre de 2008 se organizaron en Ginebra dos mesas redondas, una con organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud y otra con operadores económicos, a fin de recabar opiniones sobre la forma en que esos interesados podrían contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol. Posteriormente se celebró una consulta con algunas organizaciones intergubernamentales (Ginebra, 8 de septiembre de 2009).
- 4. La Secretaría comenzó la labor relacionada con el proyecto de estrategia preparando un documento de trabajo para proseguir las consultas con los Estados Miembros. Ese documento se elaboró sobre la base de los debates celebrados por los órganos deliberantes de la OMS y en varias reuniones de comités regionales, así como de las conclusiones de esos órganos relacionadas con esferas conexas, como las enfermedades no transmisibles, la salud mental, la violencia y la prevención de los traumatismos, el cáncer, la familia y la salud comunitaria, los determinantes sociales de la salud, el VIH/sida y el comercio y la salud. En su contenido también se tuvieron en cuenta los resultados de las actividades técnicas de la Secretaría sobre el alcohol y la salud, incluidas las reuniones pertinentes de expertos técnicos. El documento se envió a los Estados Miembros y se publicó en el sitio web de la OMS⁴.

⁴ El sitio web de la OMS contiene más información sobre el proceso de aplicación de la resolución WHA61.4 y enlaces a los distintos documentos mencionados en el presente informe; véase: http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html. A63/132.

5. Entre febrero y mayo de 2009 tuvieron lugar seis consultas técnicas regionales, a las que asistieron las personas designadas por los gobiernos de 149 Estados Miembros. En las Oficinas Regionales de la OMS para África, Europa y el Mediterráneo Oriental se celebraron tres consultas. Los Gobiernos del Brasil, Tailandia y Nueva Zelandia organizaron las consultas para los Estados Miembros de la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, respectivamente.

En todas esas consultas regionales se invitó a los Estados Miembros a dar a conocer su opinión sobre las posibles esferas de acción y coordinación a nivel mundial indicadas en el documento de trabajo y sobre la mejor manera de tener en cuenta en la estrategia las necesidades y prioridades de los países. También, se alentó a los Estados Miembros a facilitar información sobre los procesos nacionales y subregionales en curso que podrían contribuir a la elaboración de la estrategia, y a dar ejemplos de las mejores prácticas, en particular en relación con las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo de alcohol de terceros.

- 6. Para preparar un documento de trabajo con miras a la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, la Secretaría se basó en los resultados de las consultas regionales con los Estados Miembros, y tuvo en cuenta las conclusiones del anterior proceso de consulta con todas las partes interesadas sobre la manera en que podrían contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol. El texto resultante contenía información de antecedentes y propuestas de fines, objetivos y principios rectores de una estrategia mundial, esferas de acción y un conjunto de medidas de política e intervenciones que podrían aplicar los Estados Miembros a nivel nacional. El documento de trabajo se envió a los Estados Miembros en agosto de 2009, con una invitación a que presentaran observaciones por escrito sobre su contenido, y se publicó en el sitio web de la OMS. La Secretaría recibió respuestas por escrito de 40 Estados Miembros.
- 7. Con el fin de proseguir la colaboración con los Estados Miembros sobre el proyecto de estrategia,

la Secretaría organizó una consulta oficiosa con ellos el 8 de octubre de 2009 en Ginebra; el objetivo era estudiar las respuestas recibidas sobre el documento de trabajo y ofrecer a los Estados Miembros la oportunidad de proporcionar orientación adicional para concluir un proyecto de estrategia mundial. Así pues, la Secretaría ultimó dicho proyecto teniendo presentes también los resultados de esa consulta oficiosa.

8. En enero de 2010, en su 126ª reunión, el Consejo Ejecutivo examinó una versión previa del presente informe y el proyecto de estrategia. Durante la reunión se celebraron asimismo conversaciones sobre el proyecto de estrategia mundial en un grupo de trabajo oficioso copresidido por Cuba y Suecia. Se alcanzó el consenso sobre un texto revisado (anexo 2). El Consejo adoptó la resolución EB126.R11, en la que recomendaba a la Asamblea de la Salud que hiciera suya la estrategia mundial.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

9. Se invita a la Asamblea de la Salud a adoptar la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB126.R11. Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la undécima sesión.

