

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS – UNISANTOS

Ana Carla Vasco de Toledo

**ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE
ÁLCOOL: Recomendação feita pela OMS a seus Estados-Membros,
Responsabilidade internacional do Brasil.**

SANTOS
2014

ANA CARLA VASCO DE TOLEDO

**ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE
ÁLCOOL: Recomendação feita pela OMS a seus Estados-Membros,
Responsabilidade internacional do Brasil.**

Natureza: dissertação para conclusão e aprovação do
programa de Mestrado da Universidade Católica de
Santos – UNISANTOS na área de Direito Internacional.
Orientador: Prof. Dr. Marcelo Lamy

SANTOS
2014

Toledo, Ana Carla Vasco de

Estratégia mundial para redução do consumo de álcool: recomendação feita pela OMS a seus Estados-Membros, Responsabilidade internacional do Brasil / Ana Carla Vasco de Toledo. Santos, 2014. p. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Católica de Santos, 2014.

Orientadores: Prof. Dr. Marcelo Lamy; Profa. Dra. Eliane Maria Octaviano Martins (membro original); Prof. Dr. Carlos Fonseca Monnerat (membro titular)

1. OMS; 2. Consumo indevido de álcool; 3. Políticas públicas; 4. Responsabilidade internacional; 5. Efeito jurídico vinculante das recomendações

CDU 34(043.3)

ANA CARLA VASCO DE TOLEDO

**ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE
ÁLCOOL: Recomendação feita pela OMS a seus Estados-Membros,
Responsabilidade internacional do Brasil.**

Dissertação apresentada como parte da exigência para obtenção do título de Mestre em Direito Internacional, da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, na Faculdade de Direito, Campus Boqueirão, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Lamy.

Aprovado em de de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Lamy

UNISANTOS

Profa. Dra. Eliane Maria Octaviano Martins (membro original)

UNISANTOS

Prof. Dr. . Carlos Fonseca Monnerat (membro titular)

SANTOS 2014

DEDICATÓRIA.

Dedico este trabalho aos Alcoólicos Anônimos e Al-Anon, pelo fascinante ofício de recuperar vidas, trabalhando como anjos que estão sempre alertas para acolher um irmão em desespero.

Levo a esperança de que chegue o dia em que o doente alcoólico e seus familiares os procurem tão somente para a manutenção do tratamento de sua doença, sem que antes trilhem pela sombra da discriminação, do descaso e do abandono, e sem que carreguem em seus ombros o peso de ter mutilado vidas inocentes.

A estes anjos de plantão iluminados com os princípios da serenidade, da aceitação e da coragem, venho por meio deste trabalho alertá-los que é possível minimizar as desgraças alcançadas pelo álcool, e trabalhar a aceitação de forma mais branda. Obrigada por fazerem parte de minha vida.

AGRADECIMENTOS.

Agradeço à vida. Agradeço àqueles que deram uma segunda chance à vida, àqueles que me deram vida – Mãe, Papito, Luiz Gustavo e Arthur – e a todos os “anjos” que estiveram em nossos caminhos e que nos ajudam a continuar vivendo.

Esse trabalho foi inspirado nos meus pais, que tornam minha vida mais doce, e foi possível por causa do Luiz Gustavo, que é a minha base, pois sem você ao meu lado e muitas vezes no papel de pai e mãe do nosso pequeno, eu não teria fôlego para mais essa etapa.

Nesses dois anos, também fui abençoada por “anjos” que me ajudaram a manter o foco na construção do meu tema, fruto do meu objetivo. Agradeço a todos e em especial:

Aos anjos amigos, sempre de plantão: Célio, Daniel, Ricardo, Alexandre Calixto, Luis, Ari e Felipe Pereira; obrigada por cada conselho, ideias, risadas, confissões, angústias, alegrias e vitórias compartilhadas. Aos anjos da alegria do primeiro e segundo “escalão”: Zé Carlos, Juliana, Valéria, Denyse, Marcelo “Guaçú”, Douglas, Rayanna, Henrique, Matusalém, Carmen, Zé Roberto, Gabriela e Juliana Bonfim; com vocês o percurso tornou-se leve e prazeroso, obrigada pelos choros e gargalhadas. Aos anjos que doaram cada segundo de seu precioso saber: Prof. Gilberto Rodrigues, Prof. Vladimir Magalhães, Prof. George Niaradi, Prof. Rodrigo More, Prof. José Augusto Fontoura, Prof^a Norma Padilha, Prof^a Eliane Octaviano, Prof. Alcindo Gonçalves, Prof. Fernando Fernandes e meu orientador Prof. Marcelo Lamy. E, por fim, os anjos que foram capazes de materializar minha inspiração: Prof. Gilberto Rodrigues, que me ajudou a idealizar esse trabalho descrevendo o tema como apaixonante; e, mais uma vez, Prof. Marcelo Lamy, meu orientador, a quem eu admiro e agradeço os conselhos, a paciência, os puxões de orelhas, e principalmente por ter aceitado me orientar e ajudar na construção das ideias sobre este tema, me fazendo enxergar a importância em dar uma solução concreta ao tema.

EPÍGRAFE.

1º Passo (adaptado pela autora)
Admitimos que somos impotentes perante o álcool - que
podemos perder o domínio sobre nossas vidas.
(Os doze passos de Alcoólicos Anônimos)

RESUMO:

O tema versa sobre as políticas públicas da OMS, que recomendou na 63^a Assembleia Geral de Saúde dez diretrizes para reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, causa de 3,3 milhões de mortes anuais. Por tratar-se de uma recomendação advinda de uma Organização internacional, entende-se o caráter vinculante desta, obrigando seus Estados-Membros a aplicarem as referidas diretrizes, que inclusive foi normatizada pelo Brasil, culminando na PNA. Contudo, ao depararmos com o estudo realizado de forma empírica sobre cada diretriz (10 ao todo), constatou-se que o Brasil está longe de alcançar os objetivos internacionais e nacionais, tornando-se responsável por violar o direito humano à saúde devido à sua omissão na redução do consumo indevido de bebidas alcoólicas.

PALAVRAS-CHAVE: 1. OMS; 2. Consumo indevido de álcool; 3. Políticas públicas; 4. Responsabilidade internacional; 5. Efeito jurídico vinculante das recomendações.

ABSTRACT:

The current work discuss the public policies on the WHO recommendation in the 63rd General Assembly of Health that recommended ten guidelines to reduce harmful of alcohol. Alcohol is the cause of 3.3 million deaths per year. The Members of WHO are forced to adopt these recommendations because its binding character; a fact that was ruled by Brazil, culminating in the PNA (acronym for Alcohol National Policies). However, to accomplish empirically each guideline, Brazil is far from achieving its national and international goals and is also responsible for international violations of human rights by omission on reducing the harmful consumption of alcoholic beverages.

KEYWORDS: 1. WHO; 2. Harmful consumption of alcohol; 3. Public policies; 4. International responsibility; 5. Recommendations binding character.

ABREVIATURAS.

ANTP/IPEA - Associação Nacional de Transporte público / Instituto de pesquisa Econômica Aplicada.

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas.

CDC – Código de Defesa do Consumidor.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas.

Centro POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

CICAD - Comissão Interamericana para o Controle de Abuso de Drogas.

CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool.

CQCT – Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco.

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas.

CONAR – Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária.

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social.

CTB – Código Brasileiro de Trânsito.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS.

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis.

EaD – Educação a Distância.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas.

GL – Gay-Lussac.

ICAP - The International Center for Alcohol Policies.

MJ – Ministério da Justiça.

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPS – Organização Pan-americana de Saúde.

PL – Projeto de Lei.

PNA – Política Nacional sobre o Álcool.

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas.

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto.

UNCTAD – Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento.

WHA – World Health Assembly (Assembleia Mundial de Saúde).

WHO – World Health Organization.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS.....	IX
INTRODUÇÃO.....	13
METODOLOGIA.....	16
1 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A BEBIDA ALCOÓLICA.....	19
2 O BRASIL E O CONSUMO DE ÁLCOOL.....	25
3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ÁLCOOL.....	31
3.1 ANÁLISE DO TEMA POLÍTICAS PÚBLICAS.....	31
3.2 POLÍTICA PÚBLICA INTERNACIONAL.....	34
3.3 POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL.....	37
4 ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS E O BRASIL.....	40
4.1 LIDERANÇA, CONSCIENTIZAÇÃO E COMPROMISSO.....	401
<i>Tabela 1: Resumo da análise da 1ª diretriz da OMS.....</i>	<i>50</i>
4.2 RESPOSTAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	51
<i>Tabela 2: Resumo da análise da 2ª diretriz da OMS.....</i>	<i>60</i>
4.3 AÇÃO COMUNITÁRIA.....	60
<i>Tabela 3: Resumo da análise da 3ª diretriz da OMS.....</i>	<i>68</i>
4.4 POLÍTICAS E MEDIDAS CONTRA DIRIGIR SOB EFEITOS DO ÁLCOOL.....	69
<i>Tabela 4: Resumo da análise da 4ª diretriz da OMS.....</i>	<i>77</i>
4.5 DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL.....	77
<i>Tabela 5: Resumo da análise da 5ª diretriz da OMS.....</i>	<i>83</i>
4.6 MARKETING DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	84
<i>Tabela 6: Resumo da análise da 6ª diretriz da OMS.....</i>	<i>88</i>
4.7 POLÍTICAS DE PREÇOS.....	89
<i>Tabela 7: Resumo da análise da 7ª diretriz da OMS.....</i>	<i>92</i>
4.8 MITIGAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E INTOXICAÇÃO ETÍLICA.....	93
<i>Tabela 8: Resumo da análise da 8ª diretriz da OMS.....</i>	<i>97</i>
4.9 REDUÇÃO DO IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA DE ÁLCOOL ILÍCITO E O ÁLCOOL DE PRODUÇÃO INFORMAL.....	98
<i>Tabela 9: Resumo da análise da 9ª diretriz da OMS.....</i>	<i>102</i>
4.10 SEGUIMENTO E VIGILÂNCIA.....	102
<i>Tabela 10: Resumo da análise da 10ª diretriz da OMS.....</i>	<i>107</i>

<i>Tabela 11: Resumo das diretrizes</i>	107
5 A RESPONSABILIDADE DO ESTADO DIANTE DA QUESTÃO DO ÁLCOOL.....	108
5.1 A REMODELAÇÃO DO DIREITO INTERNACIONAL EM FUNÇÃO DA ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS. O EFEITO JURÍDICO VINCULANTE DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS.....	109
5.2 RESPONSABILIDADE INTERNACIONAL POR VIOLAÇÕES AO DIREITO HUMANO À SAÚDE RELACIONADA AO CONSUMO INDEVIDO DE ÁLCOOL.	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	119
ANEXO I	122
ANEXO II	167
ANEXO III	185

INTRODUÇÃO

O presente estudo concentrará sua atenção nas análises das recomendações da OMS, aprovadas na 63^a Assembleia Geral de Saúde, que instituiu uma estratégia mundial (indicadora de políticas públicas e de uma série de medidas concretas) estudada, adaptada e aplicada a cada Estado-Membro para reduzir o uso nocivo de álcool. Interessa-nos identificar se os objetivos das diretrizes recomendadas são alcançados e a obrigatoriedade ou imperatividade dessa recomendação, bem como a consequente responsabilidade internacional pela desídia em sua implementação em relação ao Brasil.

As estatísticas atuais da OMS apontam que o consumo de bebidas alcoólicas é o responsável por 3,3 milhões de mortes anuais, o terceiro maior fator de risco de doença mundial, o primeiro nas Américas e o segundo na Europa.

Os levantamentos bibliográficos atuais sobre o consumo de álcool, seus efeitos e consequências, constata um aumento no consumo entre mulheres e jovens, e que não atinge apenas o doente alcoólico, mas também os bebedores eventuais ou chamados de bebedores de “finais de semana”.

Abordaremos a história do álcool na OMS - Duas décadas para que o álcool entrasse na agenda política da organização - que, apesar de ser um órgão da ONU, também passa por seus dilemas políticos e pressões externas que ditam o tema que irá ou não ser abordado em suas assembleias, de forma contundente e efetiva.

