

ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL EN COLOMBIA



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Documento elaborado en el Marco del Convenio Interadministrativo 080 de 2011 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia y revisado y retroalimentado en el marco del Convenio Interadministrativo 479 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social – Universidad Nacional de Colombia

Equipo Técnico:

Ministerio de Salud y Protección Social

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención

Universidad Nacional de Colombia

Grupo de Investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano”
Centro de Estudios Sociales
Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Humanas

2013

ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL CONSUMO DE ALCOHOL EN COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

El consumo nocivo de alcohol es un problema global de grandes dimensiones; tiene diversas manifestaciones y múltiples repercusiones. Afecta la salud física y mental de millones de personas en el mundo, y sus consecuencias se extienden a áreas tan variadas como la convivencia, el bienestar familiar y de la niñez, la seguridad ciudadana, el desempeño ocupacional, la productividad, la movilidad, la justicia y el desarrollo social en general.

El consumo nocivo de alcohol es un concepto que engloba el consumo excesivo o inmoderado de alcohol entre la población adulta, la dependencia alcohólica (o alcoholismo), el consumo indebido de bebidas alcohólicas en los menores de edad y otros grupos especialmente vulnerables (*e.gr.*, mujeres embarazadas o lactantes, personas enfermas o con trastornos mentales), el consumo en contextos inapropiados, y diversos patrones de consumo riesgoso o perjudicial que comprometen no solo la seguridad de los tomadores sino también de otras personas.

El continente americano y la región latinoamericana en particular se destacan a nivel mundial entre las áreas mayormente afectadas por el consumo nocivo de alcohol. Colombia no es una excepción. La información disponible indica que cerca de una tercera parte de las personas que consumen bebidas alcohólicas con alguna frecuencia presentan señales de consumo riesgoso o perjudicial. La problemática afecta mayormente a jóvenes entre 18 y 24 años, seguidos por el grupo etario de 25 a 34 años, y en tercer lugar los menores con edades entre 12 y 17 años. Son alarmantes las cifras de muertos en accidentes de tránsito y otras formas de accidentalidad asociadas al consumo de alcohol, así como las estadísticas de trastornos mentales relacionados con el alcohol.

Luego de varias iniciativas lideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de los ochenta, con el aval o por mandato de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), en 2008 la OMS formuló la Estrategia Mundial para la Reducción Mundial del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA), aprobada y promulgada con carácter mandatorio para todos los Estados Miembros por la AMS a comienzos de 2010. Consecuentemente, el gobierno colombiano a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tomó la decisión de formular e implementar la Estrategia Nacional de Prevención y Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol.

La estrategia nacional se sustenta en las políticas y las acciones desplegadas previamente en Colombia, así como en los lineamientos de la EMRUNA, adaptados a la realidad del país, definiendo su aplicación y su alcance en el marco de las exigencias y las posibilidades que se derivan de dicha realidad. Los fundamentos, los principios rectores, los criterios orientadores, las líneas específicas de acción y los mecanismos de implementación de la estrategia nacional son el contenido primordial de este documento. Referentes esenciales de esta propuesta son las consideraciones que surgen de la información relativa al fenómeno de consumo masivo de alcohol, la problemática del consumo nocivo en los niveles mundial,

regional y nacional, y los antecedentes institucionales frente a las manifestaciones específicas de dicha problemática en Colombia.

Así, la primera parte del documento, antecedentes y justificación de la estrategia nacional constituye una síntesis -a modo de vistazo preliminar- de la panorámica del problema desde su dimensión y sus repercusiones globales, su incidencia particular en un contexto regional del cual hace parte el país y su especificidad en el ámbito nacional, conjuntamente con una breve reseña de la respuesta que frente a ese desafío se ha venido dando en esos mismos niveles. Tanto el problema como las acciones para contrarrestarlos serán abordados luego detenidamente en secciones separadas, diferenciando el plano

global y el nacional desde la doble perspectiva problema-respuesta, estrategia mundial-estrategia nacional.

La segunda parte del documento se concentra en una caracterización del problema de consumo nocivo de alcohol, partiendo de una consideración básica del fenómeno de consumo masivo de bebidas alcohólicas como hecho cultural, consuetudinario y cuasi-universal, en la que la naturaleza de esta sustancia psicoactiva como fuente de experiencias placenteras, acompañante de innumerables ritos sociales e ingrediente importante del estilo de vida de millones de personas en el mundo no puede soslayar el hecho, también de escala global, que su uso inmoderado, abusivo o inapropiado conlleva enormes costos sociales y para la salud pública, traducidos en altos y variados índices de morbilidad, mortalidad y diversos correlatos de afectación sobre esferas como la convivencia, la seguridad ciudadana, el desempeño ocupacional, la productividad económica, el bienestar familiar y el desarrollo social en general.

En una tercera sección del documento se presenta un compendio de las consideraciones que sustentan la política pública sobre el alcohol, diferenciando dos categorías generales de políticas, normalmente inter-relacionadas: distributivas y regulatorias. Las primeras apuntan a la movilización de recursos para prevenir, mitigar o amortiguar las consecuencias del uso nocivo de alcohol, y las segundas se orientan a establecer un marco normativo que imponga restricciones en la disponibilidad, el acceso y la conducta individual frente al uso de las bebidas alcohólicas, bajo el precepto de incentivar la responsabilidad de las personas tanto en el uso particular como en la preservación del bienestar colectivo ante los riesgos que conlleva la conducta de beber alcohol, propia o de otros, como los menores de edad.

La cuarta sección está dedicada a reseñar los lineamientos fundamentales de la Estrategia Mundial para la Reducción del uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA), precisando los objetivos, los principios rectores, los criterios orientadores y las líneas de acción recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS),

con el aval y el mandato de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), para su aplicación en el nivel nacional de los Estados Miembros, según las particularidades de cada país.

Las secciones quinta y siguientes del documento son la concreción de la EMRUNA en el plano nacional; es decir, la versión colombiana de la estrategia mundial, o traducción de la EMRUNA a la realidad nacional, según las manifestaciones propias de la problemática del consumo nocivo de alcohol en Colombia, su ordenamiento legal, político e institucional, sus antecedentes de programas y acciones en la geografía nacional, y los requerimientos y posibilidades que la problemática plantea en la realidad del país.

La Estrategia Nacional de Prevención y Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia debe ser consistente con el mandato vinculante de la EMRUNA, como compromiso

de Colombia con la comunidad internacional de los Estados Miembros de la OMS y la AMS, al mismo tiempo que debe reflejar la especificidad y la unicidad del país en su idiosincrasia y su peculiaridad como Estado soberano e independiente en el concierto de las naciones del orbe. Ambos atributos, consistencia con el orden mundial y singularidad como país único y diferenciable de cualquier otro son los considerandos fundamentales de la propuesta contenida en este documento.

El objetivo general de la estrategia nacional es contar con una respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia, que permita prevenir el consumo y disminuir los efectos sociales y de salud pública asociados al consumo nocivo. Esta iniciativa comprende los siguientes objetivos específicos: (i) Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol en la población; (ii) reducir el impacto social y de salud pública del consumo nocivo de alcohol, y (iii) fortalecer la respuesta institucional y comunitaria frente al consumo de alcohol y sus consecuencias.

La estrategia mundial contempla cinco propósitos de alcance global, cuya definición específica para su aplicación en Colombia

se plantea en la sección introductoria de la estrategia nacional. Adicionalmente, se incorporan de manera casi textual en la parte introductoria de la estrategia nacional los principios rectores formulados por la OMS y aprobados por la AMS, como universales o de carácter vinculante para todos los Estados Miembros.

La concreción de la EMRUNA en las particularidades de la estrategia nacional se evidencia en las políticas, las estrategias y las actividades específicas que se plantean para Colombia en las diez esferas sugeridas por la OMS para su aplicación en el marco de la realidad y las demandas propias del país. Así, la Estrategia Nacional para la Prevención y la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol abarca un amplio conjunto de políticas e intervenciones agrupadas en las siguientes líneas de acción: (i) Liderazgo, concientización y compromiso; (ii) respuesta de los servicios de salud; (iii) acción comunitaria; (iv) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; (v) disponibilidad de alcohol; (vi) mercadeo de las bebidas alcohólicas; (vii) políticas de precios; (viii) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica; (ix) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción artesanal; (x) seguimiento y vigilancia.

La sección final de este documento contiene los lineamientos propuestos para la ejecución, la coordinación y el seguimiento de la estrategia nacional, en consonancia con el ordenamiento institucional del país y con los criterios rectores de participación y cooperación inter-sectorial y de los estamentos público y de la sociedad civil. De tal suerte que este documento se constituye como un referente orientador para la adecuación y planeación territorial de la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol, así como para su implementación y seguimiento.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en Colombia y en el resto del mundo. En el país, cerca de siete millones de personas con edades entre 12 y 65 años son consumidores de alcohol, lo que equivale a 35% de la población en ese rango de edades. Alrededor de 2,4 millones de personas presentan un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol; esta cifra representa el 35% del total de consumidores y 12,5% de la población total entre 12 y 65 años. La mayor prevalencia de consumo de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años (46%), seguidos por los adultos jóvenes con edades entre 25 y 34 años (43%). La mayor proporción de consumidores de riesgo o perjudicial de alcohol se encuentra en estos mismos grupos de edad, con casi 673 mil jóvenes de 18 a 24 años (19% de la población total en esa franja), y 645 mil personas de 25 a 34 años (15% de la población en esa franja). Cerca de 20% de la población entre 12 y 17 años de edad consume alcohol; uno de cada tres consumidores en esta franja presenta un consumo de riesgo o perjudicial, lo que en términos globales equivale a 6,14% de la población total del país en este rango de edad (Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes y UNODC, 2009).

El consumo nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Se estima que anualmente mueren en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos más de 300 mil jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. Casi 4% de todas las muertes en el mundo son atribuibles al alcohol, más que las muertes causadas por el VIH/SIDA, la violencia o la tuberculosis. El alcohol es un factor causal en 60 tipos de enfermedades y lesiones, y un componente de causa en otras 200. El alcohol también está asociado a muchos problemas sociales graves, incluyendo la violencia, el abandono o el abuso infantil, y el ausentismo laboral (WHO/OMS, 2011).

En los países de ingresos medios y bajos el consumo nocivo de alcohol es el mayor factor de riesgo de morbilidad y mortalidad. En América Latina, la mayor parte de la carga de morbilidad afecta a varones (83,3%) y 77,4% de la carga se registra en la población entre 15 y 44 años; esto es, jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos (OPS, 2007). El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial. A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo anual *per cápita* en las Américas es de 8,7 litros de alcohol puro, lo cual está muy por encima de la media global de 6,2 litros de consumo *per cápita*. El continente americano es único, ya que el alcohol supera al tabaquismo como el factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad (OPS, 2007).

El país ha venido invirtiendo esfuerzos para contrarrestar la problemática del consumo nocivo de alcohol; particularmente en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, en ejecución desde el año 2007, la cual tiene tres propósitos estratégicos: reducir la vulnerabilidad al consumo, reducir el impacto del consumo y crear capacidad de respuesta frente al consumo y sus consecuencias. La política comprende un conjunto de acciones en cuatro ejes: prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad. Estos ejes abarcan intervenciones integradas sobre los factores macro sociales, micro social y personales asociados al consumo; información, servicios, asistencia y apoyo a personas, familias y comunidades afectadas por el consumo, y colaboración con las entidades territoriales para el mejoramiento de la calidad y la oportunidad de su respuesta frente al consumo y sus consecuencias.

De otra parte, el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2020, contempla como una de sus prioridades el fortalecimiento de los servicios en salud mental y, en esta esfera, la atención de los trastornos neuropsiquiátricos relacionados y/o concurrentes con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Complementando estas iniciativas, desde el año 2007 se ha venido dando una cooperación entre el Ministerio de la Protección Social, ahora Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y la Universidad Nacional de Colombia (UN), para la generación de una estrategia consistente con política nacional sobre consumo de alcohol en la población adulta. En la primera fase de esta cooperación se sentaron las bases programáticas de la estrategia para disminuir los daños y minimizar los riesgos de accidentalidad y otros problemas asociados al consumo excesivo de alcohol (*i.e.*, riñas, intoxicaciones, exposición a la acción de la delincuencia), mediante actividades realizadas en varias ciudades del país alrededor de cinco ejes estratégicos: (i) evaluación y seguimiento, (ii) marco institucional, (iii) gestión del riesgo, (iv) capacitación de gestores y multiplicadores, y (v) comunicaciones.

En conjunto, esos han sido los pilares del programa denominado "Pactos por la Vida: Saber vivir, saber beber, consumo seguro", ejecutado por el Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la Universidad Nacional de Colombia, bajo la orientación del MSPS, con el apoyo de los comités departamentales de prevención y la participación de las autoridades municipales. Los sucesivos convenios entre el MSPS y la UN han permitido elaborar y validar herramientas pedagógicas y de investigación, diseñar y probar estrategias de capacitación, realizar mesas de trabajo intersectoriales, movilizar diversas entidades frente al tema, producir documentos orientadores y generar decretos de orden nacional y local para la prevención y la reducción del abuso de alcohol.