DECLARACIÓN DE BRASILIA SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ALCOHOL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recomendamos que:

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

EFECTOS NOCIVOS DEL ALCOHOL EN EL SER HUMANO

Son muy diversos los efectos de las bebidas alcohol a medio y largo plazo y actúan sobre múltiples órganos y sistemas del cuerpo humano.

5.1- En el cerebro y sistema nervioso

El consumo de alcohol inhibe gradualmente las funciones cerebrales, afectando en primer lugar a las emociones (cambios súbitos de humor), los procesos del pensamiento y el juicio. Si continúa la ingesta de bebida alcohólica, se altera el control motor, produciendo mala pronunciación al hablar, reacciones más lentas y pérdida del equilibrio.

Altera la acción de los neurotransmisores, modificando su estructura y función. Ello produce múltiples efectos: disminución de la alerta, retardo de los reflejos, cambios en la visión, pérdida de coordinación muscular, temblores y alucinaciones. Disminuye el autocontrol, afecta a la memoria, la capacidad de concentración y las funciones motoras.

La combinación de los anteriores efectos es causa de múltiples accidentes laborales y de circulación, que cuestan la vida cada año a millones de personas en todo el mundo.

El alcohol daña las células cerebrales así como los nervios periféricos, de forma irreversible. La disminución de vitamina B1 producida por el alcohol puede llevar a la enfermedad de Wernicke-Korsakoff, que provoca alteraciones de los sentimientos, pensamientos y memoria de la persona. Los afectados confunden la realidad con sus invenciones. También produce trastornos del sueño.

Las personas alcohólicas se aíslan de su entorno social, suelen padecer crisis en los ámbitos familiar (discusiones, divorcios, abandonos) y laboral (pérdida del empleo), lo que los conduce a la depresión y en algunos casos al suicidio.

5.2- En el corazón y aparato circulatorio

Aumenta la actividad cardiaca. En dosis elevadas eleva la presión sanguínea (hipertensión) y produce daño en el músculo cardíaco por sus efectos tóxicos. Puede provocar miocarditis, una inflamación de las fibras musculares. Debilita la musculatura cardíaca y, por consiguiente, la capacidad para bombear sangre. Produce vasodilatación periférica, lo que genera enrojecimiento y un aumento de la temperatura superficial de la piel.

5.3- En el aparato digestivo: estómago, páncreas, hígado

Las molestias gástricas son debidas a erosiones en las mucosas producidas por el etanol. El ardor estomacal será mayor si se han mezclado diferentes bebidas o combinados, ya que la irritación gástrica se deberá a todos los componentes bebidos.

Aumenta la producción de ácido gástrico, que genera irritación e inflamación en las paredes del estómago, por lo que, a largo plazo, pueden aparecer úlceras, hemorragias y perforaciones de la pared gástrica. El cáncer de estómago ha sido relacionado con el abuso del alcohol. También provoca cáncer de laringe, esófago y páncreas. Provoca esofagitis, una inflamación del esófago, varices esofágicas sangrantes y desgarros de Mallory-Weiss.

Puede producir pancreatitis aguda, una enfermedad inflamatoria severa del páncreas, con peligro de muerte. Puede provocar pancreatitis crónica, que se caracteriza por un intenso dolor permanente. Otras alteraciones posibles son la diabetes tipo II y peritonitis.

El hígado es el órgano encargado de metabolizar el alcohol, que es transformado por las enzimas del hígado primero en acetaldehído y después en acetato y otros compuestos. Este proceso es lento y no está exento de daños (el acetaldehído despolariza las proteínas, oxida los lípidos, consume vitaminas del grupo B y daña los tejidos).

Al irritarse la célula hepática es posible que se produzca hepatitis alcohólica, debido a la destrucción celular e inflamación tisular. Con el tiempo, el hígado evoluciona (hígado graso o esteatosis) para adaptarse a la sobrecarga metabólica, pudiendo llegar a hepatitis y más tarde a la cirrosis hepática, producto de la muerte celular y la degeneración del órgano. Esta grave enfermedad puede degenerar finalmente en cáncer de hígado y producir la muerte.