Continuando, faremos a análise do consumo de álcool e a política pública nacional, o momento e a forma como foi adotada, demonstrando, ao contrário da OMS, um modelo “*garbage can*” ou “lata de lixo” como descreve Cohen, March e Olson; ou seja, a normatização da política pública do álcool foi feita como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo, várias ideias com poucas consciências, que constroem preferências para a solução dos problemas, e não para uma prevenção ou ação.

Iremos expor, junto ao nascimento da PNA, os números sobre o consumo de álcool no Brasil, demonstrando um crescimento na ingestão do produto por mulheres e jovens.

À frente abordaremos alguns conceitos jurídicos de políticas públicas, e dentro da ciência política mostraremos, de forma metodológica, as etapas para a construção de uma política pública, que será posteriormente o método a ser aplicado para demonstrar como foram criadas as diretrizes da OMS e da PNA.

Após essa abordagem, constataremos várias falhas na PNA e principalmente a ausência do primeiro passo para a construção de uma política pública que é fazer o problema ser político, ou seja, pertencer a *pólis*.

A necessidade de conscientização social para uma prevenção e diminuição dos índices apontados pela OMS, posto que as consequências graves atingem os indivíduos que consomem álcool socialmente e não apenas os doentes alcoólicos, seria o ponto chave do sucesso da PNA, o que não ocorreu.

Não ocorreu pelo fato do programa nacional do álcool ser administrado pelo programa nacional de drogas ilícitas. O consumidor de bebida alcoólica social nunca criará a consciência de que o programa também foi criado para ele, pois ele ingere algo que é permitido por lei e totalmente aceito pela sociedade, o que não acontece com as drogas ilícitas.

Chegaremos então ao ponto central de nossa pesquisa, que é constatar se as diretrizes recomendadas pela OMS estão atingindo seus objetivos internamente, dado que possuímos, em nosso ordenamento jurídico, uma política voltada para o álcool que é compatível com as recomendações.

Adotaremos também as fases metodológicas para a implementação das políticas públicas, de forma empírica, dentro das dez diretrizes recomendadas na WHA 63, de maneira a esgotarmos as leis nacionais que restringem ou impeçam o consumo de bebidas alcoólicas.

Diante das análises será possível passarmos para o último capítulo da dissertação que fala sobre a responsabilidade do Estado diante do álcool, em que abordaremos a importância da informação, formação de consciência e a liberdade do indivíduo; faremos um contraponto entre a liberdade individual e a intervenção do estado, para adentrarmos a necessidade da remodelação do Direito Internacional, que será o próximo tópico.

O Direito Internacional Público não pode ser engessado, ele deve ser dinâmico, acompanhando as necessidades atuais que cada Estado vivencia. Essa dinâmica é ainda mais importante quando o tema é sobre direitos humanos, e sendo assim não podemos ficar ao sabor de pressões políticas dos vários sujeitos do Direito Internacional Público, aguardando formalizações de convenções e pactos.

Estudamos que as convenções e os pactos nascem de recomendações, decisões e diretrizes recomendadas em assembleias, construídas pelos Estados-Membros, e por isso não podem ser ignoradas, devendo conter as duas espécies das normas de direito internacionais comum das normas imperativas, quais sejam: o “*ius cogens*” e as obrigações “*erga omnes*”.

Encaminhando para o fim, faremos a relação entre a saúde como um direito humano fundamental e, de acordo com a conclusão dos estudos feitos sobre as diretrizes recomendadas pela OMS e o alcance de seus objetivos no direito interno brasileiro, traremos a responsabilidade internacional do estado por violação aos direitos humanos.

Impõe-se na conclusão a necessidade do controle judiciário à PNA, ou sua reformulação para que o Brasil saia da condição de violador de direitos humanos diante de sua permissividade e omissão no consumo de bebidas alcoólicas.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com a leitura e registro das fontes sobre os problemas ocasionados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas para, posteriormente, acessar as assembleias, recomendações e relatórios sobre os resultados do consumo de álcool junto ao site da OMS.

Descobriu-se que a WHA 63.13 deu origem a um documento denominado “*Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*”, que foi a base de todo o trabalho. O documento recomendou estratégias para reduzir o uso nocivo de álcool e tem como objetivo oferecer orientação para atuar em todos os níveis, e determinar as prioridades para uma ação mundial, tratando de uma série de opções de políticas públicas e medidas que podem ser estudadas para serem aplicadas e adaptadas nos Estados-Membros da OMS, levando em consideração as circunstâncias religiosa e cultural, as prioridades de saúde pública, bem como os recursos e as capacidades de cada país.

Em seguida foram realizadas as leituras das fontes sobre o consumo de álcool no Brasil e um levantamento das legislações restritivas e proibitivas sobre o consumo de álcool. Descobriu-se que o Brasil tinha normas legais sobre o assunto e também uma política pública sobre o álcool, normatizada anteriormente à recomendação da WHA 63.13.

O próximo passo foi fazer as leituras das fontes sobre políticas públicas e descobrir como se faz uma política pública, ou seja, qual a metodologia para criá-la.

Assim, foram redigidos os capítulos 1, 2 e 3 com base nas bibliografias e legislações nacionais e internacionais, levantadas de forma prática e estrutural.

Deu-se a fase seguinte, que foi repassar as fases metodológicas descritas na doutrina de Schimidt (2008, p. 2315-21) para construção de políticas públicas, aplicando-as nas políticas públicas internacional e nacional do álcool, verificando se foi observado cada um dos cinco passos abaixo:

- (1) percepção e definição de problemas – que é transformar a situação em “problema político”, primeira condição para que uma questão possa gerar uma política pública;
- (2) inserção na agenda política – definida como elenco de problemas, um rol de questões relevantes debatidas pelos agentes;
- (3) formulação – momento da definição sobre a maneira de solucionar o problema político em pauta e a escolha das alternativas;

(4) implementação – concretização da formulação através de ações e atividades que materializam as diretrizes; e

(5) avaliação – é indispensável uma prática regular e continuada de aferição da efetivação das políticas públicas, dos resultados obtidos, do seu custo e da sua aceitação pelos cidadãos.

No momento de auferir a avaliação - item (5) -, questionou-se alguns aspectos, que são de suma importância, de acordo com o autor Schimidt (2008, p. 2315-21):

“(a) avaliação de efetividade: a política foi de fato implementada?

(b) avaliação da eficácia: os resultados esperados foram alcançados?

(c) avaliação de eficiência: qual o montante dos recursos despendidos para alcançar os resultados?

(d) avaliação da legitimidade: qual o grau de aceitação da política por parte dos beneficiados?”

Passou-se então à redação da pesquisa empírica realizada, que foi a manipulação dos dados concretos da construção de uma política pública de acordo com os resultados mensuráveis das políticas nacional e internacional sobre o álcool, com um método de abordagem sistêmico.

No capítulo quatro, focamos na avaliação das dez diretrizes recomendadas pela OMS juntamente com o ordenamento jurídico brasileiro, se alcançam ou não seu objetivo, e ao final de cada item elaboramos um quadro resumo para dar um panorama geral de cada diretriz no Brasil de maneira empírica, trabalhando com dados objetivos e concretos.

A forma utilizada para esse capítulo foi a abordagem de cada diretriz recomendada pela OMS para avaliarmos se o Brasil alcança ou não os objetivos contidos em sua política nacional do álcool e das recomendações da OMS que são compatíveis.

Cada recomendação indica opções para sua implementação que foram consideradas por ordem alfabética: (a); (b); (c), [...], e a cada uma destas opções foram feitas as avaliações com as seguintes perguntas seguidas pelos números abaixo:

(1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?

(2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?

(3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,

(4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Ao fim de cada tópico foi criada uma tabela resumindo cada item conforme abaixo:

Diretriz				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo / inefetivo	eficaz / ineficaz	eficiente / ineficiente	legítimo / ilegítimo
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo / inefetivo	eficaz / ineficaz	eficiente / ineficiente	legítimo / ilegítimo
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo / inefetivo	eficaz / ineficaz	eficiente / ineficiente	legítimo / ilegítimo
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo / inefetivo	eficaz / ineficaz	eficiente / ineficiente	legítimo / ilegítimo

Em seguida foi emitida a conclusão na qual o objetivo alcançado, ou não, depende da legitimidade ou ilegitimidade, que é justamente o valor dado à norma conforme a teoria tridimensional do direito; ou seja uma demonstração sólida da ideia onde se apresenta um diagnóstico preciso de que a norma possui ou não possui valor, elemento crucial para sua legitimação.

Após essa pesquisa sistêmica do capítulo quatro, foi o momento de realizar a pesquisa bibliográfica acerca da responsabilidade internacional diante de violação aos direitos humanos, e sobre as fontes do direito internacional para redigirmos todo o capítulo cinco, sendo este elaborado pelo método hermenêutico.

A hipótese sugerida é a necessidade de um controle judiciário para fazer cumprir a PNA e as leis sobre proibição, no sentido de alcançar o objetivo que é a redução do consumo de bebidas alcoólicas, almejando a conscientização da população, principalmente dos consumidores de bebidas alcoólicas de finais de semana. Só que para isso é necessário reformular a política pública do álcool e criar um órgão-administrativo específico para o álcool, tornando-se imperativo dissociá-la do programa voltado para as drogas ilícitas.

A justificativa que se faz é que, de acordo com os índices de mortalidade e doenças causadas pela ingestão de álcool, é necessário se desfazer de alguns mitos criados sobre as bebidas alcoólicas, como o fato de ser um catalisador social, associá-la com relaxamento e alegria; fato este que vem aumentando o consumo entre o número de jovens.

1 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A BEBIDA ALCOÓLICA.

De todas as drogas psicoativas, o álcool é a que tem o maior número de usuários no mundo, devido a questões culturais, sociais e econômicas. Os últimos dados levantados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que o uso prejudicial de bebidas alcoólicas é responsável por 3,3 milhões de mortes ao ano, o que representa 5.9% de todas as mortes mundiais, e a principal causa de mais de 200 doenças e lesões (WHO, 2014).

A conscientização da sociedade civil é de extrema importância para que haja uma redução desses índices, porém, infelizmente, nem todos conhecem os efeitos do álcool no organismo do indivíduo.

Pesquisas indicam que o consumo regular, em pequenas e moderadas quantidades, pode diminuir as taxas de mortalidade vascular em até 38%, e é pacífico que deve haver moderação, não podendo o consumo ser superior a dois ou três copos americanos (200ml) de bebida, como a cerveja, variando de indivíduo para indivíduo, de gênero, de idade. Acima dessa quantidade, o consumo torna-se prejudicial. (PAOLINO, 2010).

Quanto maior o volume de álcool ingerido, mais toxinas são impostas ao organismo, levando a um nível de intoxicação que implicará em várias alterações, por exemplo, no padrão de sono, na pressão e em demais metabolismos hormonais e orgânicos (FIGLIE, 2002)(LARANJEIRA, [S.d.]) (CAMPOS, 2012).

Sobretudo, as consequências poderão ser desastrosas, como dependência¹, doenças cardiovasculares, hepáticas, psíquicas, acidentes, violência, homicídios, entre outras.

Ronaldo Ramos Laranjeira ([S.d.]), psiquiatra na área, diz que é preciso estabelecer a distinção entre três padrões diferentes do beber:

“1. baixo risco – beber um ou dois copos de bebida alcoólica por dia, se beber mais está fazendo uso nocivo do álcool; 2. risco médio – o cidadão que ingere em casa uma média de 3 uísques, ele pode não ser dependente, mas está sujeito aos efeitos negativos do álcool, aumentando seu risco de doenças ligadas à bebida; e 3. dependente – que tem duas características marcantes: beber grandes volumes regularmente e ser tolerante ao álcool. Portanto, é um estado de necessidades fisiológicas que ocorrem em graduações mais ou menos elevadas, semelhante à dependência da nicotina.”

1 Estudos apontam que em cada dez pessoas, uma é alcoólatra.

Acrescenta o psiquiatra que “os - bebedores de finais de semana - ao ingerirem uma grande quantidade de álcool, o cérebro precisa desenvolver uma série de modificações típicas da dependência, para suportar a agressão imposta ao corpo” (LARANJEIRA, [S.d.]). E ainda, de todo álcool ingerido, somente 10% é eliminado pelos rins e pelos pulmões, os 90% restantes serão lentamente metabolizados no fígado, através de um fenômeno bioquímico de oxidação.