El programa "Pactos por la Vida" ha venido avanzando en la consolidación de sus cinco ejes estratégicos: a) *evaluación y seguimiento*, mediante la formulación de indicadores para la investigación evaluativa de costos asociados al consumo problemático de alcohol; b) *marco inter-institucional*, con construcción de un marco referencial sobre responsabilidad social de las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas; c) *gestión del desarrollo*, a través del apoyo en la formulación de la estrategia nacional para la reducción del

consumo nocivo de alcohol y la fundamentación motivacional para el desarrollo de intervenciones colectivas; d) *capacitación*, mediante procesos de formación a profesionales para la prevención selectiva del consumo de alcohol en escolares y la prevención indicada del consumo de alcohol jóvenes universitarios; y e) comunicación, por medio de la formulación de lineamientos para la comunicación eficiente y costo-efectiva con fundamento en un modelo teórico particular y la evidencia empírica con respecto a la efectividad del fomento de la autoeficacia en los procesos de comunicación en salud.

Estos desarrollos son consistentes con los propósitos de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, contribuyendo a la implementación de acciones sostenibles y de largo alcance frente al consumo problemático de alcohol en los cuatro ejes de esta política (prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad). En un marco más amplio, los avances mencionados y particularmente la formulación de la estrategia nacional para la prevención y la reducción del consumo problemático de alcohol son consecuentes con el propósito de adoptar y aplicar en Colombia la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (E.M.R.U.N.A.), formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 y avalada por la 63a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010.

La estrategia nacional apunta a la materialización en el país de los cinco objetivos de la E.M.R.U.N.A., resumidos así: (i) concientización sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el uso nocivo de alcohol; (ii) construcción de conocimientos sobre la problemática y las alternativas para superarla; (iii) fortalecimiento de la capacidad de respuesta para la prevención y la mitigación de los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol; (iv) fortalecimiento de las alianzas, la coordinación y la movilización de recursos frente a la problemática; y (v) seguimiento, difusión y uso de la información con fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

EL CONSUMO DE ALCOHOL

Un producto de consumo masivo

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más poderosas y también la más utilizada en el mundo, en las más diversas culturas y a lo largo de toda la historia de la humanidad. Dos tercios o más de la población americana consumen alcohol, y lo mismo podría decirse de todos los países del hemisferio occidental. Las bebidas alcohólicas se consumen con fines recreativos y de socialización, e incluso rituales o religiosos. El alcohol está presente en todo tipo de celebraciones y eventos sociales; acompaña el ocio y el esparcimiento en muy variadas ocasiones, pero también el dolor, la tristeza e infinidad de angustias y malestares anímicos o existenciales.

Los seres humanos en tantos lugares del planeta toman tanto alcohol y lo han hecho desde hace tanto tiempo que el verbo “tomar” ha llegado a tener el significado casi universal de tomar bebidas alcohólicas. Según estimaciones sustentadas en estudios realizados en las dos últimas décadas, el americano promedio gasta más del 5% de su presupuesto anual en alcohol, consumiendo 9,8 litros de licor, 8,3 litros de vino y 100,7 litros de cerveza al año. De otra parte, según reportes de centros de investigación y de organismos internacionales como las Naciones Unidas, la Unión Europea y la Organización de Estados Americanos, los costos económicos y sociales asociados al consumo de alcohol superan con creces la totalidad de los costos asociados al consumo de todas las sustancias ilícitas sumadas (Gossop, 2000).

Una sustancia potencialmente dañina

Los peligros del alcohol son muchos y variados; algunos se relacionan con la dosis; pueden derivarse directamente del efecto del alcohol o ser producto de la interacción con otros factores. El alcohol es una sustancia tóxica en términos de sus efectos directos e indirectos sobre una amplia variedad de órganos.

Algunos de los impactos adversos del alcohol pueden ser producto de la intoxicación aguda, aún en una persona que no tiene un problema previo o persistente de consumo de alcohol. El envenenamiento por alcohol, la pancreatitis aguda y las arritmias cardíacas agudas representan peligros de ese tipo. En ocasiones, algunas de estas condiciones pueden tener resultados letales. Otra categoría de daños puede designarse como 'agudo y crónico'. Por ejemplo, un episodio de intoxicación intensa en un consumidor crónico puede convertir el deterioro hepático en insuficiencia hepática o provocar el inicio de daño cerebral. Una tercera categoría de daño es la enfermedad crónica que resulta de una exposición a altas dosis de alcohol a largo plazo. Así, existe una clara evidencia de la función causal del alcohol en diferentes cánceres: boca, faringe, laringe, esófago, estómago y colon, entre otros. La cirrosis hepática también se asocia estrechamente con el consumo excesivo de alcohol, y las investigaciones indican que el efecto tóxico directo del alcohol es la causa principal de esa enfermedad, así como de la hepatitis y del hígado graso (OMS/OPS, 2010).

Otras afecciones que pueden asociarse con el daño a tejidos mediado por el alcohol son las enfermedades del músculo cardíaco y las arritmias cardíacas, la pancreatitis, la hipertensión

con riesgo consecuente de apoplejía, deterioro de los músculos de las extremidades, neuritis periférica y daño cerebral de diferentes tipos.

El consumo intenso de alcohol en mujeres embarazadas puede ocasionar una variedad de daños al feto. El término Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (FASD) describe una gama de malformaciones congénitas permanentes que en su forma extrema, llamada Síndrome Alcohólico Fetal, se caracterizan por discapacidades auditivas, crecimiento retardado y trastornos cardíacos, junto con ciertas anomalías faciales características (OMS/OPS, 2010).

Los problemas ocasionados por el alcohol pueden ir más allá del

bebedor y producir efectos sobre quienes le rodean en aspectos como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisiones en salas de emergencia, riñas callejeras o en establecimientos, lesiones y fatalidades en automovilistas y peatones cuando se conduce en estado de ebriedad (OMS/OPS, 2010).

EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL

El concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes le rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social; puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y deteriorar la convivencia y el bienestar de la comunidad (OMS, 2010).

El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles e infecciosas. Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales; en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia doméstica y callejera, homicidios y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar principalmente a personas jóvenes (OMS, 2010).

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (OMS, 2010).

Las costumbres sociales y los intereses económicos no deben cegarnos al hecho de que el alcohol es una sustancia tóxica.

Tiene el potencial de afectar de manera adversa casi cualquier órgano y sistema del cuerpo. Ningún otro producto vendido para el consumo, ni siquiera el tabaco, tiene tan amplia gama de efectos físicos adversos. Tomar en cuenta el potencial de toxicidad del alcohol es por lo tanto una tarea importante para la política de salud pública (OMS, 2010).

ESTIMACIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL

Durante las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud en asocio con autoridades de gobierno y centros de estudio de numerosos países han invertido grandes esfuerzos para estimar la magnitud del consumo nocivo de alcohol, tanto a nivel mundial como regional y nacional. Se ha hecho un acopio considerable de estadísticas sobre enfermedades, discapacidades y muertes directamente relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, así como de datos sobre otras dimensiones específicas de la problemática, tales como diversos tipos de accidentes, violencia, delitos, ausentismo laboral, pérdidas de productividad, conflictividad intrafamiliar y en la comunidad, etc.. Sin embargo, la dinámica del fenómeno y sus múltiples interrelaciones no hacen posible contar con un cuadro completo que permita afirmar con exactitud, aún en el ámbito local o de un país particular, para un periodo determinado, cuál es la magnitud total del consumo nocivo de alcohol, discriminando todas sus manifestaciones y consecuencias.

Esa necesidad de conocimiento conlleva dificultades de distinto orden: metodológicas y de capacidad operativa, voluntad política, desarrollo institucional, cooperación intersectorial, etc. Pocos países cuentan con los recursos suficientes y la estructura organizativa necesaria para llevar a cabo en forma continua esa enorme tarea. No obstante, cada día se reportan nuevos avances en la construcción de indicadores, el establecimiento de observatorios especializados y la inversión de recursos en investigación y sistematización sobre el fenómeno de consumo nocivo de alcohol y sus correlatos.

Una estrategia cada vez más aceptada y adoptada en diversos países es la realización de estudios periódicos orientados a establecer el potencial de consumo nocivo de alcohol entre la población general y/o en grupos específicos, mediante el empleo de cuestionarios con indicadores de consumo problemático, definidos a partir de escalas que para ese efecto se han construido y validado transculturalmente. La más conocida y utilizada de tales herramientas, avalada por la Organización Mundial de la Salud, se denomina el *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*, la cual consta de diez preguntas cerradas, cada una con cuatro alternativas de respuesta ('escogencia múltiple'). El instrumento puede ser aplicado en forma separada, con fines de 'tamizaje' y evaluación individual, o integrado a una batería/ cuestionario con otras preguntas, para su uso en un estudio colectivo o con una muestra amplia de población.

No está dentro del propósito y el alcance de esta sección hacer una descripción detallada del *AUDIT* y su forma de empleo y calificación. Para los fines de esta introducción de carácter conceptual, basta mencionar las definiciones y las variables a las que hace referencia esta herramienta. Según el *AUDIT*, el consumo problemático de alcohol se asocia a tres conceptos o categorías de consumo comúnmente inter-relacionadas: consumo de riesgo, dependencia y consumo perjudicial.

El **consumo de riesgo** es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Dicho consumo es una función directa de las siguientes variables que en su magnitud y combinación indican un determinado nivel de riesgo: (i) la frecuencia de consumo de alcohol (diaria, semanal, mensual, etc.); (ii) la cantidad usual de alcohol consumido por ocasión (medida en unidades estándar de bebida); y (iii) la frecuencia de consumo elevado (típicamente cinco o más unidades estandarizadas de bebida en una misma ocasión).

La **dependencia** es un conjunto de fenómenos conductuales,

cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe. Los indicadores que caracterizan la dependencia alcohólica son: (iv) pérdida del control sobre el consumo (frecuencia en el último año con la que ha sido incapaz de parar de beber); (v) aumento de la relevancia del consumo (frecuencia en el último año con la que no pudo hacer lo que debía por haber estado bebiendo); (vi) consumo matutino (frecuencia en el último año con la que ha bebido al inicio del día).

El **consumo perjudicial** se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, así como perjuicios sociales o interpersonales. Los indicadores son: (vii) sentimiento de culpa tras el consumo (frecuencia con la que ha experimentado remordimiento después de haber bebido); (viii) lagunas de memoria (frecuencia con la que no ha podido recordar lo que ocurrió mientras estaba bebiendo); (ix) lesiones relacionadas con el alcohol (haber sufrido o causado heridas a otra persona por haber estado bebiendo); (x) preocupación de otros por el consumo (algún familiar o allegado se ha mostrado preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber).

En resumen, la definición operacional de consumo problemático de alcohol comprende un patrón de consumo excesivo en términos de cantidad de alcohol por ocasión, alta frecuencia de consumo, o consumo elevado frecuente, todo lo cual implica una condición de riesgo o exposición al peligro. Más allá de la frecuencia y la cantidad, el consumo problemático conlleva una pérdida de control sobre la bebida, que a su vez puede derivar en disfuncionalidad o perjuicios para el desempeño ocupacional o en otras esferas. Como corolario, el consumo problemático se traduce en trastornos recurrentes de mayor o menor intensidad

para el bienestar psicológico, la convivencia y la integridad física propia o de otras personas (OMS, 2001).

PANORAMA GLOBAL

El consumo nocivo del alcohol contribuye de modo importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. En los países de ingresos medios es el mayor factor de riesgo.

El uso nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo de muerte en hombres con edades entre 15 y 59 años, debido principalmente a heridas, violencia y enfermedades cardiovasculares. En términos globales, 6,2% de todas las muertes de hombres son atribuibles al alcohol, en comparación con 1,1% de las muertes de mujeres. Los hombres tienen también las tasas más altas de carga de discapacidad atribuida al alcohol - 7,4% frente a 1,4% para las mujeres. Bajos niveles socioeconómico y de educación redundan en un mayor riesgo de muerte, enfermedad o lesión relacionada con el alcohol –un determinante social que es mayor para los hombres que para las mujeres.

Los países con ingresos altos tienen el más alto consumo de alcohol. Sin embargo, ingresos altos y alto consumo no siempre se traducen en mayores problemas o riesgos relacionados con la bebida. Algunos países de Europa Occidental tienen altas tasas de consumo de alcohol, pero las tasas netas de mortalidad atribuible al alcohol son relativamente bajas, aunque su carga de morbilidad relacionada con el alcohol puede ser alta. Muchos países de Europa del Este tienen las más altas tasas de consumo de alcohol, mayor prevalencia de patrones de consumo de riesgo y, por lo tanto, altos niveles de mortalidad y morbilidad asociados al alcohol. En la Comunidad de Estados Independientes, la quinta parte de todas las muertes se debe al consumo nocivo de alcohol. Aparte de la Federación Rusa y algunos países vecinos, las tasas de enfermedad y discapacidad atribuibles al alcohol son también

muy elevadas en otras zonas del mundo; por ejemplo, en México y en la mayoría de los países suramericanos (WHO/ OMS, 2011).

En 2005, el consumo *per cápita* de bebidas alcohólicas en el mundo fue de 6,13 litros de alcohol puro. Una gran proporción de este consumo -28,6% o 1,76 litros por persona- correspondió a bebidas artesanales, licor ilegal o bebidas alcohólicas vendidas sin control oficial.