Otros signos de alteración hepática son la ictericia, un tono amarillento que adquiere la piel y la esclerótica, y los edemas, acumulación de líquido en las extremidades. Altera la función del riñón, reduciendo los niveles de la hormona antidiurética, provocando deshidratación y tomando agua de otros órganos como el cerebro, lo cual genera dolor de cabeza. El alcohol aporta abundantes calorías (7 kcal por gramo de alcohol) con escaso valor nutritivo. No nutre pero elimina el apetito, sustituye a otros alimentos más completos y a la larga puede generar desnutrición. Esto se agrava pues inhibe la absorción de algunas vitaminas y minerales.

5.4- En la sangre

Inhibe la producción de glóbulos blancos y rojos. Sin la suficiente cantidad de glóbulos rojos para transportar oxígeno, sobreviene la anemia megaloplástica. La falta de glóbulos blancos origina una falla en el sistema inmunológico, aumentando el riesgo de infecciones bacterianas y virales.

5.5- En el sistema reproductor

Disminuye la líbido y la actividad sexual. Puede causar infertilidad e impotencia así como hipertrofiar las glándulas mamarias en el hombre. Altera las hormonas femeninas en las mujeres, por lo que trastorna el ciclo menstrual y produce infertilidad.

5.6- En el embarazo y el feto

El abuso del alcohol en el embarazo puede desencadenar el síndrome alcohólicofetal. Sus síntomas son un retardo del crecimiento, alteración de rasgos cráneo-faciales, malformaciones cardíacas, malformaciones hepáticas, malformaciones renales y malformaciones oculares. El mayor daño se produce en el sistema nervioso central del feto, en el que puede aparecer retraso mental. También se ha demostrado que incluso dosis esporádicas de alcohol durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de anormalidades congénitas en recién nacidos y pueden causar bajo peso al nacimiento. Además, las mujeres que beben durante el embarazo tienen un mayor riesgo de aborto o parto prematuro. La ingesta intensa también puede comprometer la capacidad de concepción de la mujer⁵.

5.7- Síndrome de dependencia alcohólica (alcoholismo)

Es uno de los problemas más graves asociados al consumo nocivo de bebidas alcohólicas, por la gran cantidad e importancia de los síntomas que engloba.

El alcoholismo es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir bebida alcohólica, de forma que existe una dependencia física, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando su grado de tolerancia al alcohol a lo largo del tiempo. Hasta el momento no existe una causa común conocida de esta adicción, aunque varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo y las evidencias muestran que quien tiene un padre o una madre con alcoholismo, tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad. Ello puede deberse, más que al entorno social, familiar o campañas publicitarias, a la presencia de ciertos genes que podrían aumentar el riesgo de alcoholismo.

Algunos otros factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima, facilidad para conseguir el alcohol y aceptación social del consumo de alcohol.

⁵ Jacobson y Jacobson 2002. Borges y colab., 1997; Berenzon et al. 2007.

5.8- Dipsomanía o alcoholismo episódico

Los especialistas consideran que hay dos tipos de dependencia al alcohol: una psicológica, más relacionada con problemas afectivos y de relaciones personales que el adicto ha sufrido a lo largo de su vida, y otra física, que se revela, entre otras cosas, porque en el momento en que la persona interrumpe la ingesta de alcohol se presenta el "síndrome de abstinencia", caracterizado por temblores en dedos, lengua y extremidades, sudoración, taquicardia (aceleración del pulso), ansiedad, irritabilidad, náuseas, vómito, falta de apetito, insomnio e incluso alucinaciones visuales o auditivas (delirio).

Asimismo, cabe señalar que dentro de la dependencia física al alcohol se distinguen dos formas distintas de beber: una continua, en la que el enfermo necesita consumir a menudo o diariamente bebidas embriagantes, y otra episódica, llamada dipsomanía, en la que se alternan etapas de abstinencia relativamente prolongadas (el enfermo pueden durar una semana o más sin beber) con severas recaídas.

De acuerdo con la décima revisión a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10), en su apartado dedicado a los trastornos ocasionados por el uso de drogas y sustancias psicoactivas, la dipsomanía se agrupa dentro de la categoría de padecimientos que generan síndrome de dependencia.