Melhor explicando, um copo de *chopp* (200 ml) ou uma dose (50 ml) de destilado leva, em média, uma hora e meia para ser totalmente eliminado do seu corpo; o dobro demoraria de duas a três horas. Ao ingerir grandes quantidades, seu corpo poderá levar um dia para metabolizar todo o álcool consumido (DUAILIBI, PINSKY e LARANJEIRA, 2010).

Oportuno enfatizar que a sociedade civil tem que ter a consciência plena de que as causas associadas à embriaguez e os problemas relativos ao consumo abusivo do álcool não ocorrem apenas nos doentes alcoólicos. Os fatores principais estão na ingestão de grandes quantidades de álcool em um curto espaço de tempo, o que é normal entre os bebedores eventuais, ou de "finais de semana".

Essa consciência é o grande motivador das políticas públicas internacionais, nesse caso, coordenada pela Organização Mundial de Saúde, a agência da ONU especializada na saúde mundial, conforme art. 57 da Carta das Nações Unidas².

Constituída em 07 de abril de 1948, e atualmente integrada por 192 Estados-Membros e dois Membros Associados, a Organização Mundial de Saúde – OMS - estabelece como um de seus princípios que "a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de infecções e doenças".

O preâmbulo da constituição da OMS impõe que os governos têm responsabilidade na saúde de seus povos, a qual só pode ser cumprida mediante adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas, com a padronização na assistência à saúde, na liderança e vigilância nos assuntos sanitários mundiais, incluindo a prestação de apoio técnico aos países. Esse é seu principal objetivo.

As assembleias gerais são realizadas anualmente, com a participação dos Ministros da Saúde de seus Estados-Membros, em Genebra, com a finalidade de estabelecer a política geral

² Artigo 57º: As várias organizações especializadas, criadas por acordos intergovernamentais e com amplas responsabilidades internacionais, definidas nos seus estatutos, nos campos econômico, social, cultural, educacional, de saúde e conexos, serão vinculadas às Nações Unidas, em conformidade com as disposições do artigo 63º. Tais organizações assim vinculadas às Nações Unidas serão designadas, daqui em diante, como organizações especializadas. Disponível em: < <http://www.fd.uc.pt/Ci/CEE/pm/Tratados/carta-onu.htm>>.

da organização de acordo com sua agenda, devidamente preparada pelo Conselho Executivo, que se reúne regularmente duas vezes ao ano³.

O Diretor Geral, escolhido pela Assembleia de saúde, tem autonomia para escolher quais projetos terão prioridade, bem como a equipe de trabalho e os secretários que irão acompanhá-lo durante seu mandato. O cargo é político, porém existem continuidades em muitos dos temas burocráticos específicos da OMS.

A organização estabelece associações com outros órgãos das Nações Unidas, com organizações não governamentais e setores privados; e, conta com uma equipe de funcionários, e de colaboradores *experts* em saúde pública, tais como: epidemiologistas, cientistas, gestores, administradores e outros.

A equipe da OMS trabalha de forma coordenada com seus associados; cada tema (doença) é trabalhado por uma equipe especializada e capacitada para elaborar diretrizes e normas sanitárias em suas 147 oficinas espalhadas por seus Estados-Membros, mais seis oficinas regionais e sua sede em Genebra, Suíça.

O orçamento é realizado com a contribuição de seus Estados-Membros, de acordo com seu estatuto. Porém, a organização trabalha quase sempre com um orçamento extra, proveniente de nações, setores privados e particulares⁴.

Com importante influência na área médica de seus Estados-Membros, a organização contém uma grande base de dados - um mapa da saúde mundial – permitindo que sua equipe elabore convenções com políticas públicas de prevenção, a exemplo da Convenção-Quadro sobre Controle do uso do Tabaco (CQCT)⁵.

Todavia, por ser uma organização internacional de grande influência, é inevitável que sofra pressões políticas e econômicas, e com o álcool não foi diferente.

Desde 1950 o álcool é um dos temas da OMS, mas os estudos e as abordagens não estavam voltados às consequências causadas pela ingestão abusiva do álcool, somente sobre o alcoolismo – doente alcoólico - ligado às áreas de psiquiatria e saúde mental.

Em 1970, o programa foi liderado pelo sueco Jan Ording e a OMS resolveu aliar as pesquisas e os estudos relativos à saúde juntamente com a produção e o comércio voltados ao

³ Artigos 26 e 28 da Convenção da OMS.

⁴ As informações sobre equipe de trabalho, escritórios e orçamento foram retiradas do site da organização, disponível em: <www.who.org>.

⁵ A CQCT entrou em vigor em 2005 e tem 168 signatários, tornando-o um dos tratados mais amplamente adotados na história das Nações Unidas. O Decreto nº 5658 de 02/01/2006 deu publicidade interna à ratificação; ver mais em VEDOVATO, Luís Renato. A convenção-quadro sobre controle do uso do tabaco e consequências para o ordenamento jurídico brasileiro *in*: Controle do tabaco e o ordenamento jurídico brasileiro, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 6-7.

álcool com a colaboração da UNCTAD – Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento. O projeto, quando concluído, de acordo com os pesquisadores, foi de extrema importância, porém a iniciativa foi insustentável⁶ por conta de pressões das empresas de marketing e das indústrias de bebidas alcoólicas, sendo a pesquisa arquivada na sede da organização⁷.

Houve então uma descontinuidade no programa referente ao álcool. Em 1983, Marcus Grant, diretor da *Alcohol Education Center* em Londres, e substituto de Jan Ordning no programa junto a OMS, teve uma atividade pequena durante a maior parte do período em que esteve na frente do programa em Genebra, na divisão referente ao programa de saúde mental, adiando a continuidade da série de projetos para detectar e intervir nos problemas relativos ao consumo indevido de álcool.

No ano de 1990, álcool e drogas foram retirados do programa de saúde mental por conta da criação do programa para abusos de substâncias, que fora dirigido até 1996 pelo suíço Hans Emblad⁸, servidor público do Fundo das Nações Unidas para abuso e controle de drogas.

O programa criou um documento de estratégias ambiciosas, delineando uma série de programas de ação; porém, a OMS concentrou suas energias nos programas contra a indústria farmacêutica e aleitamento materno, realocando novamente, em 2000, o programa álcool e drogas ao programa de saúde mental.

Foi na administração de Gro Harlem Brundtland⁹ (2001-2003), que a política sobre o álcool ressurgiu, e pela primeira vez foi incluído no discurso de um Diretor Geral como uma de suas prioridades¹⁰.

⁶ Assembleia Geral de Saúde, WHA 32.40. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/en/WHA32.40.pdf>. Acesso em: 10/06/2014.

⁷ Informações detalhadas sobre o período liderado por Jan Ordning. Disponível em: <<http://www.multinationalmonitor.org/hyper/issues/1983/11/selvaggio.html>>. Acesso em: 17/08/2014. Os mesmos pesquisadores John Cavanagh e Frederick Clairmonte, cujo livro fora arquivado pela OMS, lançaram um artigo científico com o título de “*Alcohol Beverages: Dimensions of Corporate Power*”, um dos mais importantes trabalhos ligado ao álcool, produção e marketing, que foi distribuído para todas as companhias.

⁸ Mais informações disponíveis em: <https://wikileaks.org/wiki/World_Health_Organization_global_Cocaine_Project_Study_suppressed_by_the_United_States_for_13_years,_1995>.

⁹ A Dra. Gro Harlem Brundtland assumiu a Direção Geral da OMS no período de 21 de julho de 1998 a 21 de maio de 2003. Veja sua bibliografia completa em: <<http://www.who.int/dg/brundtland/brundtland/en/>>.

¹⁰ Parte do discurso de Brundtland em que os problemas relativos ao consumo de álcool foi considerado pela primeira vez como uma das prioridades a serem desenvolvidas em 16/06/2003: [...] “*We now take so much for granted: routine immunizations; safe water and food supplies; healthier housing and safer roads; effective laws to control tobacco use and alcohol abuse. And we have linked prevention and health promotion to family policy to ensure safe motherhood and healthy child development.*” [...]. O discurso todo está disponível em: <<http://www.who.int/dg/brundtland/speeches/2003/bergen/en/>>.

Posteriormente, na conferência realizada em Estocolmo (2002), denominada álcool e jovens - *alcohol and Young people*-, na “*large alcohol manufacturers*” para “*dangerous marketing techniques*” dirigida para jovens que tinham hábito de beber desde muito cedo, a OMS anunciou o início do comitê de estratégias de políticas públicas para o álcool para controlar o problema sério de saúde pública causado pela bebida. (ANEXO I)

Esse anúncio gerou um grande impacto nas indústrias de álcool, e a *The International Center for Alcohol Policies* – ICAP -, uma organização fundada pelas indústrias, focou suas atenções para exercer alguma influência nos planos da organização, propondo uma interação dos membros da ICAP junto ao comitê científico da organização para a política pública sobre o álcool (ROOM, 2005).

Diante da batalha estabelecida entre a organização e as poderosas influências das indústrias de bebidas, a administração de Brundtland, em 2002, viu-se obrigada a abrandar a prioridade relativa as políticas públicas do álcool e concentrou suas forças na CQCT e na estratégia mundial em emagrecimento. Porém, quando deixou sua posição em 2003, Brundtland admitiu a uma repórter da *Financial Times*¹¹ que não se engajou efetivamente no programa de álcool com medo de comprometer politicamente os demais trabalhos da OMS, dentre eles o uso do tabaco (JONES, 2003).

Contudo, na Assembleia Mundial de Saúde de 2002, com a participação dos ministros de saúde de quase todos os Estados-Membros, houve um debate sobre os riscos sanitários mais preocupantes de cada país, e no relatório constou que o consumo abusivo de álcool era responsável por 4% das doenças mundiais e 3.2% da mortalidade mundial, com uma prevalência maior nos países pobres e em desenvolvimento.

O resultado do relatório publicado pela OMS denominado *Informe de la salud en el mundo* (2002) foi primordial para a implantação e padronização da assistência à saúde por parte da organização, para confirmar seu papel de liderança e vigilância nos assuntos sanitários mundiais. (ANEXO II)

Os relatórios anuais, enviados por seus Estados-Membros, constatavam um crescente nos problemas relativos ao álcool, bem como os gastos com a saúde pública mundial. Esse crescente nas estatísticas, mais a pressão dos cinco diretores membros dos países nórdicos¹², forçaram a organização a voltar suas atenções ao programa de políticas sobre o álcool,

¹¹Matéria disponível em :< <http://www.ias.org.uk/What-we-do/Publication-archive/The-Globe/Issue-2-2003/First-the-target-was-tobacco-Then-burgers-So-how-has-Big-Alcohol-stayed-out-of-the-lawyers-sights.aspx>>. Acesso em: 01/08/2014.

¹² Finlândia, Dinamarca, Suécia, Noruega e Islândia.

retomando os projetos adotados pela OMS de breves intervenções contra o uso abusivo de álcool.

Este projeto fora aplicado nos sistemas primários de saúde dos países desenvolvidos e foram bem-sucedidos, sendo então a oportunidade de retomarem os programas, testando as mesmas intervenções nos países em desenvolvimento.

Iniciou-se a inclusão do projeto de breves intervenções relativos ao álcool no Brasil e na África do Sul, ensejando na produção do livro *“Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries”*, publicado no ano de 2005.

Esse programa surtiu um efeito positivo, pois o álcool, após duas décadas, entrou definitivamente na agenda política da OMS, na 58ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA 58.26), realizada em 2005¹³, e cinco anos após (maio/2010), na 63ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA 63.13), foram recomendadas como suas dez estratégias para reduzir o consumo abusivo de álcool. (ANEXO III)

¹³ A WHA 58.26 requereu, dentre outras determinações, aos seus membros que elaborassem, aplicassem e valorassem estratégias e programas eficazes para reduzir as consequências sanitárias e sociais negativas do uso nocivo do álcool.

2 O BRASIL E O CONSUMO DE ÁLCOOL.

O consumo de álcool no Brasil é tido como cultural, assim como o futebol e o carnaval, pois é fato notório que todos esses eventos são relacionados ao consumo de bebidas, sendo a principal delas a cerveja.

Émile Durkheim, fundador da escola francesa de sociologia, estuda a sociedade como um organismo que funciona como um corpo, onde cada órgão tem a sua função e depende dos outros para sobreviver. Assim, o sujeito é construído dentro das relações sociais, pois a sociedade já existia antes de seu nascimento, entretanto, antes de qualquer coisa, esse sujeito é social¹⁴.