Los episodios de consumo excesivo de alcohol conducen a serios problemas de salud y están asociados particularmente a lesiones graves. Cerca de 11,5% de los bebedores presentan episodios recurrentes de consumo excesivo. Este patrón de consumo y, en general, el consumo hasta la embriaguez es relativamente bajo en los países de Europa Occidental, mientras que es bastante alto en la Federación Rusa y en algunos países vecinos. Los patrones de consumo de riesgo son también altamente prevalentes en México y en países suramericanos y del sur de África.

El consumo nocivo de alcohol perjudica también a otras personas, además del bebedor. Una persona intoxicada puede poner en peligro a otros, exponiéndolos a accidentes de tránsito o a comportamientos violentos, o afectando negativamente a compañeros de trabajo, familiares, amigos, vecinos, etc. Un estudio realizado en Australia mostró que dos terceras partes de los encuestados dijeron haber sido perjudicadas por el consumo de alcohol de otras personas en el último año.

El consumo de alcohol afecta a la sociedad en conjunto. Las muertes, las enfermedades y las lesiones causadas por el consumo de alcohol tienen impactos socioeconómicos, incluyendo los costos médicos sufragados por los gobiernos, y la carga financiera y psicológica

para las familias. El consumo nocivo y peligroso de alcohol también impacta negativamente la productividad de los trabajadores. Posiblemente el mayor impacto social es la conjunción de delito y violencia asociados al consumo de alcohol,

lo que se traduce en sobrecostos significativos para los sectores judicial y penitenciario (WHO/ OMS, 2011).

PANORAMA REGIONAL

En el año 2000, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas en los países de ingresos medios y bajos, y el segundo en los países desarrollados, como EE.UU. y Canadá (OPS, 2007).

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial. A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo anual *per cápita* de alcohol en las Américas es de 8,7 litros de alcohol puro, lo cual está muy por encima de la media global de 6,2 litros de consumo *per cápita*.

Los países industrializados y desarrollados de la Región, como EE.UU. y Canadá, tienen un elevado consumo *per cápita* (9,3 litros de alcohol puro *per cápita* para personas de 15 años de edad o más). Se estima que hay un 11,2% de bebedores intensos y un consumo promedio de 14,3 litros por bebedor adulto.

En países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, como Brasil, México, Chile y otros, el consumo *per cápita* es similar al de los países desarrollados (nueve litros de alcohol puro *per cápita* para personas de 15 años de edad o más). El porcentaje estimado de bebedores intensos es ligeramente menor (9,1%), con un promedio similar de consumo *per cápita* (14,1 litros por bebedor), aunque el patrón promedio de consumo es mayor (3,1 litros comparado con 2,0 litros en EE.UU. y Canadá).

En países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad, como Bolivia y Perú, el consumo promedio *per cápita* es menor, (5,1 litros de alcohol puro *per cápita* para personas de 15 años de edad o más), el porcentaje de bebedores intensos es menor (2,7%) así como el consumo promedio (7,6 litros), aunque el patrón promedio de consumo es tan elevado como el de los demás países en vías de desarrollo (OPS, 2007).

En muchos países en vías de desarrollo de la región, incluyendo México, Brasil, Uruguay, Chile y la zona Andina, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado (beber más de cinco tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes. (Ver la Base de Datos Global sobre Alcohol de la OMS, en: <http://www.who.int/globalatlas>).

En las Américas, el alcohol fue el factor de riesgo principal para la carga de morbilidad, entre 26 factores de riesgo distintos evaluados en 2000. Aunque el alcohol es un importante factor de riesgo en varias regiones del mundo, el continente americano es único, ya que el alcohol supera al tabaquismo como el factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad. El consumo de alcohol causa una considerable carga de morbilidad en la región, por encima de las estimaciones globales: 5,4% de todas las muertes y 10% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad en el año 2002, que podían atribuirse al consumo de alcohol, donde la mayor parte de la carga recaía sobre Centro y Suramérica.

Se estima que el consumo nocivo de alcohol en las Américas causó cuanto menos 323.000 muertes en 2002, proporcionalmente más que la media global o de la región europea. Las lesiones intencionales y no intencionales representan aproximadamente el 60% de todas las muertes relacionadas con el alcohol y casi el 40% de la carga de morbilidad asociada en el continente americano. La mayor parte de la carga de morbilidad afecta a varones (83,3%) y 77,4% de la carga proviene de la población entre 15 y 44 años de edad, y por consiguiente afecta en su mayor parte a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos (OPS, 2007).

Las investigaciones sugieren que los niños en la Sub-región latinoamericana están comenzando a beber desde los diez años de edad. En 2002, al menos 69,000 muertes de personas entre 15 y 29 años de edad se atribuyeron al consumo de alcohol (OPS, 2007).

PANORAMA NACIONAL

Según el más reciente estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008), 86% de la población general con edades entre 12 y 65 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida (prevalencia de vida). Entre los hombres la prevalencia de vida es 90% y entre las mujeres es 82%. La prevalencia anual o consumo de alcohol en el último año es 61% en la población general, siendo entre los hombres 72% y entre las mujeres 52%. La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes es 35%, siendo 46% entre los hombres y 25% entre las mujeres. Esto es, de cada 10 colombianos mayores de 15 años, casi nueve han consumido alcohol alguna vez en la vida, seis lo hicieron en el último año y un poco más de la tercera parte lo hicieron en el último mes.

La mayor prevalencia de consumo en el último mes se registra entre los jóvenes de 18 a 24 años de edad: 46,25%. Les siguen las personas con edades entre 25 y 34 años de edad: 43%. Entre los menores de 12 a 17 años de edad la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes es 20%; es decir, una de cada cinco personas en esa franja de edad (Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes y UNODC, 2009).

El mismo estudio indica que 12,2% de los colombianos presentan un consumo de alcohol que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 2,4 millones de personas (1,8 millones de hombres y 0,6 millones de mujeres). Uno de cada tres consumidores de alcohol en Colombia entra en esa clasificación.

Entre los hombres que consumen alcohol, el consumo de riesgo o perjudicial alcanza la cifra de 42% y entre las mujeres consumidoras de alcohol la cifra de consumo riesgoso o perjudicial es 23%. Esto es, entre las personas que consumen alcohol, cuatro de cada diez hombres y dos de cada diez mujeres presentan un consumo riesgoso o perjudicial.

En términos de grupos etarios, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol es 41% entre los consumidores de 18 a 24 años de

edad, 35% entre los consumidores de 25 a 34 años, 33% entre los consumidores de 35 a 44 años, 31% entre los consumidores de 12 a 17 años, y 30% entre los consumidores de 45 a 65 años.

En cifras globales, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en Colombia afecta a 673 mil jóvenes entre 18 y 24 años, lo que equivale a casi 20% de la población en esa franja de edad; 645 mil personas entre 25 y 34 años, equivalentes a 15% de la población en esa franja de edad; 495 mil personas entre 35 y 44 años, o 12% de la población en esa franja de edad; 394 mil personas entre 45 y 65 años (8%), y 195 mil personas con edades entre 12 y 17 años (6% de los menores en esa franja).

La mayor proporción de consumidores de alcohol en el último mes está en los estratos 5 y 6, con 57%, mientras que en los estratos 1 y 2 las cifras son 27% y 33%, respectivamente. Sin embargo, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol es mayor en los estratos 1 y 2 (43% y 39% respectivamente), en tanto que en los estratos altos las cifras se reducen a 28% en el estrato 4, y 20% en los estratos 5 y 6.

En términos del territorio, las mayores prevalencias de consumo de alcohol en el último mes se registran en Boyacá (47%), San Andrés y Providencia (43,5%), Cundinamarca (42%), Medellín y el área metropolitana (41%), Caldas (39%), Bogotá D.C. (38%) y Orinoquia y Amazonia (37%).

El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008, sugiere que no hay una relación directamente proporcional entre la tasa de prevalencia de consumo de

alcohol (porcentaje de personas que declaran haber consumido alcohol en un periodo de tiempo –e.gr., en el último mes) y la proporción de personas que presentan un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.

Además del contraste ya mencionado entre prevalencia y consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en distintos estratos socioeconómicos, la dimensión territorial también muestra

diferencias notorias. Así, por ejemplo, el departamento de Boyacá, que tiene la más alta prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, ocupa el séptimo lugar en porcentaje de personas con consumo de riesgo o perjudicial (14,3%). Cundinamarca, que está en tercer lugar en prevalencia de consumo en el último mes, tiene el undécimo lugar en consumo de riesgo o perjudicial. San Andrés y Providencia tienen el segundo lugar en prevalencia y el primero en consumo de riesgo o perjudicial (20,7%). Otras entidades territoriales con prevalencias más altas que el promedio nacional, como Bogotá y Caldas, presentan tasas de consumo de riesgo o perjudicial más bajas que el promedio nacional. En contraste, Chocó, que ocupa el puesto 22 en prevalencia de consumo en el último mes (28%), tiene el segundo lugar en consumo de riesgo o perjudicial de alcohol (19%). Otros departamentos con prevalencias menores que el promedio nacional, como Córdoba, Sucre, La Guajira, Magdalena o Nariño, registran tasas de consumo de riesgo o perjudicial más altas que el promedio nacional.

En concordancia con hallazgos reportados en numerosos estudios realizados en otros países, el estudio nacional de 2008 en Colombia demuestra la gran influencia de los factores socioculturales tanto en la proporción de consumidores de alcohol en el conjunto de la población, como en los patrones de consumo de alcohol en distintos grupos poblacionales. Según las cifras mencionadas en este resumen de la panorámica nacional, las diferencias por género y edad entre prevalencia y consumo de riesgo o perjudicial de alcohol son menores que las diferencias por estrato socioeconómico y entidad territorial; dicho de otro modo, las diferencias entre prevalencia y consumo de riesgo o perjudicial por estrato socioeconómico y entidad territorial son mayores que las diferencias por género y edad.

Otra dimensión importante de la problemática de consumo nocivo de alcohol es su repercusión sobre la salud mental. Según el estudio nacional de salud mental – 2003, realizado con población general entre 18 y 65 años, los trastornos de abuso de sustancias psicoactivas, particularmente el abuso de alcohol, ocupan el

tercer lugar entre los principales trastornos de salud mental en Colombia.

Considerando la prevalencia de consumo en el último mes, la dependencia de alcohol quintuplica en términos porcentuales la dependencia de drogas ilícitas (0,5% y 0,1% respectivamente). En cifras globales, los trastornos de salud mental asociados al abuso de alcohol afectan a 6,7% de la población colombiana mayor de 18 años. La edad promedio de aparición de trastornos de dependencia de alcohol en Colombia es 21 años (Ministerio de la Protección Social - Fundación FES, 2005).

Los datos reportados en el mencionado estudio de salud mental, contrastados con las cifras recientes sobre consumo de alcohol entre menores de edad, auguran un panorama aún más sombrío en materia de salud mental en el país en los próximos años. En efecto, una de las principales manifestaciones del consumo nocivo de alcohol en Colombia y quizás la mayor amenaza de esta problemática para el futuro inmediato es el alto consumo de alcohol que se registra actualmente entre la población más joven.

Según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar – 2011, realizado con estudiantes de grados sexto a undécimo, cuatro de cada diez estudiantes de bachillerato son consumidores frecuentes de alcohol. Como se mencionó en la introducción de este documento, las prevalencias alcanzan cifras de 49% en el curso noveno, 56% en el curso décimo y 60% en el curso once. Casi 5% de los estudiantes encuestados dijeron consumir bebidas alcohólicas diariamente, 12% lo hace entre tres y seis veces a la semana, y 24% consumen alcohol una o dos veces por semana. La bebida de mayor consumo es la cerveza, reportada por 86% de los estudiantes que dijeron haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho, 2012).

Uno de los datos más inquietantes de este estudio es la edad de inicio del consumo de alcohol, alrededor de 12 años, muy similar

en hombres y mujeres. Al respecto, aunque los datos de este estudio no son comparables con los del estudio nacional con población general (2008), cabe señalar que en ese estudio la edad de inicio del consumo de alcohol era 16 años.

Otra dimensión de análisis de la problemática del consumo nocivo de alcohol en Colombia la proporcionan las estadísticas disponibles sobre mortalidad y lesiones atribuibles a este fenómeno en conexión con accidentes de tránsito, homicidios, riñas y urgencias hospitalarias.

- Según la Dirección de Tránsito y Transporte (DTT) de la Policía Nacional, en 2011 ocurrieron en Colombia 1.993 accidentes de tránsito por embriaguez, con saldo de 447 personas muertas y 2.422 heridos (*El Tiempo*, 30-1-12, p. 2).
- El número de accidentes de tránsito relacionados con consumo de alcohol aumentó 24% del año 2010 al 2011, con un incremento de 4% en la cifra de muertos y de 31% en la de heridos (*El Tiempo*, 13-6-11, p. 2).
- La DTT de la Policía Nacional reportó que en el año 2011 se registraron en el país 77.000 sanciones de comparendos con multas a personas que fueron sorprendidas conduciendo bajo los efectos de bebidas alcohólicas (*El Tiempo*, 21-5-12, p. 2).
- Con referencia específica a accidentes de tránsito en los que fallecieron motociclistas en los años 2010 y 2011, según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) casi una tercera parte se hallaba bajo los efectos del alcohol, y entre ellos la gran mayoría presentaba grado tres de embriaguez (*El Tiempo*, 4-12-11, p. 30).
- Según cifras de la DTT, entre el 1 de enero y el 22 de mayo de 2012 habían ocurrido 736 accidentes por embriaguez, con saldo de 178 muertos y 920 heridos. En el mismo periodo se capturaron 267 personas involucradas en ese tipo de accidentes; 102 por homicidio culposo y 165 por lesiones culposas (*El Tiempo*, 24-5-12, p. 2, y 26-5-12, p. 2).
- Durante un debate en la Cámara de Representantes en torno a un proyecto de ley que pretendía endurecer los castigos contra los conductores ebrios, tomando como referencia el

puente festivo del 19 al 21 de mayo de 2012, se reveló que en esos tres días se registró una cifra de 1.291 conductores sancionados por embriaguez (*El Tiempo*, 23-5-12, p.6).