Diversos especialistas coinciden en que mientras la persona que padece alcoholismo continuo o crónico, al estar intoxicada diariamente, actúa de manera "pasiva", es decir, desgasta sus relaciones sociales paulatinamente y expone a su organismo a daños severos generados por su manera de beber, el dipsómano, en contraparte, tiene comportamiento social que durante la abstinencia puede parecer normal, pero en los episodios de alcoholización se vuelve "explosivo", no controla su conducta y es violento, de modo que suele involucrarse en peleas y percances automovilísticos que peligran su vida.

LÍMITES PARA LA ALCOHOLEMIA

0,0-0,03%: Costa Rica, Guyana, Panamá.

0,04-0,06%: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Jamaica, Perú, Venezuela, Paraguay.

+0,06%: Demás países.

República Dominicana: no tiene límites.

La OPS recomienda como LÍMITE MÁXIMO 0,05 g/dl para los conductores en general y 0,02 g/dl para los conductores jóvenes y motociclistas.

TRIBUTACIÓN DIO A CONOCER RANKING DE MAYORES APORTANTES AL FISCO- año 2005

(Fuente: Fundación Rafael Otazú - Conacol)

Solo por combustibles y cervezas, consumidores pagaron US\$ 100 millones en impuestos. Solo por la compra de combustibles y cervezas, los consumidores pagaron impuestos en 2005, entre selectivo al consumo e IVA, alrededor de US\$ 100 millones, según se desprende del ranking de mayores contribuyentes al fisco divulgado ayer por la Subsecretaría de Estado de Tributación.

La nómina es encabezada por la estatal Petróleos Paraguayos (Petropar), que, de enero al 30 de noviembre del año pasado, tributó 476.033.223.401 guaraníes, de acuerdo con el informe preliminar entregado ayer a la prensa por el organismo recaudador.

Cabe recordar que las empresas actúan como agente de retención del fisco y, en el caso de Petropar, el público pagó por impuesto selectivo al consumo (ISC) 17% por gasoil; nafta común, 24%; nafta súper, 35%, y de 97 octanos, 38%. El gasoil es el que más recauda por ISC, atendiendo que el 85% del parque automotor paraguayo está compuesto por vehículos movidos a diesel.

El fuerte consumo de cerveza por parte de los paraguayos se ve reflejado en el ranking de Tributación. Cervecería Paraguaya SA aparece en segundo lugar, después de Petropar, con 133.914.223.486 guaraníes aportados en concepto de impuestos. Los ingresos percibidos por el fisco de estas dos empresas representan unos US\$ 99,6 millones. Esta cifra incluye los pagos realizados en la Dirección Nacional de Aduanas.

De los cuatro primeros lugares de la nómina de grandes contribuyentes del Estado, tres son ocupados por empresas estatales, ya que después de Petropar aparece, en el tercer puesto, la Administración Nacional de Electricidad (ANDE), con 108.598.520.491 guaraníes, y en el cuarto, la Compañía Paraguaya de Comunicaciones (Copaco), con un aporte de 96.656.349.070 guaraníes.

La primera empresa del sector privado del rubro combustibles que aparece en el ranking de Tributación es Shell Paraguay Limited, que en once meses tributó 79.313.327.136 guaraníes. Después aparece Esso Standard Paraguay SRL, con 44.891.070.560 guaraníes. En el puesto 11 se encuentra Copetrol, con 36.173.577.834 de nuestra moneda.

Entre las firmas importadores de automóviles que más tributan aparece primero Toyotoshi SA, con 33.928.022.263 guaraníes, y luego Cuevas Hermanos SA, con 19.460.361.516 guaraníes.

OBSERVACIÓN

Cervepar paga de impuestos 133.914.22 3.486 Gs., o sea, 22.300.000 US\$.

Cervepar vende cervezas (considerando que paga el 10% de impuestos sobre ingresos brutos) por valor de 220.000.000 US\$.

Venta total de cervezas en el país (Cervepar tendría por lo menos el 70% del mercado): 314.000.000 US\$.

Considerando que una latita cuesta 3500 Gs., es decir, 0,60 US\$, quiere decir que en el país se venden 523.000.000 de latitas/año. Esto significa 1.432.000 latitas/día.