É a sociedade quem dá linguagem, lógica e valores, ou seja, tudo o que precisa para emitir sua opinião e interagir com os demais; é preciso compartilhar temas, que não é você quem define.

E nessa lógica a bebida alcoólica é sociável, pois está no seio das relações sociais, ligada a momentos de alegria, comemoração, festas e relacionamentos. Necessário esclarecer que a mídia é a grande propagadora das ideias coletivas, a agenda política é definida pela publicidade (SCHIMIDT, 2008, p. 2327), o tema que se vai discutir tem que ser discutível pelo outro, e é a mídia quem dita as discussões políticas por excelência, pois político é o que interessa a toda a *pólis*.

A ausência de conscientização popular sobre os malefícios (físicos, psíquicos e sociais) da ingestão abusiva de bebidas alcoólicas, mesmo que esporadicamente, não é um marketing positivo para as indústrias de bebidas, principalmente as de cervejaria no Brasil, e assim não gera interesse em uma divulgação que enseje a conscientização popular. Daí a dificuldade da inclusão do álcool na pauta da agenda política no Brasil, e a falta de comprometimento da mídia com as políticas públicas sobre o álcool.

As pesquisas realizadas no Brasil, de acordo com o II Levantamento de Álcool e Drogas (LENAD)¹⁵, realizado no período de 2006 a 2011, mostrou que apesar da taxa de abstinência ter permanecido a mesma nos últimos seis anos (48% em 2006 e 52% em 2012),

¹⁴ Palestra realizada na UNIMED BH, pelo Prof. Clóvis de Barros Filho sobre a liberdade. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=MrOHD9c2po>>. Acesso em: 18/04/2014.

¹⁵ O LENAD 2012 foi desenvolvido pela segunda vez pelo INPAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

houve um aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes¹⁶, que foi de 45% em 2006 para 54% em 2012 (LARANJEIRA, 2012).

Um dos prejuízos causados pelo consumo abusivo do álcool é o aumento de tendências a comportamentos agressivos, e isso ocorre não só nas ruas, mas principalmente dentro dos lares. A violência física na infância é um grande problema. Crianças que sofrem abuso precocemente tem maiores chances de desenvolverem doenças psiquiátricas, e de se tornarem usuárias problemáticas de álcool e drogas ilícitas na vida adulta (CORDEIRO, FILHO e CAMPOS, 2012) (MADRUGA, 2012).

O estudo apresentado pelo LENAD em 2012 constatou que 2 (dois) a cada 10 (dez) brasileiros já sofreram algum tipo de violência física na infância. Destes que sofreram violência na infância, em 20% dos casos a vítima relatou que o abusador havia ingerido alguma bebida alcoólica nesta situação¹⁷. Os resultados também mostram que 6% dos brasileiros relatam terem sido vítimas de agressão física por seu parceiro ou parceira, e em metade dos casos observou-se a relação de consumo de álcool.

Outro destaque significativo auferido pelo II LENAD foi o aumento da ingestão de bebidas alcoólicas por mulheres de forma frequente, que passou de 29% em 2006 para 39% em 2012.

O beber nocivo, denominado *binge*¹⁸, também aumentou de 45% para 59% entre os bebedores e destes as mulheres passaram de 36% para 49%. Importante ressaltar que as entrevistas realizadas pelo II LENAD foram feitas com indivíduos a partir dos 14 anos de idade.

Também constatou-se que o aumento das porcentagens de bebedores nocivos se dá devido ao crescimento econômico do país, pois o aumento da renda per capita está diretamente relacionado ao aumento de consumo de álcool, tornando o Brasil um país promissor para a indústria de álcool. Tanto que, no relatório anual da Ambev em 2011 consta que a cadeia produtiva da cerveja pagou R\$ 16,4 bilhões em salários para seus empregados, valor equivalente ao orçamento do programa Bolsa Família deste mesmo ano, correspondente a 1.6% do PIB brasileiro, além dos empregos gerados, de forma direta e indireta, a mais de 1,7 milhões de pessoas.

¹⁶ Aqueles que bebem pelo menos uma vez por semana ou mais.

¹⁷ II LENAD, 2012, p. 11 - 13.

¹⁸ *Binge* é uma expressão onde o indivíduo ingere grandes quantidades de álcool (4 doses para mulheres e 5 doses para homens) durante um curto espaço de tempo (2 horas).

Em 2011, a participação de mercado da Ambev no país foi de 69%, segunda maior média dos últimos dez anos, dados que vem de encontro com o crescimento econômico nacional de acordo com o informado acima¹⁹.

Diante deste panorama nacional relacionado ao consumo de bebida, passaremos a estudar o Plano Nacional de Álcool criado pelo governo em 2007.

Como já relatado no capítulo I, o PNA não foi criado por uma manifestação popular, mas para exercer uma influência direta da OMS.

Como informado no capítulo anterior, na Assembleia Mundial de Saúde de 2002 (WHA 55), ficou demonstrado o consumo abusivo de álcool (4% das doenças mundiais e 3.2% da mortalidade mundial); de acordo com Duailibi e Laranjeira (2007, p. 840), o nível de consumo do continente americano é de 50% a mais que o global, e informam os pesquisadores que:

“Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, mas o consumo per capita dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial. Isto é relevante, pois quanto mais alta a média de consumo em uma população, maior será a prevalência dos danos relacionados ao álcool, com uma prevalência maior nos países pobres e em desenvolvimento.”

O resultado do relatório *Informe de la salud en el mundo* (2002) foi provavelmente um empurrão na criação do Decreto de 28 de maio de 2003²⁰, como uma forma de pressionar a OMS a retomar seu programa sobre o álcool, assim como fizeram os demais Estados-Membros.

O decreto foi o primeiro passo para o nascimento da PNA – Programa Nacional sobre o Álcool -, pois instituiu um grupo para avaliar e apresentar propostas com a finalidade de rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolve o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.

¹⁹ AMBEV, 2012. Disponível em: <www.ambev.com.br>. Acesso em: 30/11/2012.

²⁰ Decreto de 28/05/2003, Art. 1º: Fica instituído Grupo de Trabalho Interministerial para, no prazo de noventa dias contados a partir de sua instalação, avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. Disponível em: <http://www.stf.gov.br/arquivo/cms/forumCorteSupremaConteudoTextual/anexo/Brasil_LeiOrganicadaMagistraturaNacional.pdf>.

Esta proposta tinha um prazo de 90 dias para ser cumprida, o que não foi feito. Na sequência, saiu o Decreto de 30 de outubro de 2003, dando um prazo de mais 120 dias.

É fato que nesse período houve várias pesquisas, todas ligadas a área da psiquiatria, que conseguiram um panorama da situação do Brasil em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

Após a WHA 58.26, em 2005, que recomendou a seus membros que aplicassem estratégias para a redução do álcool, foi realizada na cidade de Brasília a I Conferência da Organização Pan-americana de Saúde, e nela foi elaborado o documento “Carta de Brasília”, que reafirmou os termos da WHA 58.26, e recomendou:

- “1. Prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool sejam considerados uma prioridade de saúde pública para ações por parte de todos os países da região das Américas.
2. Estratégias regionais e nacionais sejam desenvolvidas, incorporando um elenco culturalmente apropriado de políticas baseadas em evidências, a fim de reduzir os danos relacionados ao consumo do álcool.
3. Essas estratégias sejam apoiadas por melhores sistemas de informação e por mais estudos científicos sobre o impacto do álcool e os efeitos das políticas de álcool nos contextos nacionais e culturais dos países das Américas.
4. Uma rede regional de pontos focais nacionais, nomeados pelos Estados-Membros das Américas, seja criada com a cooperação técnica e o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, para trabalhar para a redução dos danos relacionados ao consumo de álcool.
5. Políticas baseadas em evidência sejam implementadas e avaliadas por todos os países das Américas.
6. Áreas prioritárias de ação incluem: ocasiões quando se bebe excessivamente, o consumo geral da população, mulheres (inclusive mulheres grávidas), populações indígenas, jovens, outras populações vulneráveis, violência, lesões intencionais e não intencionais, consumo de álcool por menores de idade e transtornos relacionados ao uso de álcool.”

Não obstante os esforços do Ministério da Justiça estarem voltados às drogas ilícitas, com a instituição do SISNAD²¹ em 2006, em 2007 fora elaborado o PNA, aproveitando-se da estrutura já criada pelas políticas públicas antidrogas, pois o decreto determinou que a coordenação, articulação e implementação fosse competência do SENAD – Secretaria Nacional Antidroga, conforme o art. 4º do Decreto 6117/2007²², que é um órgão da estrutura organizacional do Ministério da Justiça²³.

Apesar de não constar no bojo do decreto que instituiu a PNA qualquer menção sobre a OMS e a conferência realizada pela OPAS, é possível constatar, pelo prazo decorrente entre o Decreto e a publicação da lei, que a política pública foi finalmente instituída - após quatro anos²⁴ - por conta do compromisso internacional do Brasil com as referidas organizações.

Pois bem, os objetivos da PNA, de acordo com o decreto que a instituiu, são:

“[...] os princípios fundamentais à **sustentação** de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a **redução dos danos sociais, à saúde e à vida** causados pelo consumo desta substância, bem como as **situações de violência** e criminalidade **associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas** na população brasileira. [...]”²⁵.
(grifo não pertence ao original)

Consagrou também o acesso e recebimento de informações sobre o uso prejudicial do consumo da bebida, conceituou a bebida alcoólica devendo ser considerada aquela que contiver 0.5 graus *Gay-Lussac*²⁶ ou mais e definiu 20 diretrizes. No anexo II do mesmo decreto, constaram nove conjuntos de medidas para alcançar as diretrizes definidas.

Em 2010, a WHA 63.13 recomendou como suas dez diretrizes que, segundo a análise feita nesse estudo, é um resumo das 20 determinadas pela PNA.

²¹ Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Lei 11343/2006. Disponível em: < www.planalto.gov.br>.

²² Art. 4º do Decreto 6117/2007 “A Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o Álcool.”

²³ Decreto 6061/2006. Disponível em: < www.planalto.gov.br>.

²⁴ Espaço de tempo entre o Decreto de 28/05/2003, que instituiu o grupo para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, até a instituição da Política Nacional do Álcool.

²⁵ Anexo I, do decreto 6117/2007.

²⁶ Graus *Gay Lussac* indica a porcentagem de álcool que uma mistura contém. Mede-se segundo a quantidade de álcool existente para cada 100 litros da mistura, assim, uma mistura de 11º GL, tem 11 litros de álcool puro para cada 100 litros de mistura.

Conclui-se que a política pública criada pelo Brasil foi construída com base nas diretrizes de outros Estados-Membros, para cooperar com a pressão internacional que estavam exercendo sobre a OMS para que o programa sobre álcool fosse restabelecido.

Porém, o Brasil aproveitou o programa de políticas públicas antidrogas para pôr em execução o PNA, levando em consideração que o álcool é um produto de efeito psicotrópico.

O erro foi adotar o mesmo órgão para execução do PNA e do SISNAD e desconsiderar o caráter lícito da bebida alcoólica, o que vem impedindo a conscientização popular dos malefícios da bebida, mesmo que de forma eventual.

A PNA tem vários problemas e poucas soluções, foi organizada de forma anárquica, compondo um conjunto de ideias elaboradas por outros países, com pouca consciência, construindo preferências para a solução dos problemas ao invés de construir preferências para as ações. Este modelo de agenda da PNA é o criado por Cohen, March e Olsen (1972, *apud* SOUZA, 2006, p. 30-31) denominado de *garbage can* - “lata de lixo”-, pois as escolhas foram feitas como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo, retirando desta apenas os problemas encontrados.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ÁLCOOL.

3.1 Análise do tema políticas públicas.

O tema inserido neste capítulo pede, a princípio, uma análise doutrinária sobre as políticas públicas, para posteriormente adentrarmos nas políticas específicas sobre a redução do consumo de bebidas alcoólicas no âmbito nacional e internacional conforme nossa proposta e o objeto deste trabalho.

Não há a intenção de conceituar o tema, pois atualmente as políticas públicas são analisadas sob vários prismas das áreas do conhecimento humano, não só sob a ótica da ciência política.