- De acuerdo con un reporte posterior de las autoridades, durante ese mismo puente festivo se registraron 25 accidentes de tránsito por embriaguez, con saldo de seis muertos y 37 heridos (*El Tiempo*, 14-6-12, p. 2).
- Según un reporte más reciente de otro puente festivo, entre el viernes 15 de junio y las 6:00 p.m. del domingo 17 de junio de 2012, las autoridades de policía habían sorprendido a 779 personas “con algún grado de embriaguez mientras manejaban por carreteras del país.” Desde el primero de enero de 2012 hasta la fecha de este reporte, las autoridades habían encontrado 26.536 conductores de carros y motos bajo los efectos del alcohol, 2.657 de ellos en Bogotá (*El Tiempo*, 18-6-12, p. 3).
- Con base en las estadísticas registradas en la edición correspondiente a 2010 del anuario *Forensis*, publicado por el INML, se puede afirmar que los accidentes de tránsito causan cerca del 20% del total de las muertes violentas que ocurren en el país, y que un poco más de la tercera parte de esa cifra corresponden a los accidentes por embriaguez.
- En el mismo anuario, el consumo de alcohol y otras sustancias aparece como el primer factor de vulnerabilidad identificado en las víctimas de homicidios y el segundo en las víctimas de lesiones producidas en otros episodios de violencia interpersonal (INML, 2011).
- Según reporte de la Policía Metropolitana de Bogotá, entre enero y junio de 2011 se registraron en la ciudad 116.246 riñas, de las cuales “90 por ciento tuvo a las bebidas embriagantes como protagonista principal” (*El Tiempo*, 25-6-11, p. 18).
- Un estudio realizado en 2004 en las salas de urgencias de dos hospitales de Bogotá mostró que 12,2% de las personas atendidas por emergencias clínicas habían consumido alcohol en las seis horas previas a su ingreso a la sala de urgencias.

La segunda sustancia mencionada en conexión con las emergencias atendidas fue la marihuana, con solo 1,1% de los casos, mientras que todas las demás sustancias sumadas alcanzaron 3,7% de los casos. Los principales motivos de consulta fueron accidentes caseros, riñas, accidentes de tránsito y accidentes de trabajo, encontrándose que “el alcohol aparece en todos los motivos de consulta (...) lo cual apoya la literatura existente sobre la alta asociación entre uso de alcohol y trauma” (CICAD/OEA, Acertar P & G Consultora, 2004, p.25). De otra parte, según datos de la encuesta nacional de salud realizada en 2007, 39% de las personas que reportaron haber sufrido alguna agresión física declararon que el agresor había consumido alcohol, mientras que 17% de las propias víctimas informaron haber consumido alcohol (MPS, 2009). Una aproximación alternativa a la realidad del consumo nocivo de alcohol en Colombia la ofrece un conjunto de estadísticas sobre la presencia de alcohol en la sangre de personas fallecidas en distintas circunstancias. Según datos reportados por la Presidencia de la República en la exposición de motivos que sustenta el Decreto número 120 del 21 de enero de 2010, en Colombia durante los últimos años altos porcentajes de muertos se encontraban bajo los efectos del alcohol en el momento de su fallecimiento. Así ocurría en 57% de los fallecidos en accidente laboral, en 39% de los muertos en accidentes de tránsito, en 33% de muertos en otros accidentes, en 44% de los fallecidos por homicidio, y en 35% de los suicidas (Presidencia de la República de Colombia 2010). De otra parte, según datos de la encuesta nacional de salud realizada en 2007, 39% de las personas que reportaron haber sufrido alguna agresión física declararon que el agresor había consumido alcohol, mientras que 17% de las propias víctimas informaron haber consumido alcohol.

Entre otras conclusiones, tales cifras sugieren que: (i) Hay alto consumo de alcohol en el ámbito laboral; muchas personas consumen alcohol mientras trabajan, o trabajan en oficios de riesgo habiendo consumido alcohol; (ii) muchas personas conducen habiendo consumido alcohol, o sufren un accidente por movilizarse en un vehículo (o moto) conducido por alguien que ha

consumido alcohol, o son atropelladas por desplazarse a pie después de tomar alcohol; (iii) muchas personas cuando consumen alcohol se involucran en riñas, o se exponen a ser víctimas de intolerancia y actos criminales, en algunos casos con consecuencias fatales; (iv) muchas personas consumen alcohol estando deprimidas, angustiadas o agobiadas por otras emociones o sentimientos negativos.

POLÍTICA DE ALCOHOL

En términos generales, la expresión “política de alcohol” -o “política sobre alcohol”- corresponde a un sustantivo plural que designa un conjunto de medidas orientadas a minimizar los daños sociales y para la salud asociados al consumo de alcohol. Estas medidas pueden ser públicas; esto es, de carácter oficial, como actos de gobierno, o estar localizadas en la esfera de algún sector social (*i.e.*, en el medio laboral de una empresa). Pueden incluir medidas que aún sin estar directamente orientadas a afectar el consumo de alcohol en sí mismo, buscan minimizar los daños relacionados con el alcohol; por ejemplo, la promoción de alternativas a la bebida. Según el Comité de Expertos de la OMS sobre Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol (2007), existe también otra variedad de políticas que inciden sobre los problemas relacionados con el alcohol, pero que normalmente no se describen como políticas de alcohol ni se incluyen dentro de una política global de alcohol, por no ser políticas adoptadas o implementadas con el objetivo primario de minimizar la problemática de alcohol (En: OMS, 2011 – Primera reunión de la Red Global de contrapartes nacionales de la OMS para la implementación de la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol - EMRUNA).

En un sentido amplio, cuando las políticas públicas versan sobre la relación entre el alcohol, la salud y el bienestar social, se consideran políticas sobre alcohol (OMS/OPS, 2010). Basándose en su naturaleza y propósito, las políticas sobre alcohol comúnmente se clasifican en dos categorías: distributivas y regulatorias. Las políticas distributivas están hechas con la

intención de proporcionar o movilizar recursos financieros o de otro tipo para poder lograr un objetivo público. Los recursos asignados para educación preventiva sobre alcohol en los colegios, la capacitación al personal de establecimientos de esparcimiento sobre dispensación responsable de bebidas alcohólicas y la provisión de tratamiento para las personas con problemas de abuso/ dependencia de alcohol, son ejemplos de políticas que buscan reducir el daño causado por el alcohol o aumentar el acceso a los servicios para ciertos grupos de la población.

En contraste a las políticas distributivas, las políticas regulatorias buscan influir en las acciones, conductas y decisiones de otros a través del control directo de personas u organizaciones. La regulación económica mediante el control de precios y los impuestos a menudo se aplica a las bebidas alcohólicas para reducir la demanda y generar ingresos tributarios. Las leyes que fijan una edad mínima para la compra y un límite de horas para el expendio se han usado desde hace mucho tiempo para restringir el acceso al alcohol por motivos de salud y seguridad. Las leyes nacionales y locales en lo que respecta a la comercialización de bebidas alcohólicas, y las horas y lugares donde se pueden servir o comprar, son ejemplos de otras políticas regulatorias (OMS/OPS, 2010).

En el informe de la OMS sobre la situación mundial en materia de alcohol y salud (*Global Status Report on Alcohol and Health*, WHO 2011), la política de alcohol se define como “un conjunto articulado de valores, principios y objetivos para reducir la carga de efectos negativos atribuibles al alcohol en la población” (p. 40). El por qué y el para qué de esta política los resume así el organismo internacional:

“La investigación establece más allá de toda duda que existen medidas de salud pública de eficacia comprobada para servir al bien público reduciendo los amplios costos y los problemas relacionados con el uso del alcohol.

“Con ese propósito, es adecuado implementar respuestas que influyan tanto en la cantidad total de alcohol consumida por una población como en los contextos de alto riesgo y en las conductas de consumo de alcohol que tan a menudo se asocian con problemas relacionados con el alcohol. Sería un error concebir estos enfoques intrínsecamente complementarios como alternativas contradictorias” (OMS/OPS, 2010, p. 6).

En este marco, una política nacional de alcohol comprende un conjunto integrado (articulado) de políticas y estrategias específicas, con sus correspondientes mecanismos y acciones de implementación (WHO, 2011). Las anteriores nociones y fundamentos de política de alcohol -o sobre alcohol- se traducen operacionalmente, a nivel global, en la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA), enunciada y auspiciada por la OMS, y a nivel nacional, en estrategias como la que aquí se presenta para Colombia, formulada e impulsada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tanto en el plano global como en el nacional, estas iniciativas se originan y tienen soporte político y técnico en una secuencia de hitos o eventos antecedentes que tuvieron lugar a lo largo de tres décadas; los más importantes se mencionan brevemente en seguida: En 1979, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) le pidió a los Estados Miembros de la OMS desarrollar “programas preventivos intensivos” y una “legislación apropiada y otras medidas que permitan una acción efectiva” para reducir el uso nocivo de alcohol. En 1983, la AMS recomendó a los Estados Miembros “formular políticas nacionales comprehensivas, con medidas preventivas como una prioridad”. En 2005, la AMS nuevamente requirió a los Estados Miembros “desarrollar, implementar y evaluar estrategias y programas efectivos para reducir la consecuencias negativas sociales y para la salud del consumo nocivo de alcohol”. En 2010, la 63a AMS aprobó la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol – EMRUNA (OMS, 2011). A continuación se

presenta una reseña sinóptica de la EMRUNA, con énfasis en sus objetivos y sus áreas prioritarias de acción. Otros aspectos, como los criterios orientadores, los principios rectores, las políticas e intervenciones específicas sugeridas y las recomendaciones para la implementación se exponen en detalle más adelante, como referentes fundamentales que son de la Estrategia Nacional para la Prevención y la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia.

ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA REDUCCIÓN DEL USO NOCIVO DE ALCOHOL

La estrategia global formulada por la OMS y aprobada por la AMS es el producto de un largo proceso que abarcó diversas iniciativas estratégicas globales y regionales, numerosos encuentros internacionales, consultas con todas las partes interesadas, tales como organizaciones y grupos de la sociedad civil y operadores económicos, y un extenso y profusamente documentado acopio de información de soporte en todas las dimensiones de análisis y aplicación. La estrategia encierra un conjunto de principios que deben guiar el desarrollo y la implementación de políticas en todos los niveles; establece áreas prioritarias para la acción global, recomienda áreas objetivo para la acción nacional, y otorga a la OMS un sólido mandato para fortalecer las acciones en todas las áreas.

Como se mencionó en la introducción, la EMRUNA comprende como objetivos:

- Concientización sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el uso nocivo de alcohol
- Construcción de conocimientos sobre la problemática y las alternativas para superarla;
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta para la prevención y la mitigación de los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol;
- Fortalecimiento de las alianzas, la coordinación y la movilización de recursos frente a la problemática;

y seguimiento, difusión y uso de la información con fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

La EMRUNA señala diez áreas prioritarias recomendadas para la acción nacional:

1. Liderazgo, concientización y compromiso
2. Respuesta de los servicios de salud
3. Acción comunitaria
4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
5. Disponibilidad de alcohol
6. Mercadeo de las bebidas alcohólicas
7. Políticas de precios
8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción artesanal
10. Seguimiento y vigilancia.

El documento oficial de la EMRUNA contiene la Resolución de la 63a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2010, con la cual se aprueba y se adopta la estrategia y se insta a todos los Estados Miembros de la OMS a adoptarla y aplicarla según proceda, teniendo en cuenta las particularidades, los recursos y las capacidades de cada país.

El documento incorpora también las resoluciones de las asambleas mundiales de la salud que antecedieron a la EMRUNA; en particular la 58a, realizada en 2005, y la 61a, realizada en 2008. Adicionalmente, el documento contiene una reseña del proceso de consultas, deliberaciones, estudios, ejercicios de concertación sobre componentes específicos y otros preparativos de la estrategia. Como complemento, se presenta una recopilación anexa de

datos demostrativos de la eficacia y la costo-eficacia de las intervenciones sugeridas en la estrategia para reducir el uso nocivo de alcohol.

La implementación de la EMRUNA demanda un firme compromiso de cada uno de los Estados Miembros de la OMS, una estrecha colaboración entre estos y la Secretaría General de la OMS, y un involucramiento activo de asociados internacionales de desarrollo, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, el estamento académico y los centros de investigación social, además de las instituciones de salud pública en todos los niveles (nacional, regional y local).