Aqui, portanto, nos compete trazê-la sob a ótica jurídica com o intuito de aclarar sua importância à sociedade, pois é a pedido da sociedade que a elaboração e o controle devem ser atendidos, encontrando soluções em suas implementações, muitas vezes na intervenção do Poder Judiciário, ante a ação ou omissão do Estado (Poder Executivo e Legislativo).

No início do século XX, as reivindicações socioeconômicas que ampliaram os direitos humanos fizeram com que o Estado tivesse um papel de promotor dos direitos sociais (PADILHA, 2010, p. 35 - 46). Assistiu-se assim, nas legislações estatais, a fomentação do Estado de Bem-estar Social, cuja afirmação plena veio a ocorrer com a Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição de *Weimar* de 1919. Esta última representou a expressão mais bem elaborada do Estado de Democracia Social, e criou inovações no campo dos direitos fundamentais ao adotar grupos sociais de titularidade que implicavam a aplicação de políticas públicas (CULLETON; et al, 2009, p. 37-38).

Comparato (1998), em seu artigo “Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas”, informa que o conceito de política como programa de ação passou a fazer parte da teoria jurídica recentemente, precisamente após a Revolução Industrial, pois anteriormente a esta, correspondia a uma realidade inexistente, uma vez que os valores individuais sobrepujam o coletivo.

Nos Estados Unidos, as políticas públicas têm uma inserção muito antiga, contudo seu estudo é bem próximo ao estudo das ciências jurídicas. Willian Clune (1993, p. 3), em uma tradução aproximada, define que “todo direito é política pública, e nisso está a vontade coletiva da sociedade expressa em normas obrigatórias; e toda política pública é direito; nisso

ela depende das leis e do processo jurídico para pelo menos algum aspecto de sua existência.”²⁷

Assim, as políticas públicas envolvem um conjunto de ações praticadas pelo Estado-Administrativo, com o fim de garantir o direito fundamental do indivíduo. E, segundo Alessandra Obara Soares da Silva ([S.d.], p. 7), “a efetividade dos direitos fundamentais é o objeto das diversas políticas públicas [...]”

Porém, é no estudo das ciências políticas que iremos encontrar a metodologia para se criar uma política pública e entender se a política sobre o álcool foi bem preparada pelo Brasil e pela OMS.

Destacaremos algumas distinções feitas no estudo das políticas públicas, sendo a primeira a orientação descritiva que elabora as políticas e suas características de forma teórica, e a segunda a orientação prescritiva que apoia os agentes e identifica os obstáculos para que obtenha êxito, também chamados de *analysis of policy* – melhor entendimento do processo político -, e *analysis for policy* – solução dos problemas.

Ambas as formas são importantes, como prevê Easton (1965, *apud* SOUZA, 2006, p. 24), assim como um sistema, uma relação entre formulação, resultado e ambiente, para que haja uma compreensão maior sobre a política do álcool, nacional e internacional, tendo em vista que ambas já foram formuladas e estão em prática.

É preciso então analisarmos a *policy*, e a relação existente entre esta e a *polity* e *politics*, vez que essas três dimensões são permanentes e recíprocas (SCHIMIDT, 2008).

Frey (2000, p. 216), refere-se à *polity* como a “ordem do sistema político, delimitada pelo sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo”, ou seja, é a estrutura de funcionamento do governo e sua relação entre os poderes legislativo, judiciário e executivo – o aparato burocrático (administrativo). No âmbito nacional o aparato burocrático é bem visível por conta da normatização da Política Nacional do Álcool²⁸. No âmbito internacional, a estrutura foi toda exercida pela OMS, porém há uma cobrança imposta em sua constituição, e reiterada em sua assembleia, sobre a necessidade de seus Estados-Membros em enviarem um relatório sobre a aplicação de suas recomendações.

Já a definição de *politics* é o estudo do relacionamento dos atores políticos, e a competição por poder e recursos de forma cooperada ou conflitante. Os atores nacionais na

²⁷ Texto original: “By definition, all law is public policy, in that is the collective will of society expressed in binding norms; and all public policy is law, in that it depends on laws and lawmaking for at least some aspect of its existence (DOKUPIŁ e COLLINS, 1993).”

²⁸ Decreto 6.117/2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326982.pdf>>

PNA são: a União, os Estados, Municípios, o Distrito Federal e a sociedade, cuja participação não é somente por se fazer representar pelo estado, mas pelo fato de compor o Conselho Nacional Antidrogas – CONAD²⁹. Quanto aos atores internacionais, são os seus Estados-Membros, as organizações não governamentais e profissionais da saúde que colaboram com a OMS³⁰.

E, por fim, a *policy*, que é o Estado em ação, o resultado da política institucional e processual que se materializa, objetivando a resolução dos problemas por meio de programas (SCHIMIDT, 2008) como as diretrizes para a redução do consumo abusivo de álcool recomendadas pela OMS³¹ e o PNA³².

Quanto às tipologias das políticas públicas, Lowi (2008) adota quatro: (a) políticas distributivas; (b) políticas redistributivas; (c) políticas regulatórias; e, (e) políticas constitutivas ou estruturadoras.

A política pública nacional e internacional do álcool está enquadrada na tipologia (c), ou seja, políticas regulatórias que são aquelas que regulam e ordenam, mediante decretos, recomendações para o funcionamento dos serviços e instalações de equipamentos para implementação das políticas. Esse tipo de implementação de política pública costuma demorar, tendo em vista a burocratização e a possibilidade de descontinuidade do programa por conta das mudanças administrativas, como ficou constatado nos 20 anos levados pela OMS para finalmente recomendar suas diretrizes.

Apesar de Sabatier e Jenkins-Smith (1993, *apud* SOUZA, 2006, p. 31-32) entenderem que a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente

²⁹Art. 5º do Decreto 5912/2006 – “São membros do CONAD, com direito a voto: [...]VI - representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil: a) um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB-Federal; b) um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM; c) um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP; d) um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; e) um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; f) um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação - CFE; g) um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC; h) um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes - UNE; VII - profissionais ou especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo Presidente do CONAD: a) um de imprensa, de projeção nacional; b) um antropólogo; c) um do meio artístico, de projeção nacional; e d) dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas.”

³⁰Contingente disponível no site da organização: <http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/>.

³¹Estratégia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Disponível em: <http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/>.

³²Decreto 6.117/2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326982.pdf>>.

estáveis que se articulam como os acontecimentos externos (crenças, valores e ideias), a opção de segmentar as fases da política pública para uma análise da efetividade de sua implementação parece-nos mais didática. Sendo assim, adotaremos cinco fases descritas na doutrina de Schimidt (2008, p. 2315-21) para serem posteriormente aplicadas nos próximos capítulos, passo a passo, no estudo referente ao álcool.

As fases são:

- (1) percepção e definição de problemas – que é transformar a situação em “problema político”, primeira condição para que uma questão possa gerar uma política pública;
- (2) inserção na agenda política – definida como elenco de problemas, um rol de questões relevantes debatidas pelos agentes;
- (3) formulação – momento da definição sobre a maneira de solucionar o problema político em pauta e a escolha das alternativas;
- (4) implementação – concretização da formulação através de ações e atividades que materializam as diretrizes; e
- (5) avaliação – é indispensável uma prática regular e continuada de aferição da efetivação das políticas públicas, dos resultados obtidos, do seu custo e da sua aceitação pelos cidadãos.

Para auferir o item (5) avaliação, deve-se questionar alguns aspectos que são de suma importância, conforme o estudo apresentado por Schimidt (2008, p. 2315-21):

- (a) avaliação de efetividade: a política foi de fato implementada?
- (b) avaliação da eficácia: os resultados esperados foram alcançados?
- (c) avaliação de eficiência: qual o montante dos recursos despendidos para alcançar os resultados?
- (d) avaliação da legitimidade: qual o grau de aceitação da política por parte dos beneficiados?

Segue a avaliação da política pública internacional de acordo com as fases descritas.

3.2 Política pública internacional.

De acordo com o histórico apontado entre o álcool e a OMS, a fase (1) das políticas públicas, que é a de percepção e definição de problemas, se deu no início dos anos 50, sendo

apontada uma definição somente nos finais dos anos 70. A descontinuidade de mandatos na organização resultou em congelamentos na implementação da agenda política internacional.

Como ressaltado, durante os anos 70 até os anos 2000 o programa álcool na OMS foi retirado e recolocado no programa de doenças mentais inúmeras vezes, demonstrando que estavam com uma “batata quente” nas mãos. Sabe-se que tal fato se deu por pressões políticas, principalmente das empresas de marketing e indústrias de bebidas.

Porém, o álcool se transformou em um problema político internacional a partir do discurso da então diretora executiva Gro Harlem Brundtland, que colocou o álcool como uns dos problemas a serem discutidos em sua gestão, não conseguindo concluir seu objetivo tendo em vista as pressões sofridas pelas indústrias de bebidas. Entretanto, a OMS também sofreu pressões de seus Estados-Membros, liderado pelos países nórdicos, por sua equipe técnica e pela mídia internacional.

Em 2005, na WHA 58, a política pública internacional do álcool alcançou sua fase (2), a inserção na agenda política da organização.

De acordo com Viana (VIANA, 1996, p.7-12), existem três tipos de agenda política: a sistêmica, a governamental e a institucional. De forma resumida a agenda sistêmica se dá sobre assuntos que preocupam a sociedade, mas não tem atenção do governo; a agenda de decisão compreende os problemas já decididos e em fase de aprovação.

No caso da OMS, a agenda foi governamental ou institucional, pois o problema estava merecendo a atenção do governo, uma vez que já havia uma conscientização e pressão de seus membros e colaboradores.

Celina Souza (2006, p. 30) diz que a agenda focaliza problemas, política e os participantes visíveis (políticos, mídia, partidos e grupos de pressão) e invisíveis (acadêmicos e burocratas). Quando o problema é focalizado, seu reconhecimento afeta o resultado da agenda; a focalização política é um fator poderoso, uma vez que constrói a consciência coletiva, fazendo com que os participantes visíveis definam a agenda e os invisíveis definam as alternativas dos problemas. E assim, se convergiram nas assembleias seguintes até a tomada de decisão nas escolhas das alternativas determinadas na 61ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA 61.4).

Foi nesta assembleia de 2008 (WHA 61) que adentramos na fase (3) das políticas públicas, que determinou a formulação das diretrizes para serem apresentadas e implementadas na 63ª Assembleia Geral de Saúde, quando finalmente as diretrizes foram

materializadas, e assim concluída a fase (4) das políticas públicas, qual seja, a fase de implementação. (ANEXO IV).

Para a avaliação da implementação das diretrizes pela OMS, fase (5), deve-se considerar alguns aspectos que são de suma importância, conforme o estudo apresentado por Schimidt (2008, p. 2315-21):

“(a) avaliação de efetividade: a política foi de fato implementada? (b) avaliação da eficácia: os resultados esperados foram alcançados? (c) avaliação de eficiência: qual o montante dos recursos despendidos para alcançar os resultados? (d) avaliação da legitimidade: qual o grau de aceitação da política por parte dos beneficiados?”

Utilizando estes questionamentos podemos dizer que, de acordo com o relatório de 2014 apresentado pela OMS, *Global status report on alcohol and health 2014*, a política foi implementada por seus Estados-Membros. No caso do Brasil e de muitos outros países, as diretrizes foram inclusive normatizadas, ou seja, fazem parte da legislação interna dos Estados. (ANEXO VI)

Os resultados esperados são para 2025, cujo objetivo é a redução do consumo nocivo de 10%, e o último relatório apresentado é bem otimista em relação a este objetivo.

A recomendação mais aceita e aplicada por todos os Estados-Membros foi a de não dirigir sob efeito de álcool. Assim, a organização espera uma redução no índice de acidente de trânsito desse tipo em seu próximo relatório.

Para o exercício de 2012 – 2013 foram despendidos U\$ 32.731.000,00³³ para promover a saúde e desenvolvimento contra as doenças causadas pelo uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas³⁴ e, de acordo com o último relatório emitido pela OMS no início deste ano, também indica um grau de aceitação máximo de todos os Estados-Membros.