ESTRATEGIA NACIONAL: CRITERIOS ORIENTADORES

El compromiso de reducir el consumo nocivo del alcohol en Colombia constituye una oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social de toda la población y mitigar las cargas de morbilidad y mortalidad asociadas al alcohol. Sin embargo, el logro de estos propósitos está mediado por grandes desafíos que se deben tener en cuenta en la formulación e implementación de las iniciativas o programas nacionales que se deriven del compromiso planteado. Consistentemente con los lineamientos expuestos en la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol (OMS, 2010) y en consonancia con la realidad nacional, se trata de:

(a) Reforzar las acciones nacionales y la cooperación internacional. Las actuales tendencias sanitarias, culturales y comerciales a nivel mundial y regional indican que el uso nocivo del alcohol seguirá siendo un problema pluridimensional. Es necesario reconocer esas tendencias globales, sus manifestaciones particulares en Colombia y aportar respuestas apropiadas en todos los niveles. A este respecto, como lo reconoce la propia Organización Mundial de la Salud, hace falta orientación global y una mayor colaboración internacional para respaldar y complementar las iniciativas regionales y de cada país. La difusión de información sobre estrategias metodológicas, herramientas, experiencias exitosas (buenas prácticas) y lecciones aprendidas en el ámbito internacional es un soporte necesario y valioso para fortalecer la capacidad de respuesta nacional ante la problemática del consumo nocivo de alcohol.

(b) Fortalecer la cooperación y la coordinación intersectorial.

La diversidad de los problemas asociados con el alcohol y de las medidas necesarias para reducir los daños conexos conllevan la necesidad de una acción integral en muchos sectores. Las políticas destinadas a reducir el uso nocivo de alcohol deben trascender la esfera de la salud e involucrar a sectores como la educación, el bienestar social, las comunicaciones, la cultura, la movilidad, el deporte, la recreación, el turismo, la justicia, la industria y el comercio, la política fiscal, el desarrollo y la participación comunitaria, etc.

(c) Asignar la prioridad necesaria, para que ello se traduzca en

atención efectiva sobre la problemática y sobre las alternativas para superarla. Las instancias decisorias a menudo otorgan poca prioridad a la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol, pese a la contundente evidencia disponible acerca de sus graves efectos en la salud pública y en otras esferas, como la convivencia social, la seguridad ciudadana y el desarrollo socioeconómico. Adicionalmente, existe una clara discrepancia entre la creciente disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas en países en desarrollo o de ingresos medios -como Colombia-, y la capacidad de estos países para hacer frente a la carga de problemas y costos adicionales asociados a dicha tendencia. Si no se presta a esta problemática la atención que merece, no se detendrá la propagación de prácticas sociales y hábitos de consumo nocivo de alcohol.

(d) Conciliar distintos intereses. La producción, la distribución,

el mercadeo y el expendio de bebidas alcohólicas generan empleo y beneficios materiales considerables para los actores económicos, así como ingresos fiscales importantes para el Estado en distintos niveles. Las medidas oficiales para reducir el consumo nocivo de alcohol a veces son juzgadas como contradictorias o en conflicto con otros fines, como la libertad empresarial y de consumo, y pueden ser percibidas como perjudiciales para la economía y para los ingresos tributarios del Estado. Los formuladores de políticas enfrentan el desafío de dar la debida prioridad a la promoción y la protección de la salud

pública y el bienestar social, tomando en consideración al mismo tiempo otros fines, intereses y responsabilidades –como las obligaciones legales internacionales sobre comercio. Al respecto, se debe tener en cuenta que los acuerdos internacionales de comercio reconocen el derecho de los países a tomar medidas para proteger la salud de la población, en el entendido que estas no serán aplicadas de manera que impliquen discriminación arbitraria o injustificada, o restricciones encubiertas al comercio. En este sentido, las medidas que se adopten en los niveles nacional, regional e internacional deben ser consistentes tanto con los principios de la libre empresa como con el fin superior de reducir las consecuencias del consumo nocivo de alcohol.

(e) **Centrarse en la equidad.** Las tasas de consumo de bebidas alcohólicas a nivel poblacional son mucho menores en las sociedades pobres que en las ricas. En el plano nacional, como lo indica el estudio antes mencionado, las prevalencias de consumo de alcohol en los estratos socioeconómicos altos son mayores que en los estratos bajos. Sin embargo, para un mismo nivel de consumo, la población más pobre puede sufrir daños atribuibles al alcohol notablemente más graves. En términos de grupos etarios, en Colombia como en muchos otros países los jóvenes son el grupo poblacional en mayor riesgo y en el cual se presenta la más alta incidencia de consumo nocivo de alcohol. Urge entonces formular y aplicar políticas y programas que reduzcan esas disparidades sociales, lo que es ya un criterio orientador en el ámbito internacional y debe serlo también en el orden nacional. Consecuentemente, se requieren políticas eficaces para generar y difundir nuevos conocimientos sobre la compleja interacción entre el consumo nocivo de alcohol y las inequidades sociales y de acceso a la salud, sobre todo en los sectores más deprimidos económicamente y en otros grupos poblacionales en situación de riesgo y alta vulnerabilidad (niños y jóvenes en general, población desplazada, habitantes de calle, adolescentes en conflicto con la ley, etc.).

(f) **Tener en cuenta los contextos específicos.** Gran parte de los datos publicados sobre la eficacia de las intervenciones de

política relacionadas con el alcohol corresponden a países de ingresos altos, y se ha manifestado preocupación por el hecho de que la eficacia de las intervenciones dependa del contexto y de que éstas no sean replicables en otros entornos. Sin embargo, muchas intervenciones destinadas a reducir el consumo nocivo del alcohol se han llevado a cabo en una amplia variedad de culturas y entornos, y sus resultados suelen ser coherentes y acordes con las teorías en que se sustentan y con la evidencia reunida en áreas similares de la salud pública. Los responsables del desarrollo y la aplicación de las políticas deben aspirar primordialmente a diseñar intervenciones eficaces adaptadas a los contextos locales, y a desarrollar mecanismos apropiados de seguimiento y evaluación que proporcionen retroalimentación para fundamentar las medidas ulteriores.

(g) **Mejorar la información.** Los Estados Miembros de la ONU, la OMS y otros interesados directos han desarrollado sistemas para recopilar, analizar y difundir datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las respuestas de política correspondientes. Sigue habiendo grandes lagunas de conocimientos, y es importante hacer más hincapié en la producción y la difusión de información y conocimiento para seguir avanzando en este ámbito, especialmente en los países en desarrollo. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (GISAH; <http://www.who.int/globalatlas/alcohol>), y los

sistemas integrados de información regional ofrecen un medio para hacer un mejor seguimiento de los progresos logrados en la reducción del uso nocivo del alcohol a nivel mundial y regional (OMS, 2010).

PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

Según el concepto de la OMS, los esfuerzos desplegados a nivel nacional y local pueden ser más fructíferos si se ven respaldados por iniciativas regionales y mundiales en el contexto de marcos normativos previamente acordados. Así pues, la finalidad de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol es apoyar

y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros.

La visión que anima a la estrategia mundial es la mejora de la salud y el bienestar social de las personas, las familias y las comunidades, reflejada en particular en una reducción considerable de la morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol y de sus consecuencias sociales. La estrategia mundial promoverá y respaldará las iniciativas nacionales y locales destinadas a prevenir y reducir el consumo nocivo del alcohol.

La estrategia mundial tiene por objeto ofrecer orientación para actuar en todos los niveles; determinar esferas prioritarias para la acción, y recomendar una serie de políticas y medidas, adaptándolas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las características socio-culturales, el contexto institucional, las prioridades de salud pública y los recursos y capacidades existentes (OMS, 2010).

En este marco y en consonancia con el ordenamiento legal e institucional del país y con las políticas, los planes y los programas vigentes en materia de salud pública y bienestar social, el objetivo general de la estrategia nacional es contar con una respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia, que permita prevenir el consumo y disminuir los efectos sociales y de salud pública asociados al consumo nocivo.

Esta iniciativa comprende los siguientes objetivos específicos: Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol en la población. Reducir el impacto social y de salud pública del consumo nocivo de alcohol. Fortalecer la respuesta institucional y comunitaria frente al consumo de alcohol y sus consecuencias.

La estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol en Colombia comparte e integra los cinco propósitos principales planteados en la estrategia mundial. Estos son:

(a) Aumentar la concientización respecto de la magnitud y la

naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el consumo nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de las autoridades para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol. En Colombia, esto significa reforzar la sensibilización y la movilización ciudadana, así como el compromiso y la participación del estamento gubernamental en los niveles nacional, departamental y local/municipal.

(b) Ampliar el conocimiento sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños. En el plano nacional, esto supone intensificar los esfuerzos en materia de investigación, educación continuada de profesionales de las ciencias sociales y de la salud, capacitación de funcionarios y líderes cívicos y comunitarios, y formación de nuevos multiplicadores de acciones preventivas y de mitigación de daños asociados al consumo excesivo de alcohol (docentes, comunicadores sociales, promotores juveniles, trabajadores de la industria del esparcimiento, etc.).

(c) Incrementar el apoyo técnico prestado por los organismos internacionales y reforzar la capacidad para prevenir el consumo nocivo del alcohol y mitigar los trastornos de salud y otros problemas asociados. Consecuentemente, la estrategia nacional buscará ampliar y fortalecer los nexos con organismos internacionales de cooperación (OMS/OPS y otros), haciendo extensiva al mismo tiempo la asistencia técnica, el acompañamiento y la cooperación entre instituciones y organizaciones no gubernamentales en los planos nacional, regional y local.

(d) Fortalecer las alianzas y la coordinación entre todas las instancias y los actores pertinentes, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del consumo nocivo del alcohol. Por consiguiente, la coordinación interinstitucional, la cogestión de los sectores público y privado, el trabajo en red y la promoción de

sinergias son también propósitos esenciales de la estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol en Colombia.

(e) Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia en distintos niveles, y la difusión y aplicación de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación. Así, el acopio sistemático de información sobre el consumo nocivo de alcohol y su análisis en términos territoriales, de grupos poblacionales y de áreas específicas de la problemática (salud, convivencia, seguridad, movilidad, etc.), servirán de soporte y retroalimentación a las políticas y las acciones comprendidas en la estrategia nacional.

El consumo nocivo del alcohol y los problemas que conlleva están determinados por los niveles de consumo entre la población, los patrones y las prácticas sociales de consumo y las especificidades socioculturales de los contextos locales. Para alcanzar los cinco objetivos señalados será necesario adoptar medidas con respecto a los niveles, las pautas y los contextos del consumo de alcohol y otros determinantes sociales. Se debe hacer especial hincapié en reducir los daños sufridos por las personas que rodean a quienes consumen y por las poblaciones expuestas a un mayor riesgo en caso de consumo nocivo del alcohol, como niños, adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, población en condiciones materiales precarias y otros grupos vulnerables.

PRINCIPIOS RECTORES

La protección de la salud y el bienestar social de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad global y del país. Los principios expuestos a continuación, consistentes con los enunciados en la estrategia mundial impulsada por la OMS y que guiarán la formulación y aplicación de políticas a todos los niveles, reflejan la gran diversidad de factores determinantes de los daños relacionados con el alcohol y las medidas multisectoriales

concertadas necesarias para ejecutar intervenciones eficaces.

(a) La formulación de las políticas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol debe guiarse por los intereses de salud pública y basarse en objetivos de salud pública y bienestar social claramente definidos y sustentados en la mejor evidencia disponible.

(b) Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos socioculturales regionales y locales.

(c) Todas las partes interesadas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no se socave la aplicación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.

(d) Hay que otorgar la debida prelación a la salud pública en caso de conflicto de intereses y promover enfoques que propicien esa forma de actuar.

(e) La protección de las poblaciones expuestas a un gran riesgo de sufrir daños atribuibles al alcohol y de las expuestas a los efectos del consumo nocivo de terceros debe ser parte integrante de las políticas destinadas a hacer frente al uso nocivo del alcohol.

(f) Las personas y las familias afectadas por el uso nocivo del alcohol deben tener acceso expedito a servicios eficaces de prevención y atención.

(g) Los niños, los adolescentes y los adultos que optan por no consumir bebidas alcohólicas tienen derecho a que se respete su decisión de no beber y a estar protegidos de las presiones para que consuman alcohol.

(h) Las políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol deben abarcar todas las bebidas alcohólicas, incluidas las artesanales (OMS, 2010).

COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

Una premisa de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol es que este fenómeno y sus consecuencias se pueden reducir si los países adoptan medidas eficaces para proteger a la población. Los Estados Miembros de la ONU tienen entonces la responsabilidad primordial de formular, aplicar, supervisar y evaluar políticas públicas de reducción del uso nocivo del alcohol. Esas políticas necesitan una amplia gama de estrategias de prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta orientadas a la salud pública. Para que las medidas se apliquen con éxito, habrá que respaldarlas con actividades de vigilancia del impacto y el cumplimiento y estableciendo acciones correctivas para los casos o los aspectos en que no se cumplan las políticas y las determinaciones adoptadas.

Un compromiso político sostenido, una coordinación eficaz, una financiación sostenible y la participación oportuna de las administraciones locales y departamentales, así como de la sociedad civil y los agentes económicos, son esenciales para el éxito de esa empresa. Numerosas instancias decisorias, como ministerios y otras instituciones nacionales, así como autoridades departamentales y municipales deberán tomar parte en la formulación y aplicación de las políticas relativas al alcohol.

Uno de los preceptos enunciados en la estrategia mundial para la reducción del uso nocivo de alcohol señala que “los gobiernos han de establecer mecanismos de coordinación eficaces y permanentes, como un consejo nacional sobre el alcohol, integrado por representantes de alto nivel de numerosos ministerios y otros asociados, para garantizar un enfoque coherente en las políticas referentes al alcohol y un equilibrio adecuado entre los objetivos relativos al uso nocivo del alcohol y otros objetivos de políticas públicas” (OMS, 2010). En la estrategia nacional, este precepto se materializa en la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol, creada mediante el Decreto número 120 de 2010.

Las políticas y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en 10 esferas de acción recomendadas por la OMS en la estrategia mundial, que se apoyan y complementan entre sí, a saber:

- Liderazgo, concientización y compromiso
- Respuesta de los servicios de salud
- Acción comunitaria
- Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- Disponibilidad de alcohol
- Mercadeo de las bebidas alcohólicas
- Políticas de precios
- Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción artesanal
- Seguimiento y vigilancia.

POLÍTICAS E INTERVENCIONES

1. Liderazgo, concientización y compromiso

La efectividad y la sostenibilidad de la estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol en Colombia suponen un ejercicio eficaz de liderazgo institucional que promueva la concientización social sobre la problemática, impulse la contribución de todos los sectores relevantes (salud, bienestar social, educación, cultura, movilidad, seguridad, desarrollo económico, etc.), asegure la articulación de las iniciativas en esta materia con las demás políticas en esos mismos sectores, fomente el compromiso de las autoridades locales y departamentales, estimule la participación de las organizaciones de la sociedad civil, fortalezca la cooperación y la coordinación entre los distintos actores, y garantice el seguimiento y la evaluación de las intervenciones desarrolladas.

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta

esfera comprenden:

- Instalación y puesta en funcionamiento de la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol, como instancia asesora y de coordinación y concertación de la política pública sobre alcohol. Esta Comisión estará integrada por: el ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el ministro de Educación Nacional, el ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, y el ministro de Transporte. Las principales funciones de la Comisión son: (i) Asegurar la coordinación y el seguimiento de las acciones de las entidades públicas para el control del consumo abusivo de alcohol; (ii) proponer la adopción de políticas públicas en esta materia, y (iii) formular parámetros que orienten a las entidades hacia una gestión coordinada y eficiente.

A la Comisión podrán ser invitados los sectores público y privado (particularmente las entidades prestadoras de servicios de salud y las industrias aseguradora, de bebidas alcohólicas y del esparcimiento), la academia, los partidos y movimientos políticos, las organizaciones sociales y las entidades gremiales (Presidencia de la República, Decreto número 120 de 2010).

- Articulación con la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, formulada en 2007. Las acciones comprendidas en esta estrategia serán consistentes con los propósitos de esa política (reducir la vulnerabilidad al consumo, reducir el impacto del consumo y crear capacidad de respuesta frente al consumo y sus consecuencias), y se enmarcarán en los ejes operativos de dicha política (prevención, mitigación y superación).
- Articulación con el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2011-2014.
- Articulación con el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2020; en particular con las acciones previstas en el marco de la prioridad de Salud Mental (en formulación).
- Incorporación del componente de prevención y reducción del

consumo nocivo de alcohol en los planes departamentales y municipales de salud, promoviendo a la vez la cooperación y la coordinación interinstitucional e intersectorial, y la formulación e implementación de acciones específicas en otras áreas de las administraciones locales (educación, bienestar social, cultura, movilidad, turismo, etc.)

- Incorporación de un componente específico de educación preventiva sobre riesgos y peligros del consumo de alcohol en la estructura curricular de los programas de educación básica secundaria, en establecimientos públicos y privados de todo el país. Dicho componente deberá incluir un módulo especial de capacitación para los docentes, así como actividades formativas dirigidas a los padres de familia.
- Realización de campañas y programas de sensibilización y concientización social sobre la problemática del consumo nocivo de alcohol, orientadas a fomentar la responsabilidad ciudadana en el uso del alcohol y, en particular, el compromiso de los adultos en la protección de los niños y los adolescentes frente a los riesgos de consumir bebidas embriagantes.
- Convocatoria a las universidades y otros centros de estudio para que desarrollen acciones investigativas y de educación en los temas de consumo nocivo de alcohol, perjuicios que ocasiona y acciones eficaces para contrarrestarlo.
- Invitación abierta y gestiones directas por sectores para promover la cooperación de los medios de comunicación, el sector privado (agregaciones y grandes empresas), las organizaciones cívicas y los organismos internacionales en las acciones preventivas y de reducción del consumo nocivo de alcohol.

2. Respuesta de los servicios de salud

Los servicios de salud son esenciales para abordar los daños causados por el consumo nocivo del alcohol, y deben ofrecer intervenciones preventivas y de tratamiento a las personas que corren el riesgo de sufrir enfermedades u otras afecciones por el

consumo de alcohol, o que ya las padecen.

Otras funciones importantes de los servicios y los profesionales de la salud consisten en informar a la sociedad sobre las repercusiones del consumo nocivo de alcohol, ayudar a las comunidades en sus esfuerzos por reducir el consumo nocivo de alcohol y promover respuestas sociales eficaces. Los servicios de salud deben llegar a una amplia gama de actores y fomentar su participación. La respuesta de los servicios de salud debe reforzarse y financiarse suficientemente, de manera que se ajuste a la magnitud de los problemas de salud pública ocasionados por el consumo nocivo de alcohol (OMS, 2010).

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera comprenden:

- Desarrollo de una estrategia de salud pública que permita atender los problemas derivados del consumo de alcohol en el marco de la Atención Primaria en Salud, desde los componentes de salud mental y sustancias psicoactivas.
- Implementación de intervenciones breves en los servicios de salud para personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: Adopción de la guía de intervenciones breves (información/ educación, orientación y consejería) en alcohol y otras sustancias psicoactivas (OMS, 2011 y Ministerio de Salud y Protección Social, 2011). o Sensibilización y capacitación del recurso humano de los servicios de salud o Identificación de casos: tamizaje y evaluación o Apoyo a sistemas de referencia y contra-referencia. Capacitación de personal de servicios de salud y bienestar estudiantil en colegios y universidades.
- Prevención, detección e intervención temprana del Síndrome de Alcoholismo Fetal (FASD, por sus siglas en inglés), mediante la ejecución y el desarrollo de la Ley 1385 de 2010, por la cual se establecen acciones para prevenir el FASD por el consumo de alcohol en las mujeres en estado de embarazo. Las acciones específicas son:
 - Socialización de la Ley 1385 en la totalidad de las

regionales del ICBF, las secretarías departamentales y municipales de salud, y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en las áreas de atención y educación materna y protección de la niñez. Inclusión y visibilización del FASD en los programas de salud sexual y reproductiva y de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

- Implementación del Manual para la Detención e Intervención Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas de Salud Mental en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes – SAAJ (MSPS)
- Actualización de las normas técnicas y las guías de atención de los servicios de salud en todo el territorio nacional.
- Implementación de la “Guía de AIEPI Neonatal [Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia]: Intervenciones basadas en la Evidencia”, elaborada por el MSPS en 2010.
- Implementación de la guía de atención integral en salud sobre intoxicación etílica y afecciones asociadas al consumo nocivo de alcohol.
- Implementación de la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.
- Integración de las acciones en alcohol y otras sustancias psicoactivas bajo el enfoque de atención primaria en salud al Plan Decenal de Salud Pública 2011-2020 y a los planes territoriales de salud pública.
- Registro y vigilancia epidemiológica de problemas de salud asociados al consumo de alcohol.

3. Acciones comunitarias

El consumo nocivo de alcohol tiene un impacto diferencial en las distintas comunidades, por lo que es importante hacer mayores

esfuerzos para trabajar con dichas poblaciones y subpoblaciones que puedan estar en mayor riesgo de tener consecuencias desfavorables por el consumo nocivo de alcohol, de tal forma que sus integrantes no sólo sean receptores de intervenciones, sino agentes activos capaces de transformar su realidad en torno al consumo. Para esto, las instituciones y otros asociados (*i.e.*, OSC/ONG, universidades) pueden ayudar a las comunidades a potenciar su capacidad para adoptar estrategias eficaces que permitan prevenir y reducir el consumo nocivo de alcohol, modificando prácticas colectivas relacionadas con el consumo, sin dejar de respetar las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores (OMS, 2010).

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera comprenden:

- Apoyo a la realización de evaluaciones rápidas de situación para identificar la problemática de consumo nocivo de alcohol y las acciones prioritarias a nivel local y comunitario (barrios, comunidades educativas y asentamientos poblacionales en condiciones críticas).
- Implementación de estrategias de detección e intervención temprana del FASD en los dispositivos de base comunitaria, tales como las Zonas de Orientación Escolar (ZOE), las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) y los Centros de Escucha.
- Fomento de un mayor conocimiento de los daños relacionados con el alcohol a nivel local y promoción de respuestas eficaces y costo-eficaces adecuadas a los determinantes locales del consumo nocivo de alcohol y los problemas conexos.
- Fortalecimiento de la capacidad de las autoridades locales para fomentar y coordinar acciones comunitarias concertadas, respaldando e impulsando el desarrollo de políticas municipales destinadas a reducir el consumo nocivo de alcohol, y su capacidad para generar alianzas y redes de instituciones y organizaciones no gubernamentales y comunitarias.

- Difusión de información sobre experiencias exitosas (buenas prácticas) y lecciones aprendidas de intervenciones comunitarias eficaces para su posible adaptación y aplicación en otras comunidades.
- Movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas en este grupo de población, y para crear y apoyar entornos sin alcohol en inmediaciones de establecimientos educativos y de instalaciones dedicadas a la recreación, el deporte y las expresiones artísticas y culturales juveniles.
- Consistentemente con lo anterior, en el marco de esta línea se avanza en el diseño y puesta en marcha del programa “Pactos Comunitarios”, el cual es una estrategia de movilización y autorregulación comunitaria para la prevención del consumo nocivo de alcohol y la mitigación de las consecuencias negativas de dicho consumo, a partir de un modelo fundamentado en elementos como la participación social, la formación de redes y el empoderamiento comunitario, de tal forma que se convierte en un eje de articulación de actores y estrategias que en una comunidad particular se pudiesen haber venido trabajando o que se vea la necesidad de integrar, como por ejemplo:
 - Zonas de Orientación Escolar o Zonas de Orientación Universitaria o Centros de Escucha Comunitarios o Programa Pactos por la Vida o Iniciativas o programas adscritos a la administración municipal o a las redes institucionales de prestación de servicios en Salud Mental
- Atención y apoyo en las comunidades a personas afectadas por problemas de consumo de alcohol y sus familias, mediante información, orientación y acompañamiento para el acceso a servicios de salud y/o especializados en el tema (entidades de prevención y tratamiento, grupos de autoayuda o AA).
- Apoyo a programas comunitarios para grupos en situación de riesgo y alta vulnerabilidad (*i.e.*, jóvenes

desescolarizados, desempleados, población desplazada), y referentes a problemas como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o artesanales y a eventos populares en los que suele presentarse consumo excesivo de alcohol (espectáculos, ferias y fiestas, celebraciones masivas, etc.).

- Difusión y empoderamiento en las comunidades sobre la Ley 1566 de 2012 y su guía práctica para entender lo que en ella se propone en relación con la exigibilidad de los derechos en salud, el acceso a tratamientos por la adicción o trastornos mentales asociados al consumo de SPA (concretamente alcohol en este caso) y la eliminación de barreras de acceso.

4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol

Cuando se conduce bajo los efectos del alcohol se encuentran afectadas la capacidad de juicio, la coordinación, la percepción visual y auditiva, los reflejos y otras funciones psicomotoras. La conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol es un importante problema de salud pública y seguridad que afecta no sólo al bebedor, sino también a sus acompañantes y, en muchos casos, a otras personas. Existen intervenciones respaldadas por datos muy sólidos que permiten reducir la conducción bajo la influencia del alcohol. Estas incluyen medidas disuasorias destinadas a disminuir la probabilidad de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual será menor la probabilidad de accidentes propiciados por el alcohol (OMS, 2010). En Colombia como en otros países son también muy frecuentes los traumatismos por accidentes de tránsito relacionados con peatones ebrios, por lo que las medidas a este respecto son de alta prioridad.

Políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera:

- Formulación de una política de cero tolerancia a la conducción

bajo efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas (en trámite en el Congreso de la República).

- Apoyo al fortalecimiento técnico y operativo de las autoridades viales y de movilidad urbana para mejorar el control, mediante pruebas de alcoholemia en terreno y la inmovilización preventiva de vehículos conducidos por personas alicoradas.
- Desarrollo de estrategias comunicacionales orientadas a la sensibilización y la concientización ciudadana sobre los riesgos y los daños asociados a la conducción y al desplazamiento a pie por la vía pública bajo efectos del alcohol (en asocio con las autoridades de tránsito).
- Apoyo a campañas, programas y otras iniciativas del sector privado -en particular la industria del esparcimiento- para fomentar alternativas de transporte seguro para las personas alicoradas, y las ya conocidas con consignas como: “conductor elegido”, “entregue las llaves”, “si va a manejar no tome”, etc.