Conclui-se portanto que, ao avaliarmos a política pública internacional – de acordo com o item (5) – ela foi satisfatória, porém é preciso alertar que a análise da OMS está sujeita ao envio dos relatórios por parte de seus Estados-Membros e não há como mensurar a realidade fática de cada Estado; acredita-se na boa-fé destes no envio de seus documentos sem

³³ Moeda americana, em 18/08/2014 o dólar estava em uma média de R\$ 2,25, conforme o site < <http://economia.uol.com.br/cotacoes/cambio/dolar-comercial-estados-unidos/>>. Então os valores despendidos para o programa de álcool, tabaco e outras drogas em real foi de R\$ 73.644.750,00.

³⁴ WHA 64, disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf#page=20> p. 3.

que os dados sejam mascarados ou manipulados pela política ou pressões internas de cada nação.

3.3 Política pública nacional do consumo abusivo de álcool.

Neste tópico será feito um estudo da PNA brasileira. Importante ressaltar mais uma vez que a política pública sobre álcool (PNA) foi normatizada em 2007 pelo Decreto 6117, ou seja, três anos antes daquela recomendada pela OMS.

Serão adotadas novamente neste capítulo as fases articuladas por Schimidt (2008, p. 2315-21) para avaliarmos cada uma das dez diretrizes isoladamente, com o intuito de constatar se são efetivas no cenário nacional.

Relembrando, as fases são: (1) percepção e definição de problemas – que é transformar a situação em “problema político”, primeira condição para que uma questão possa gerar uma política pública; (2) inserção na agenda política – definida como elenco de problemas, um rol de questões relevantes debatidas pelos agentes; (3) formulação – momento da definição sobre a maneira de solucionar o problema político em pauta e a escolha das alternativas; (4) implementação – concretização da formulação através de ações e atividades que materializam as diretrizes; e, (5) avaliação – é indispensável uma prática regular e continuada de aferição da efetivação das políticas públicas, dos resultados obtidos, do seu custo e da sua aceitação pelos cidadãos.

O Decreto 6.117/2007 concedeu ao SENAD³⁵ o papel de liderar o Plano Nacional sobre o Álcool (PNA), que é um órgão estrutural do Ministério da Justiça, o qual foi criado e estruturado para liderar o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas³⁶.

O objetivo da PNA descrito no inciso I do anexo I é:

“A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos **problemas relacionados ao consumo de álcool**, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causada pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao **uso prejudicial de bebidas alcoólicas** na população brasileira.” (grifado pela autora)

³⁵ Decreto 6.117/2007, [...] art. 4º - A Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o Álcool [...].

³⁶ Lei 11343/2006, disponível no site <www.planalto.gov.br>.

Existem 20 diretrizes para o enfrentamento coletivo do álcool criado pelo PNA, porém a estrutura para a concretização e formulação para materializarem essas diretrizes foram anexadas ao programa criado para drogas ilícitas, contrariando tendências e inclinações dominantes na sociedade.

O álcool está arraigado na cultura popular brasileira; como alertar a sociedade sobre um problema que é cultural e lícito, se este está atrelado a uma estrutura criada para um programa de um problema considerado imoral e ilícito, para esta mesma sociedade?

Óbvio que irão associar o “problema álcool” a doença alcoólica, e não criar a consciência sobre o abuso no consumo, por parte de qualquer indivíduo. Miguel Reale, em seu estudo sobre lições preliminares de direito, diz que: “A eficácia se refere, pois, à aplicação ou execução da norma jurídica, ou por outras palavras, é a regra jurídica enquanto momento da conduta humana. A sociedade deve viver o Direito e como tal reconhecê-lo.”

Nesse sentido o objetivo da política pública sobre o álcool é ineficaz, pois não alcançou o seio da sociedade, aleijando a fase (1), para a construção de uma política pública, que é transformar o problema em política, ou seja, de interesse popular.

Salienta-se, mesmo assim, que a PNA foi normatizada, e portanto alcançou a fase (4), para a construção de uma política pública, que é a implementação, passando de forma ineficaz pela fase (1).

De acordo com o estudo analítico de Viana (VIANA, 1996, p.7-12) sobre os tipos de inserção na agenda política – fase (2) -, a PNA caracteriza-se pela agenda governamental ou institucional; ou seja, aquela que compreende problemas que estão merecendo atenção do governo.

Quanto à fase de formulação (3), acerca do momento de definição sobre a maneira de solucionar o problema político em pauta e as escolhas das alternativas, esta nunca é puramente técnica, é sempre política, ou seja, orientada por interesses (SCHIMIDT, 2008). Neste ponto, a PNA foi copiada dos estudos, pesquisas e trabalhos já realizados pela OMS, OPAS, OMS-EURO, adotando os mesmos padrões de definição de bebidas alcoólicas, objetivo da política pública, a serem adotadas as diretrizes de liderança, conscientização e compromisso, de ação comunitária, dirigir sob efeito de álcool, disponibilidade de álcool, marketing de bebidas alcoólicas, políticas de preço, mitigação das consequências negativas do consumo de álcool e intoxicação etílica, redução do impacto na saúde pública de álcool ilícito e o álcool de produção informal, e seguimento e vigilância.

A única diretriz que não seguiu o padrão internacional, ou seja, foi absorvida por um programa nacional já existente por conta das políticas públicas antidrogas – SISNAD, foi a ação comunitária, que passou a fazer parte da Caps AD e do SUS.

Todas as demais eram conflitantes com a legislação nacional e de total desinteresse da principal máquina contribuidora de conscientização social: a mídia.

A fase seguinte, a de implementação (4), foi concretizada sem o estudo da preocupação quanto à autonomia dos burocratas; na verdade, como dito inicialmente, a estrutura para concretizar a política pública do álcool é a mesma das drogas ilícitas. Os agentes administrativos tiveram que acrescentar mais uma responsabilidade a uma estrutura ainda em construção, como a política pública nacional sobre drogas.

Passaremos, por fim, aos aspectos considerados para a avaliação da PNA – que é a resposta aos quesitos: (a) avaliação de efetividade: a política foi de fato implementada? (b) avaliação da eficácia: os resultados esperados foram alcançados? (c) avaliação de eficiência: qual o montante dos recursos despendidos para alcançar os resultados? E, (d) avaliação da legitimidade: qual o grau de aceitação da política por parte dos beneficiados?

A PNA foi normatizada, portanto implantada, porém não foi efetivada, não atingiu seu objetivo, sendo assim, não foi de fato implementada. Quanto a sua eficácia, a mesma não foi alcançada, dado que sua aplicação foi incorporada por outro programa. Na avaliação de eficiência, os recursos despendidos para alcançar os resultados são para ambas as políticas de álcool e de drogas, resultando em insuficiência dos recursos, portanto ineficiente.

E por fim, a avaliação da legitimidade, que se trata do grau de aceitação política por parte dos beneficiários, é com apoio na teoria tridimensional do direito de Miguel Reale que a PNA é ilegítima, pois falta a pluridiversidade do direito que coloca o indivíduo como fonte de todos os seus valores.

4 ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS E O BRASIL.

Em 2007, o Brasil criou o decreto da PNA e recomendou 20 diretrizes para a redução do consumo abusivo de bebida alcoólica. Fizemos uma análise da política pública brasileira no capítulo acima e constatamos a ilegitimidade da PNA.

Quatro anos após, em 2010, a OMS, em sua 63^a Assembleia Mundial Geral de Saúde, recomendou, como suas, dez diretrizes a serem aplicadas por seus Estados-Membros, que nada mais são do que as 20 contidas no decreto brasileiro da PNA de forma condensada. (ANEXO IV)

Abordaremos cada diretriz recomendada pela OMS que é o objeto principal desse estudo para concluirmos que o Brasil é nacional e internacionalmente responsável por não aplicar a PNA.

Cada diretriz será analisada em 4 tópicos, da seguinte maneira:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim, será possível determinar se mesmo com uma avaliação negativa de sua Política Nacional do Álcool, o país tem levado em consideração as diretrizes recomendadas pela OMS, vez que é obrigado a enviar um relatório anual de seu desempenho sobre o programa relacionado ao álcool.

Esta constatação será feita com base na legislação e em pesquisas bibliográficas, em que é possível a análise das quatro etapas.

Dito isto, passamos às dez diretrizes indicadas pela OMS, para a redução do consumo abusivo de álcool. Importante frisar que, apesar de fazermos uma análise separada de cada diretriz, é claro que de acordo com a definição de política pública, é importante que todas elas estejam interligadas para alcançar o resultado esperado, que será a conclusão final deste tópico.

4.1 Liderança, conscientização e compromisso.

Essa é a primeira recomendação da OMS, sendo que para ser sustentada precisa de uma liderança e de um plano gestor como base, apoiado pela conscientização e compromisso

de sua equipe. É imprescindível que sejam suficientemente financiadas e bem definidas as contribuições e a responsabilidade de cada um de seus associados.

A OMS elaborou ainda cinco opções que devem compreender a 1ª diretriz, para que esta alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

- “(a) formulação de estratégias, planos de ação e atividades nacionais e subnacionais que se integrem e fortaleçam as já existentes, para reduzir o uso nocivo do álcool;
- (b) estabelecimento e designação de um organismo ou instituição principal, cujos procedimentos se encarreguem dos seguimentos das políticas, estratégias e planos nacionais;
- (c) coordenação das estratégias relativas ao álcool, trabalhando juntamente com outros setores pertinentes, que incluem os distintos níveis de governo e demais planos e estratégias pertinentes ao setor de saúde;
- (d) promoção de amplo acesso à informação e programas eficazes de educação e conscientização a todos os níveis da sociedade sobre toda a série de danos relacionados com o álcool que se registram no país, e sobre as medidas preventivas e eficazes já existentes e as que sejam necessárias; e,
- (e) aumento do conhecimento sobre os danos que o consumo de álcool causa a terceiros e entre grupos vulneráveis, evitando a estigmatização e desencorajamento de forma ativa, a discriminação das pessoas e grupos afetados.”³⁷

O Decreto 6117/2006, em seu artigo 4º, acresceu ao SENAD o papel de liderar o Plano Nacional sobre o Álcool (PNA)³⁸.

A Secretaria Nacional Antidrogas é um órgão que coordena as ações de integração das políticas setoriais da política nacional sobre drogas, a descentralização das ações, o

³⁷ Versão original publicada pela OMS: “a) formulación de estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales, o fortalecimiento de los existentes, para reducir el uso nocivo del alcohol; b) establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales; c) coordinación de las estrategias relativas al alcohol con la labor de otros sectores pertinentes, lo que incluye la cooperación entre los distintos niveles de gobierno y con otros planes y estrategias pertinentes del sector de la salud; d) fomento de un acceso amplio a información y programas eficaces de educación y concienciación a todos los niveles de la sociedad sobre toda la serie de daños relacionados con el alcohol que se registren en el país y sobre las medidas preventivas eficaces ya existentes o que se necesiten; e) aumento del conocimiento sobre los daños que el consumo de alcohol causa a terceros y entre grupos vulnerables, evitando la estigmatización y desalentando de forma activa la discriminación de las personas y los grupos afectados.”. Disponível no ANEXO IV.

³⁸ Ver nota de rodapé nº 34, no capítulo 3.3.

estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além da ampliação e do fortalecimento da cooperação internacional voltados a este tema.

Os conselhos do SENAD são o Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas, o Ministério da Justiça, as atividades exercidas pelo Poder executivo, e organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e assistência social³⁹.

O órgão responsável em gerir os recursos para alcançar todos os setores e seguimentos nacionais, é o FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas, cuja competência é do Ministério da Justiça, um dos órgãos que compõe o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas⁴⁰.

As evidências registradas em cada local para a base de implementação de políticas públicas são centralizadas no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID, possibilitando a adoção de estratégias com metas objetivas e claras, ajustadas a cada local, com a participação direta da sociedade civil e atores econômicos⁴¹.

Percebe-se claramente que as estruturas necessárias para a aplicação da PNA foram inseridas nas políticas públicas sobre drogas – SISNAD -, cujo teor da lei 11343/2006, é muito claro na ilicitude da substância conforme artigos a seguir:

³⁹ Decreto 5912/2006 que regulamentou a Lei 11343/2006 que se refere a políticas públicas sobre drogas e o SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas.

⁴⁰ Decreto 5912/2006 - CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES QUE COMPÕEM O SISNAD - Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD: [...] III - do Ministério da Justiça: a) [...] g) gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [...].