5. Disponibilidad de alcohol

Las estrategias de salud pública destinadas a regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante leyes, políticas y programas son un medio importante para reducir el nivel general de uso nocivo del alcohol. Esas estrategias prevén medidas para evitar el

acceso fácil al alcohol por parte de grupos especialmente vulnerables o de alto riesgo. El grado de reglamentación de la disponibilidad de alcohol depende de las circunstancias propias de cada país, en particular del contexto social, cultural y económico, y de las obligaciones internacionales vinculantes en vigor (OMS, 2010).

Políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera:

- Aplicación efectiva en todo el territorio nacional de la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad, ampliando las operaciones de vigilancia y control a los establecimientos de venta y consumo de alcohol; intensificando las acciones de concientización a los comerciantes minoristas y

los trabajadores de la industria del esparcimiento; colocando anuncios referentes a esta prohibición en los establecimientos en los que se expendan bebidas alcohólicas; diseñando campañas y piezas comunicacionales para su difusión en medios masivos (radio, prensa, televisión) y su colocación en el espacio público (vallas, paraderos, sitios concurridos); y promoviendo la movilización ciudadana para el ejercicio de la veeduría cívica, el control social y la denuncia de posibles infracciones a la norma.

- Aplicación efectiva en todo el territorio nacional de la prohibición de trabajo de menores de edad en establecimientos en los que se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas (Decreto 120 de 2010). Además de los establecimientos convencionales de venta y consumo de alcohol (bares, tabernas, discotecas, etc.) esta prohibición se extiende a otros establecimientos en los que paralelamente a la venta y consumo de bebidas alcohólicas se desarrollan actividades recreacionales o de esparcimiento adulto, tales como canchas de tejo, salones de billar, juegos de destreza (“dardos”, “rana”) y juegos de azar (apuestas, bingo, etc.).
- Fomento de las acciones de responsabilidad social de las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y de la industria del esparcimiento para incentivar el cumplimiento de la prohibición de expendio de alcohol a los menores de edad; la restricción del acceso de menores a los escenarios de esparcimiento en los que se consuman bebidas alcohólicas; la restricción a la venta de licor a personas ebrias; la supresión de promociones de bebidas alcohólicas y otras prácticas que estimulen el consumo excesivo de alcohol en establecimientos de esparcimiento (como los llamados “*happy hours*” y los concursos que se premian con alcohol), y la promoción amplia y continuada de la responsabilidad y la moderación entre los consumidores adultos de alcohol.
- Fortalecimiento de las medidas de control del consumo de alcohol en el espacio público, en el medio laboral o durante la jornada de trabajo, en los entornos educativos, en espectáculos y otros eventos masivos, y en las instalaciones

de todas las instituciones y demás entidades que ofrezcan servicios sociales o en las que se realicen actividades artísticas, deportivas, culturales o educativas.

- Promoción de la regulación de horarios de expendio y consumo de alcohol en zonas residenciales, comerciales y de esparcimiento identificadas como de alta vulnerabilidad e impacto potencial en términos de salud pública, seguridad, movilidad y convivencia ciudadana, a nivel local.
- Prohibición y control efectivo de la venta de bebidas alcohólicas en el espacio público y en puestos de comercio informal (casetas, ventas ambulantes, puestos de dulces y comestibles, vehículos estacionados, etc.).

Fortalecimiento de las medidas de control al expendio de bebidas ilícitas o de contrabando, licor adulterado y bebidas artesanales.

6. Mercadeo de bebidas alcohólicas

La reducción del impacto del mercadeo y la publicidad de bebidas alcohólicas, sobre todo entre los niños y los adolescentes, es un objetivo importante si se quiere reducir el consumo nocivo de alcohol. El alcohol se comercializa mediante técnicas publicitarias y de promoción cada vez más sofisticadas, por ejemplo la vinculación de marcas de alcohol a actividades deportivas y culturales, el patrocinio de eventos populares, la utilización de Internet y las redes sociales y otras técnicas de comunicación. Es muy difícil orientar la mercadotecnia a consumidores adultos jóvenes sin exponer al mismo tiempo a ella a los niños y los adolescentes. Tanto el contenido como la magnitud de la exposición de los jóvenes al mercadeo y la publicidad de bebidas alcohólicas son problemas fundamentales (OMS, 2010).

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera comprenden:

- Fortalecimiento de los controles a la publicidad de bebidas alcohólicas; en particular, a la difusión de anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas en radio y televisión en

horarios familiares o de alta audiencia juvenil e infantil; a la colocación de vallas u otras piezas publicitarias en entornos educativos, deportivos y culturales; a la publicidad de bebidas alcohólicas en eventos con alta presencia de público juvenil e infantil; al patrocinio de equipos deportivos y grupos artísticos o culturales conformados por menores de edad; a la utilización de imágenes de adolescentes en anuncios de bebidas alcohólicas; y, en general, a la exposición de los menores de edad a cualquier tipo de publicidad de bebidas alcohólicas.

- Cumplimiento efectivo de la medida que obliga a anunciar en los envases y en la publicidad de las bebidas alcohólicas la prohibición del expendio de tales bebidas a menores de edad, de manera que en los impresos dicha prohibición sea perfectamente visible, y que en los medios sonoros el anuncio de esa prohibición sea claramente audible. Así, se evitará que en los medios impresos (etiquetas de envases y anuncios) el texto de la prohibición se coloque al margen, en forma vertical o con una tipografía difícil de leer, o que en los anuncios radiales y de televisión la prohibición se emita a una velocidad que dificulte su audibilidad y comprensión.
- Cumplimiento efectivo de la medida que obliga a anunciar claramente en los envases y en la publicidad de las bebidas alcohólicas que “el exceso de alcohol es perjudicial para la salud”, de forma que en los impresos dicho mensaje esté en un lugar destacado y perfectamente legible, y que en los medios sonoros ese mensaje sea claramente audible y entendible. Al igual que en la medida anterior, se evitará que en los medios impresos (etiquetas de envases, empaques o anuncios) el texto del mensaje se coloque al margen, en forma vertical o con una caligrafía/ tipografía que dificulten su lectura, o que en los anuncios sonoros ese mensaje se emita a una velocidad que dificulte su audibilidad y comprensión.
- Gestión de medidas tendientes a evitar que el patrocinio de equipos deportivos representativos del país o de los departamentos y los municipios (selecciones nacionales/ departamentales/ municipales) por parte de empresas

productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas conlleve la promoción de tales bebidas o la incentivación de su consumo, particularmente entre los jóvenes. En el mismo sentido, se impulsarán medidas para evitar que el patrocinio de eventos populares y espectáculos deportivos o artísticos por parte de empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas conlleve la promoción de tales bebidas o la incentivación de su consumo, particularmente entre los jóvenes.

En ambos casos, las medidas prioritarias o que se impulsarán en primera instancia serán acuerdos o pactos de voluntad entre las autoridades en los respectivos niveles (nacional, departamental, local), las entidades directivas de los equipos u organizadoras de los eventos, y las empresas patrocinadoras. No obstante, si transcurrido un tiempo prudencial y previa evaluación de los avances y los obstáculos registrados en esta materia, la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol encuentra fallidos o infructuosos los esfuerzos para la materialización de tales acuerdos, se procederá a impulsar medidas legislativas y otros actos oficiales tendientes a restringir el patrocinio de equipos deportivos, eventos populares y espectáculos deportivos y artísticos por parte de empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas. Las medidas restrictivas que a este respecto se impulsen y se adopten estarán amparadas tanto por normas constitucionales de protección de la salud pública y el bienestar social de la población, como por convenios y tratados internacionales vinculantes en los campos de la salud, la seguridad humana, la protección de la niñez y otros temas conexos.

7. Políticas de precios

Los consumidores de bebidas alcohólicas son sensibles a las variaciones del precio de las bebidas. Se pueden emplear políticas de fijación de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad y detener la progresión hacia el consumo excesivo de alcohol entre los adultos. De

acuerdo a la experiencia internacional, el aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el consumo nocivo de alcohol, lo cual se reiteró en la primera reunión de la Red Panamericana de Alcohol realizada en México en el año 2012, en la que se concluyó que ésta era la medida más costo- efectiva y recomendada por la OMS. Un factor clave para el éxito de las políticas de precios orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol es un régimen eficaz y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar impuestos y exigir el cumplimiento de la tributación (OMS, 2010).

La implementación de las acciones requiere de un examen juicioso acerca del efecto potencial de las modificaciones tributarias en materia de alcohol. La política tributaria debe ir acompañada de actividades encaminadas a someter los mercados informales a un efectivo control oficial. El aumento de los impuestos puede tropezar con la resistencia de grupos de consumidores y operadores económicos, de modo que la política tributaria se beneficiará de cualquier medida de información y concientización tendiente a vencer esa resistencia (OMS, 2010).

Políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera:

- Actualización de las medidas tributarias sobre bebidas alcohólicas, a partir de una evaluación integral y consultando las tendencias recientes en el ámbito internacional. Dicha evaluación estará a cargo de una instancia técnica independiente, consultando la visión de las entidades pertinentes del sector público nacional (ministerios de Hacienda, Salud y Protección Social, Educación, Industria, Comercio y Turismo, el ICBF, el Departamento Nacional de Planeación), los entes territoriales (Asociación de Departamentos, Federación Colombiana de Municipios), las agremiaciones del sector privado, las principales organizaciones no gubernamentales en las áreas de salud, juventud, bienestar social y desarrollo comunitario, y las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas.

- Gestión de acuerdos con el sector privado -en particular con las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas, la industria del esparcimiento, los operadores turísticos, las cadenas de supermercados-, orientados a restringir toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, bonos de descuento, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente (“barra libre”), u otras ofertas de venta en grandes cantidades.

8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica

Esta esfera comprende políticas e intervenciones que se centran directamente en la reducción de los daños provocados por la intoxicación etílica y el consumo de alcohol, sin que se vea necesariamente afectado el consumo *per se*. La evidencia y las prácticas adecuadas actuales respaldan las intervenciones complementarias en el marco de una estrategia más amplia de prevención o reducción de los efectos negativos del consumo de alcohol y la intoxicación etílica (OMS, 2010).

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera comprenden: Ampliación del Programa Pactos por la Vida, que busca fortalecer las capacidades institucionales, sociales y humanas aplicadas a la protección de la vida en ambientes de alto consumo de alcohol (*i.e.*, zonas de ‘rumba’). Este programa comprende la generación de alianzas y pactos de los sectores público y privado para el mejoramiento de la seguridad y la convivencia ciudadana, previniendo y reduciendo los riesgos y los daños asociados al consumo de alcohol en tales ambientes.

Así mismo, se promoverá la acreditación de los establecimientos y la profesionalización de los trabajadores del esparcimiento, mediante su formación en temas como la dispensación responsable de alcohol; la adopción de protocolos de servicio e interacción con los usuarios que fomenten la moderación en el consumo de alcohol; la restricción de la venta de alcohol a personas ebrias; la atención de emergencias y otras

contingencias especiales (intoxicaciones, riñas, accidentes); la facilitación de medios de transporte seguro a los usuarios; el mejoramiento del clima laboral y el bienestar de los propios trabajadores del esparcimiento.

Apoyo al Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2016 (Ley 1503 de 2011), fortaleciendo las estrategias de fomento de comportamientos protectores en las vías de tránsito y educación vial, desarrollando acciones para mejorar la seguridad de los usuarios de las vías de tránsito a través del plan decenal de salud pública y el mejoramiento de la respuesta de los servicios de salud tras los accidentes (ambulancias, salas de urgencias y brigadas móviles de personal médico y paramédico). □
Formulación y validación de estrategias de prevención selectiva de consumo nocivo de

alcohol en estudiantes de secundaria, así como de prevención indicada de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Dichas estrategias se articulan y complementan las acciones emprendidas desde los dispositivos ZOE, ZOU, Centros de Escucha y Servicios de Salud Amigables para Jóvenes. Al respecto vale la pena aclarar que aunque la propuesta de Motivación para el Cambio es compartida en los fundamentos teóricos de las intervenciones promovidas en todos los anteriores, las intervenciones promovidas desde las estrategias de prevención selectiva e indicada están diseñadas para ser implementadas por profesionales entrenados en el tema, mientras que las implementadas desde los dispositivos comunitarios se desarrollan a partir de pares comunitarios.

9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción artesanal

El consumo de alcohol producido de manera ilícita o informal podría tener otras consecuencias negativas para la salud debido al mayor contenido de etanol y a la posible contaminación con sustancias tóxicas, como el metanol. De otra parte, la producción artesanal de bebidas alcohólicas está arraigada en algunas

culturas y a menudo no se controla estrictamente (e.g., la 'chicha' y el 'guarapo' en algunas zonas rurales del país). Así pues, las medidas de control serán diferentes para el alcohol ilícito y el de producción artesanal, y deberán combinarse con la concientización y la movilización de la comunidad (OMS, 2010).

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera comprenden:

- Fortalecimiento de las medidas de control a la producción y la venta ilícitas de bebidas alcohólicas; en particular, a la falsificación y la adulteración de licores, al contrabando de licores extranjeros, a la venta de licores no autorizados o sin registro oficial ("sin estampillar"), a las ventas callejeras o ambulantes de licores (comúnmente adulterados o falsificados), y a otras modalidades de expendio clandestino de licores. Al respecto, las autoridades, las entidades territoriales, la industria se harán responsables para la ampliación y la intensificación de las operaciones de inteligencia, detección, incautación y judicialización; se fomentará la colaboración de la ciudadanía con las autoridades para mejorar la efectividad de las medidas de control a la producción y la comercialización ilícitas de bebidas alcohólicas, y se promoverán acciones de concientización social sobre los peligros de comprar y consumir bebidas alcohólicas ilegales.
- Apoyo a investigaciones especializadas sobre fabricación artesanal de bebidas alcohólicas y prácticas tradicionales de consumo de tales bebidas, encaminadas a recaudar evidencia sobre los posibles efectos nocivos para la salud pública y otros problemas asociados.

10. Seguimiento y vigilancia

Se requieren acciones de seguimiento y vigilancia para monitorear la magnitud y las tendencias de los daños relacionados con el alcohol, fortalecer las actividades de promoción, formular o ajustar políticas, y evaluar el impacto de las intervenciones. Para ello se debe contar con buenos sistemas de

coordinación, intercambio de información y colaboración que permitan recoger toda la gama de información que se necesita a efectos de un seguimiento y una vigilancia completos.

El desarrollo de un sistema nacional de información sostenible que utilice indicadores, definiciones y procedimientos de recolección de datos compatibles con los sistemas de información mundiales y regionales de la OMS constituye una base importante para poder evaluar cabalmente las actividades nacionales de reducción del uso nocivo del alcohol y vigilar las tendencias a nivel subregional, regional y mundial (OMS, 2010).

Las políticas e intervenciones de la estrategia nacional en esta esfera comprenden:

- Fortalecimiento de las acciones de recolección de información y vigilancia epidemiológica sobre el consumo de alcohol, los factores asociados y los problemas conexos. Algunas de estas acciones se enmarcan en la labor que adelanta el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), el cual recopila información sobre todas las dimensiones de la problemática de sustancias psicoactivas en el país (producción, comercialización, consumo), y sobre las acciones que desarrollan las instituciones nacionales en este campo. Adicionalmente, se cuenta con el Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM), que aporta información sobre la prevalencia de trastornos asociados al consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Desarrollo de un sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas (SUISPA), que permitirá integrar y sistematizar la información proveniente de distintas fuentes de modo coherente con los parámetros e indicadores comúnmente utilizados por la OMS/OPS y otros organismos internacionales especializados (e.g., NIDA, NIAAA). Esto permitirá hacer comparaciones a nivel nacional, entre entidades territoriales (departamentos, municipios), según diferentes variables sociodemográficas, y también con otros países de Suramérica y el resto del mundo.

- Como parte del SUISPA, se contará con un sistema de indicadores específicos sobre consumo problemático de alcohol, incorporando las categorías comprendidas en el AUDIT (consumo de riesgo, dependiente y perjudicial), así como otras categorías de análisis referidas a las consecuencias y los costos relacionados con el consumo nocivo de alcohol en las áreas de la salud pública, la convivencia, la seguridad, la educación, la economía, la movilidad y el desarrollo social.
- Estudios periódicos sobre consumo de alcohol, factores asociados y problemas conexos entre la población general y en grupos poblacionales específicos. Se adelantarán gestiones encaminadas a obtener los recursos financieros necesarios para realizar estudios nacionales con población general a intervalos de máximo cinco años y con grupos especialmente vulnerables (*i.e.*, jóvenes) a intervalos de dos-tres años. Adicionalmente a la gestión de recursos provenientes de los presupuestos generales para los sectores de la salud, la educación y el bienestar familiar, se buscará que una porción específica de los ingresos fiscales por bebidas alcohólicas se destine a esos estudios y al fortalecimiento de los observatorios antes mencionados.

EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA

Dada la integralidad y la naturaleza multisectorial y pluridimensional de la estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol en Colombia, su ejecución requiere la concertación, la participación y la coordinación de diversos estamentos y numerosos actores en distintos ámbitos, tanto en el plano nacional como en los niveles regional y local.

Corresponde a la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol la misión de convocar, orientar y dinamizar la vinculación de todas las instancias y entidades cuya concurrencia es fundamental para garantizar la implementación exitosa y sostenible de esta estrategia. Para ese efecto, la primera tarea será divulgar ampliamente y por distintos medios la

estrategia, a fin de asegurar su conocimiento y apropiación por parte de todos los interesados en la problemática del consumo nocivo de alcohol y, en general, de todos aquellos que por sus funciones y responsabilidades frente a la salud, la seguridad humana y el bienestar social de la población están llamados a participar en esta iniciativa.

Simultáneamente con la difusión pública de la estrategia, de manera progresiva se adelantarán encuentros y conversaciones directas con instituciones nacionales, autoridades departamentales y municipales, y representantes de las entidades no gubernamentales y de la sociedad civil (ONG/OSC). En esas conversaciones se recogerán las impresiones y las sugerencias de los participantes, se atenderán sus inquietudes y se darán orientaciones sobre el papel que pueden desempeñar en la implementación de la estrategia y en la ejecución de sus componentes específicos.

En consonancia con los criterios orientadores y los principios que rigen la estrategia, se tendrán en cuenta las competencias y las autonomías relativas de las partes, los contextos y los escenarios particulares de su actuación, la diversidad de intereses y opiniones que representan, y sus reales capacidades y limitaciones para llevar a cabo las intervenciones propuestas.

Allí donde surjan discrepancias, conflictos de interés u otras dificultades de orden político u operativo, se harán especiales esfuerzos de conciliación y concertación, procurando los consensos necesarios para asegurar la mayor concurrencia posible de voluntades bajo preceptos de equidad y beneficio colectivo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como entidad rectora de la salud pública en Colombia y responsable de la secretaría técnica de la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol, acompañará las gestiones tendientes a lograr la participación y la coordinación de todos los demás sectores y entidades involucrados en la ejecución de la estrategia nacional

para la reducción del consumo nocivo de alcohol. En tal sentido, apoyará la formulación de orientaciones y lineamientos particulares para los actores en cada una de las diez esferas de la estrategia y sus intervenciones específicas. Al mismo tiempo, velará por la correcta articulación de la estrategia, particularmente de las políticas y las intervenciones comprendidas en la esfera número 2 (respuesta de los servicios de salud), con las políticas, los planes y las acciones del sector de la salud en los temas de salud pública, salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.

De otra parte, los ministerios de Educación, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, y Transporte, tendrán la tarea de impartir orientaciones y formular lineamientos técnicos y operativos específicos en sus respectivos sectores y ámbitos de actuación a los que hagan referencia las políticas y las intervenciones comprendidas en la estrategia.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en correspondencia con su misión y sus objetivos institucionales, está llamado a desempeñar una importante función de apoyo, asesoría, acompañamiento y veeduría en la ejecución de las políticas y las intervenciones de la estrategia relativas a la protección de la niñez, la juventud y la familia, así como de las comunidades más vulnerables o en alto riesgo.

Las autoridades departamentales y municipales serán aliados primordiales del Gobierno Nacional en la implementación y la ejecución de la estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol en sus respectivos territorios. Al mismo tiempo, actuarán en concertación y en alianza con las demás instancias oficiales y no gubernamentales en el ámbito de sus jurisdicciones, impulsando la realización de estudios y evaluaciones diagnósticas de la problemática, identificando las zonas y los grupos poblacionales más afectados o en riesgo, definiendo las acciones prioritarias a desarrollar, y procurando la debida articulación de la estrategia con las políticas, los planes y los programas regionales y locales en las áreas de salud pública, bienestar social,

seguridad y convivencia ciudadana, movilidad, turismo, etc..

La ejecución de la estrategia nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol comprende el monitoreo constante de los avances, los vacíos y las dificultades que se presenten en todos y cada uno de los componentes y sus líneas de acción, tanto en términos sectoriales, como territoriales y de población. Consistentemente se harán evaluaciones periódicas en distintos niveles y se adoptarán los ajustes y los correctivos necesarios, fortaleciendo si fuera preciso las instancias y los mecanismos de cooperación y coordinación, intensificando las acciones eventualmente identificadas como débiles, precarias o con cobertura insuficiente, y motivando la vinculación de nuevos actores.

Implementación Territorial Para la implementación de la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol, es indispensable que cada entidad territorial revise cuidadosamente su pertinencia y la forma en que la aplicará a su contexto particular; por lo que la meta inmediata de esta estrategia es la formulación de un plan de acción particular. Por lo anterior, retomando la experiencia de acompañamiento y asistencia técnica que desarrolla el Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes territorios de la nación, para la formulación de los planes de trabajo se plantean tres acciones particulares, a saber:

1. Convocatoria de actores: Es un requisito indispensable para poner en marcha la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol, la vinculación efectiva de instituciones públicas y privadas de diversas índoles, por lo que es prioritario contar con la representación de las diferentes entidades gubernamentales (Salud, educación, gobierno, desarrollo social, tránsito, etc.), así como representantes de la industria del esparcimiento (licoreras y establecimientos de comercio) y otras entidades interesadas en el tema.

2. Identificar los avances y recursos territoriales: Dado que los

diferentes territorios han desarrollado diversas acciones para prevención, mitigación, y superación de la problemática de consumo de alcohol; por lo que cuentan con una capacidad de respuesta que antecede la implementación de la estrategia. El anexo 2, presenta un formato de registro de actividades institucionales y comunitarias en el tema de alcohol; en el que cada instancia u organización, puede identificar, en función de las diez esferas de la estrategia, su competencia, las acciones que ha adelantado, los recursos que emplea y los responsables de realizar dichas actividades.. Este ejercicio proporciona a cada territorio una visión clara y detallada de los adelantos realizados hasta el momento; así como de los elementos que deben fortalecerse.

3. Formular un plan de acción: Con base en la identificación previa, el equipo intersectorial debe formular un plan de acción detallado, en el que cada institución participe activamente en el desarrollo de las actividades propuestas, comprometiendo recursos propios y propiciando la constante articulación entre las diferentes instituciones. Para este fin, el anexo 3 presenta una guía breve de las acciones pertinentes, en cada esfera de la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol y el anexo 4 propone una matriz guía que facilitará la formulación del plan de acción.

REFERENCIAS

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Griffith, E., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. y Rossow, I. *El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. 2da ed. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/El_alcoholproducto_de_consumo_no-ordinario.pdf

Babor, T.F. y Higgins-Biddle. *Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: Un manual para la utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. *AUDIT. Cuestionario de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol*. 2da ed. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Buning, E., Corgulho, M., Melcop, A.G., O'Hare, P. y Peyraube, R. *Alcohol y Reducción del Daño. Un enfoque innovador para países en transición*. Uruguay, Junta Nacional de Drogas de la República Oriental del Uruguay, 2000. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/docs/libro_icahe--alcohol_reduccion.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), Acertar P & G Consultora Ltda. (2004). *Estimación de costos ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas: Presencia de consumo de sustancias psicoactivas en pacientes que acuden a centros de urgencias de dos hospitales de Bogotá*. PDF.

Gossop, Michael. *Living with drugs*. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd., 2000.

Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia, Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud.

Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias - Manual para uso en la atención primaria. OMS, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15275&Itemid=

Organización Mundial de la Salud. *Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) - Manual para uso en atención primaria*. Washington D.C., OMS, 2011.

Organización Mundial de la Salud. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/neurociencia-libro.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas, 2007*. Washington D.C., OPS, 2007.

Presidencia de la República de Colombia. *Decreto No. 120 de 2010*. Bogotá D.C., 2010.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (MPS), Universidad de Antioquia – Facultad de Salud Pública (2008). *Análisis de la Situación en Salud en Colombia, 2002-2007 (ASIS)*. Anexo 1: *Características socio-demográficas de la población colombiana*. Anexo 3: *Morbilidad y mortalidad de la población colombiana*.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes y UNODC. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá D.C., Guadalupe, 2009. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Información/investigación/Estudios.aspx>

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho (2012). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar – 2011*.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (2011). *Hacia una estrategia de respuesta integral al consumo de alcohol en Colombia*. Bogotá D.C.: MPS. Presentación en *PowerPoint*.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (2011). *El alcohol en la política pública de la demanda de drogas en Colombia*. Bogotá D.C.: MPS. Presentación en *PowerPoint*.

República de Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML) y Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV) (2010). *Forensis 2010 - Datos para la vida*. Bogotá D.C.: Diseñum Tremens.

República de Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (2009). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes infractores de la ley en Colombia – 2009*. Bogotá D.C.: Alvi Impresores Ltda.

República de Colombia: Dirección Nacional de Estupefacientes y Ministerio de la Protección Social (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008*. Bogotá D.C.: Editora Guadalupe.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (2009). *Encuesta Nacional de Salud – 2007*. Bogotá D.C.: JAVEGRAF.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social. Política

nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: Resumen ejecutivo. Bogotá D.C., Ministerio de la Protección Social, 2007. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf>

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005). *Estudio nacional de salud mental Colombia – 2003.* Cali: Gráficas Ltda.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social – CICAD/OEA (2008).

Sustancias psicoactivas en la población trabajadora: Diagnóstico situacional Colombia 2006. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social – CICAD/OEA (2007). *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral.* Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.

World Health Organization (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.* WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.

World Health Organization. *Global status report on alcohol and health.* Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2011. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

World Health Organization. *First meeting of the Global Network of WHO national counterparts for implementation of the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.* Geneva, Switzerland: WHO Headquarters, 8-11 February 2011.