⁴¹ Decreto 5912/2006 - CAPÍTULO V - DA GESTÃO DAS INFORMAÇÕES - Art. 16. O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas reunirá e centralizará informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando informações, fundamentadas cientificamente, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais. § 1º Respeitado o caráter sigiloso das informações, fará parte do banco de dados central de que trata este artigo base de dados atualizada das instituições de atenção à saúde ou de assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas, bem como das de ensino e pesquisa que participem de tais atividades. § 2º Os órgãos e entidades da administração pública federal prestarão as informações de que necessitar o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, obrigando-se a atender tempestivamente às requisições da SENAD. Art. 17. Será estabelecido mecanismo de intercâmbio de informações com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, com o objetivo de se evitar duplicidade de ações no apoio às atividades de que trata este Decreto, executadas nas respectivas unidades federadas. Art. 18. As instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas do CONAD.

“Art. 2º **Ficam proibidas**, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico- religioso.”
(destaque não inserido no texto original)

No título III da mesma lei que trata sobre o SISNAD:

“Art. 3º - O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do **uso indevido**, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; II - a **repressão da produção não autorizada** e do **tráfico ilícito de drogas**.”
(destaque não inserido no texto original)

E, finalmente os princípios e objetivos do SISNAD, estabelecidos na lei:

“Art. 4º São princípios do Sisnad:

- I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;
- II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;
- III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;
- IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad;
- V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad;
- VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o **uso indevido de drogas**, com a sua **produção não autorizada** e o seu **tráfico ilícito**;
- VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do **uso indevido**, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de **repressão** à sua produção **não autorizada** e ao seu **tráfico ilícito**;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do **uso indevido**, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, **repressão** da produção **não autorizada** e do **tráfico ilícito** de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do **uso indevido**, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de **repressão** à sua produção **não autorizada** e ao seu **tráfico ilícito**, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional **Antidrogas** - Conad.

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o **uso indevido** de drogas, seu **tráfico ilícito** e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do **uso indevido**, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de **repressão** à sua produção **não autorizada** e ao **tráfico ilícito** e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei.” (destaque não inserido no texto original)

Atentem-se, todavia, que a ordem cronológica da criação do SISNAD e da PNA corrobora com a argumentação de que a política pública sobre o abuso de álcool foi inserida na política pública sobre drogas⁴²; bem como o contexto histórico da criação do SISNAD, que revogou a Lei 6368/76 que dispunha sobre medidas de repressão e prevenção ao tráfico ilícito

⁴² A lei 11.343/2006 foi publicada no mês de agosto, o Decreto 5912/2006 que a regulamenta foi publicado em setembro, porém o Decreto que cria a PNA (6.117/2007) foi publicado em maio de 2007.

e uso indevido de substâncias entorpecentes, para impor uma medida de maior severidade ao tráfico e mais branda ao usuário de drogas ilícitas no país.

O que se pretende com a política pública sobre o álcool não é proibir o uso da substância, é alertar a população sobre o consumo abusivo da mesma.

Podemos assim dizer que as cinco opções da 1ª diretriz estão presentes na política pública interna sobre o álcool, porém foram reaproveitadas das políticas públicas sobre drogas, o que impede a percepção e definição dos problemas ligados ao álcool.

Para realizarmos uma análise coerente da 1ª diretriz, fundamentada em um raciocínio lógico, adotaremos as cinco opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na primeira diretriz, com o intuito de alcançar seu objetivo e questionaremos em cada uma delas quatro pontos importantes para constatar sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) planos de ação e atividades nacionais e subnacionais que se integrem e fortaleçam as já existentes, para reduzir o uso nocivo do álcool - é a primeira opção que deve conter a diretriz liderança, conscientização e compromisso:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

A formulação de estratégias, planos de ação e atividades nacionais e subnacionais que se integram foi normatizada, porém a articulação e coordenação é de responsabilidade do SENAD, órgão criado para dar efetividade às políticas públicas sobre drogas⁴³. Assim, a aplicabilidade da norma sobre a PNA está prejudicada.

- (2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

⁴³ Conforme os artigos 2º e seguintes da lei 11.343/2006 relatados acima.

Os resultados não serão alcançados de acordo com a determinação do governo ao impor que o programa nacional sobre álcool fosse coordenado e articulado pelo programa sobre drogas⁴⁴, duas realidades fáticas diversas.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Todavia os recursos são geridos pelo FUNAD, que é de competência do Ministério da Justiça e órgão do SISNAD. Os locais e as equipes de apoio são insuficientes, e constata-se o fato no site do Observatório Crack⁴⁵.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

De acordo com o conteúdo deste capítulo, não há grau de aceitação por parte da sociedade, pois não há compreensão no programa que articula da mesma forma o consumo eventual e abusivo de bebidas alcoólicas e o consumo indevido de drogas.

(b) estabelecimento e designação de um organismo ou instituição principal, cujos procedimentos se encarreguem dos seguimentos das políticas, estratégias e planos nacionais
Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

O organismo foi adotado e normatizado pelo artigo 4º do Decreto 6117/2007 - o SENAD.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Os resultados não são alcançados, pois não existiu um órgão articulador específico para a PNA, artigo 4º do Decreto 6117/2007.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Os recursos são geridos pelo FUNAD, que é de competência do Ministério da Justiça e órgão do SISNAD. Os locais e as equipes de apoio são insuficientes, constata-se o fato no site do Observatório Crack⁴⁶.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Reportando-me ao conteúdo deste capítulo, não há grau de aceitação por parte da sociedade, pois não há compreensão do programa que articula da

⁴⁴ Artigo 4º do Decreto 6117/2007.

⁴⁵ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários, disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>. Esse item será abordado no capítulo 4.2 de forma mais detalhada.

⁴⁶ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários, disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>. Esse item será abordado no capítulo 4.2 de forma mais detalhada.

mesma forma o consumo eventual e abusivo de bebidas alcoólicas e o consumo indevido de drogas.

(c) coordenação das estratégias relativas ao álcool, trabalhando juntamente com outros setores pertinentes, que incluem os distintos níveis de governo e demais planos e estratégias pertinentes ao setor de saúde:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

A coordenação das estratégias foi aplicada utilizando-se do mesmo Conselho da política pública do álcool, o CONAD⁴⁷.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

O decreto que regulamenta o SISNAD criou todos os cargos, que são os mesmos para a PNA, pois o SENAD, articulador da política pública do álcool, está integrado ao SISNAD, conforme o art. 2^a, inciso II do mesmo decreto.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Os recursos foram eficientes para a criação desta coordenação, até porque ela já existia quanto ao setor de saúde e o mesmo ficou saturado, assunto que será abordado no próximo capítulo.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Quanto à legitimidade, neste caso há aceitação por parte dos agentes que ajudam a coordenar as estratégias, pois são profissionais preparados e conhecem o problema álcool, e sabem da importância do esclarecimento da população sobre os resultados auferidos na ingestão indevida da bebida.

⁴⁷ Art. 5º do Decreto 5912/2006 – “São membros do CONAD, com direito a voto: [...]VI - representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil: a) um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB-Federal; b) um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM; c) um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP; d) um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; e) um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; f) um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação - CFE; g) um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC; h) um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes - UNE; VII - profissionais ou especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo Presidente do CONAD: a) um de imprensa, de projeção nacional; b) um antropólogo; c) um do meio artístico, de projeção nacional; e d) dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas.”

(d) promoção de amplo acesso à informação e programas eficazes de educação e conscientização a todos os níveis da sociedade sobre toda a série de danos relacionados com o álcool que se registram no país e sobre as medidas preventivas e eficazes já existentes e as que se necessitem:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Há acesso às informações no site do Ministério da Justiça responsável pelo banco de dados sobre os problemas referentes a álcool e drogas – OBID; o banco de dados apresenta-se atualizado e é o responsável pelos relatórios a serem enviados à OMS⁴⁸.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Os resultados não foram alcançados, a lei de propaganda⁴⁹ é amena no combate ao álcool, as empresas de marketing e as indústrias de cervejaria são as que mais lucram nessa relação; as informações, campanhas, publicidades nas redes sociais alertando sobre o consumo abusivo de álcool ficam nas mãos de organizações como a CISA⁵⁰.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Os recursos geridos pelo FUNAD são destinados aos dois programas de álcool e drogas, e na página institucional do Fundo Nacional Antidrogas está claro que a complexidade está no uso de drogas⁵¹, bem como não há

⁴⁸ O OBID está disponível no site <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Porém, ao entrar no site, é perceptível que o foco do Ministério da Justiça está no “crack”.

⁴⁹ O tema sobre publicidade será abordado com maiores detalhes no capítulo 4.6.

⁵⁰ CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/>>.

⁵¹ O consumo de drogas tem se mostrado um dos mais complexos e inquietantes fenômenos de nossos tempos, exigindo que o governo e a sociedade partilhem a responsabilidade na busca de alternativas que levem à sua melhor compreensão e abordagem. A construção da agenda do atual governo para responder a este desafio, foi fundamentada pela integração das políticas setoriais com a política nacional sobre drogas, a descentralização das ações, o estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além da ampliação e do fortalecimento da cooperação internacional voltados ao tema. A estratégia de governo está definida em três eixos de atuação, articulados e coordenados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). As ações emanadas destes eixos, desenvolvidas em parceria com diversos atores do governo e da sociedade, permitem: A realização de um diagnóstico situacional, sobre o consumo de drogas, seu impacto nos diversos domínios da vida da população e as alternativas existentes. Este diagnóstico vem se consolidando, por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas. A capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Esse esforço tem permitido a formação e a articulação de uma ampla rede de proteção social, formada por conselheiros municipais, educadores, profissionais das áreas de saúde, de segurança pública, entre outros. Texto extraído do site de políticas sobre drogas acerca do FUNAD. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BDAC53E8B-B4CF-4ACD-9956->

informações ou prestações de contas sobre o arrecadamento e destino das verbas.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Por maior que seja a divulgação do programa, não há convencimento por parte da sociedade sobre o consumo abusivo de álcool. A articulação está sendo realizada pelo programa destinado ao uso indevido de drogas de caráter ilícito, o que o torna incompatível com a licitude do consumo de álcool.

(e) aumento do conhecimento sobre os danos que o consumo de álcool causa a terceiros e entre grupos vulneráveis, evitando a estigmatização e desencorajamento de forma ativa, a discriminação das pessoas e grupos afetados:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

A sociedade não foi preparada para perceber os danos causados pelo consumo abusivo do álcool, a única política realizada neste sentido é a “se beber, não dirija”⁵² e sob esse aspecto o brasileiro tomou consciência, porém está longe de abranger as informações descritas neste tópico.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Os resultados alcançados pelas informações prestadas foi a da política de não dirigir sob efeito do álcool, porém a sociedade continua consumindo o produto, as informações contidas como forma de advertência nas propagandas e nas bebidas tem um contexto imperativo: “Beba com moderação”, e não busca reduzir ou impedir a ingestão após uma quantidade moderada.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Os recursos geridos pelo FUNAD são destinados aos dois programas de álcool e drogas, e na página institucional do Fundo Nacional Antidrogas,

[7AD1193B9385%7D¶ms=itemID=%7B68CF7C37-CA76-4DC4-B8C5-35599E3283C4%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D](https://www.funad.gov.br/pt-br/7AD1193B9385%7D¶ms=itemID=%7B68CF7C37-CA76-4DC4-B8C5-35599E3283C4%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D).

A implantação de projetos estratégicos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. Também no cenário internacional, o Brasil além de participar dos principais fóruns de discussão sobre o tema vem fomentando a cooperação por meio de acordos com organismos internacionais e com países das Américas, Europa e África

⁵² Este tópico será tratado de forma mais profunda no capítulo 4.4.

está claro que a complexidade está no uso de drogas⁵³, bem como não há informações ou prestações de contas sobre o arrecadamento e destino das verbas.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Por maior que seja a divulgação do programa, não haverá aceitação da sociedade sobre o consumo abusivo de álcool, o bebedor social associa que a informação é para o doente alcoólico pelo fato da articulação ser realizada pelo programa destinado ao uso indevido de drogas de caráter ilícito, o que o torna incompatível com a licitude do consumo de álcool.

Tabela 1: Resumo da análise da 1ª diretriz da OMS.

1ª Diretriz.				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	Ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	Ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	Eficaz	eficiente	legítimo

⁵³ O consumo de drogas tem se mostrado um dos mais complexos e inquietantes fenômenos de nossos tempos, exigindo que o governo e a sociedade partilhem a responsabilidade na busca de alternativas que levem à sua melhor compreensão e abordagem. A construção da agenda do atual governo para responder a este desafio, foi fundamentada pela integração das políticas setoriais com a política nacional sobre drogas, a descentralização das ações, o estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além da ampliação e do fortalecimento da cooperação internacional voltados ao tema. A estratégia de governo está definida em três eixos de atuação, articulados e coordenados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). As ações emanadas destes eixos, desenvolvidas em parceria com diversos atores do governo e da sociedade, permitem: A realização de um diagnóstico situacional, sobre o consumo de drogas, seu impacto nos diversos domínios da vida da população e as alternativas existentes. Este diagnóstico vem se consolidando, por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas. A capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Esse esforço tem permitido a formação e a articulação de uma ampla rede de proteção social, formada por conselheiros municipais, educadores, profissionais das áreas de saúde, de segurança pública, entre outros. Texto extraído do site de políticas sobre drogas que trata sobre o FUNAD. Disponível em: < <http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BDAC53E8B-B4CF-4ACD-9956-7AD1193B9385%7D¶ms=itemID=%7B68CF7C37-CA76-4DC4-B8C5-35599E3283C4%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>.

A implantação de projetos estratégicos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. Também no cenário internacional, o Brasil, além de participar dos principais fóruns de discussão sobre o tema, vem fomentando a cooperação por meio de acordos com organismos internacionais e com países das Américas, Europa e África

<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil normatizou a diretriz (Decreto 6.117/2007), que sua aplicabilidade é efetiva, seus resultados são ineficazes, seus recursos são ineficientes e a ausência de aceitação torna-a ilegítima, não atingindo o seu objetivo.

4.2 Respostas dos serviços de saúde.

As unidades de saúde são fundamentais para abordar os danos dos indivíduos com transtornos devido ao uso nocivo de álcool e outros problemas de saúde provocados pelo álcool (OMS, 2010, p.12 – 13). Em 2001, o DATASUS⁵⁴ constatou 84.467 internações para os tratamentos referentes ao consumo de álcool, com um custo anual para o SUS de mais de 60 milhões de reais (BRASIL, 2004, p.17)⁵⁵.

De acordo com a diretriz, os serviços de saúde devem oferecer medidas para prevenção e tratamento aos indivíduos e famílias que correm risco de sofrer transtornos pelo consumo de álcool.

A OMS elaborou ainda sete opções que devem compreender essa diretriz, para que esse alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

- “(a) ampliação da capacidade dos sistemas de saúde e bem-estar social para oferecer serviços de prevenção, tratamento e cuidados aos transtornos ocorridos por consumo de álcool ou induzidos por álcool e doenças comórbidas, com inclusão de serviços de apoio e tratamento para as famílias afetadas e apoio às atividades e programas de ajuda mútua ou autoajuda;
- (b) apoio a iniciativas de detecção e intervenções breves relacionadas ao consumo perigoso e nocivo de álcool em atenção primária à saúde e outros ambientes; essas iniciativas devem incluir a identificação precoce e a gestão do consumo nocivo de álcool entre grávidas e mulheres em idade de procriar;

⁵⁴ BRASIL, Ministério da saúde BRASIL, DATASUS - Departamento de informática do SUS.

⁵⁵ Para obter mais informações sobre o livro – A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, acesse: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislação/326983.pdf>>.

- (c) reforço da capacidade de prevenir e detectar casos de pessoas e famílias que vivem com a síndrome alcoólica fetal e toda uma série de distúrbios associados, e realizar intervenções apropriadas;
- (d) desenvolvimento e coordenação eficaz das estratégias e serviços integrados ou vinculados para a prevenção, tratamento e cuidados aos transtornos por consumo de álcool e condições comórbidas, incluindo transtornos por consumo de drogas, depressão, suicídio, HIV/AIDS e a tuberculose;
- (e) alcançar o acesso universal à saúde, em particular aumentando a disponibilidade, acessibilidade e necessidade de grupos de serviços de tratamento de grupos com baixo poder socioeconômicos;
- (f) criação e manutenção de um sistema de registro e vigilância das mortalidades e morbidades atribuídas ao álcool, com a apresentação de relatórios e informes periódicos; e
- (g) provisão de serviços de saúde e sociais culturalmente adaptados quando necessário⁵⁶.”

O Governo Federal brasileiro criou o “Observatório Crack, é possível vencer”⁵⁷, e através do site é possível constatar os serviços de saúde criados até o presente momento destinados ao atendimento dos usuários de álcool.

A ampliação da capacidade de saúde foi uma das diretrizes contidas no Decreto 6.117/2007, porém teve seu início apenas em 2011 com a adesão de 27 Estados e Distrito Federal, bem como de 118 municípios⁵⁸.

⁵⁶ De acordo com o texto original: “a) ampliación de la capacidad de los sistemas de salud y bienestar social para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol o inducidos por el alcohol y las afecciones comórbidas, con inclusión de servicios de apoyo y tratamiento para las familias afectadas y respaldo de las actividades y los programas de ayuda mutua o autoayuda; b) apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo peligroso y nocivo de alcohol en la atención primaria de salud y otros entornos; esas iniciativas deben incluir la identificación precoz y la gestión del consumo nocivo de alcohol entre las embarazadas y las mujeres en edad de procrear; c) refuerzo de la capacidad para prevenir y detectar los casos de personas y familias que viven con el síndrome alcohólico fetal y toda una serie de trastornos asociados, y para llevar a cabo las intervenciones adecuadas; d) desarrollo y coordinación eficaz de estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas, incluidos los trastornos por consumo de drogas, la depresión, los suicidios, el VIH/sida y la tuberculosis; e) logro del acceso universal a la salud, en particular mediante un aumento de la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de tratamiento de grupos con un estatus socioeconómico bajo; f) creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol, con mecanismos de presentación de informes periódicos; g) provisión de servicios de salud y sociales culturalmente adaptados cuando proceda.”

⁵⁷ BRASIL, Governo Federal, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15/03/2014.

⁵⁸ Ibid, 2014.

Consistem na ampliação da capacidade dos serviços de saúde os seguintes programas:

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Drogas III - oferecem atendimento à população no período de 24 horas, realizam acompanhamento clínico, reinserção social e também atendem os usuários em seus momentos de crises com a possibilidade de oferecer-lhes acolhimento noturno. É específico para pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas⁵⁹.

O CAPS AD dispõe de equipe multiprofissional composta por médicos psiquiatras, clínicos gerais e psicólogos, capacitados para propor e incentivar projetos de apoio aos usuários e familiares. O público específico são os adultos, as crianças e os adolescentes, e aos dois últimos, as orientações são as observadas no ECA⁶⁰.

O acesso ao CAPS AD é feito diretamente nas unidades. Atualmente existem 47 unidades no âmbito nacional, sendo que apenas 30 estão em funcionamento e a meta prevista para o fim de 2013 era de 67 unidades. Urge salientar que a maioria dessas unidades se encontra na região Sudeste do país⁶¹.

Leitos em enfermarias especializadas – são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de curta duração, utilizados em situações de emergência hospitalar para os usuários de álcool e outras drogas. Os serviços de saúde municipais e regionais atuam como apoio da RAPS, que deve encaminhar o paciente ao CAPS, após a alta, para continuidade no tratamento⁶².

O encaminhamento é feito pelo CAPS, ou pelo pronto-socorro, que funcionam em regime integral sem interrupções. Existe em rede nacional 635 RAPS, porém apenas 223 estão em funcionamento. A meta a ser atingida em dezembro de 2013 era de 583 redes de apoio⁶³.

Capacitação de profissionais – são profissionais das áreas de educação, saúde, assistência social, justiça, segurança pública, conselhos, lideranças comunitárias e religiosas e voluntários, que atuam em Comunidades Terapêuticas, capacitados para atuarem na prevenção do uso do álcool e outras drogas⁶⁴.

O objetivo é a defesa e a promoção dos Direitos Humanos, sempre de acordo com as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e da PNA. Existem 177 mil profissionais capacitados, foram disponibilizadas 305 mil vagas em 2013 e realizadas 157.219 matrículas

⁵⁹ BRASIL, Governo Federal. **Centro de Atenção Psicossocial** - CAPS Álcool e Drogas, 2014.

⁶⁰ Ibid, 2014.

⁶¹ Ibid, 2014.

⁶² BRASIL, Governo Federal. **Leitos e Enfermarias especializadas**, 2014.

⁶³ Ibid, 2014.

⁶⁴ BRASIL, Governo Federal. **Capacitação de profissionais e sociedade Civil**, 2014.

nos cursos destinados a profissionais e gestores em todo o país, que é gratuito e desenvolvido na modalidade Educação a Distância (EaD)⁶⁵.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social - é a unidade pública que oferta serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc.⁶⁶

Na rede nacional existem 2.167 unidades, porém 308 estão em funcionamento e o objetivo a ser atingido em 2014 é de 348 unidades do CREAS funcionando⁶⁷.

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto - são locais onde são recolhidos adultos de ambos os sexos, com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas, em serviço da Rede de Atenção Psicossocial⁶⁸.

As UAA acolhem até 15 adultos por seis meses, os acolhimentos são sempre voluntários e em espaços abertos. É feita a tentativa de reinserção do indivíduo ao trabalho e procura de local para morar. Existem 50 unidades nacionais, e apenas 32 em funcionamento. A meta para o fim de 2014 é de 356 unidades⁶⁹.

Comunidades Terapêuticas - são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem, gratuitamente, acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas.

A adesão é exclusivamente voluntária, voltada a pessoas que desejam e necessitam auxílio na recuperação de sua dependência. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses e durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários. São 5.496 redes nacionais existentes e 252 vagas nas Comunidades Terapêuticas.

Constata-se que a 2ª diretriz recomendada na 61ª Assembleia Geral Mundial de Saúde, tem grandes falhas. O Brasil, desde o Decreto 6.117/2007, teve seis anos para expandir sua rede de saúde especializada para uma melhor resposta e monitoramento dos danos causados pelo álcool.

Cada vez é maior o número de clínicas particulares para recuperação de usuários de álcool e demais drogas, pois o acesso ao SUS e aos programas estabelecidos pelo governo não

⁶⁵ Ibid, 2014.

⁶⁶ BRASIL, Governo Federal. **Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS**, 2014.

⁶⁷ Ibid, 2014.

⁶⁸ BRASIL, Governo Federal. **Unidade de Acolhimento Adulto**, 2014.

⁶⁹ Ibid, 2014

abrangem os Estados e Distrito Federal. A maioria desses programas está estabelecida na Região Sudeste do país, e mais especificamente no Estado de São Paulo⁷⁰.

Para realizarmos a análise da 2ª diretriz, fundamentada em um raciocínio lógico, adotaremos as sete opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na segunda diretriz, com o intuito de alcançar seu objetivo e questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim, traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) ampliação da capacidade dos sistemas de saúde e bem-estar social para oferecer serviços de prevenção, tratamento e cuidados aos transtornos ocorridos por consumo de álcool ou induzidos por álcool e doenças comórbidas, com inclusão de serviços de apoio e tratamento para as famílias afetadas e apoio às atividades e programas de ajuda mútua ou autoajuda:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

A ampliação da capacidade de saúde do SUS foi aplicada e integrada com os sistemas CapsAD que integram Estados e Municípios⁷¹.

- (2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Os resultados não foram alcançados, conforme demonstra o número de redes em funcionamento que é bem inferior aos existentes⁷².

- (3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

⁷⁰ BRASIL, Governo Federal, **Observatório crack, é possível vencer**, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>. Acesso em: 15/03/2014.

⁷¹ BRASIL, Governo Federal, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15/03/2014.

⁷² *Ibid*, 2014.

Todavia faltam recursos, com base no relato das redes de saúde desenvolvidas, contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados obtidos no site do Observatório Crack⁷³.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Difícil a aceitação ao tratamento à síndrome do álcool pelo doente e por seus familiares; esse tratamento inicial depende de outras drogas para desintoxicar o organismo do alcoólico, após o tratamento tem que ser acompanhado por psicólogo e psiquiatra, ou grupos de apoio (STOPA et al., 2010) (FIGLIE, 2002) (FIGLIE, DUNN e LARANJEIRA, 2005).

(b) apoio a iniciativas de detecção e intervenções breves relacionadas ao consumo perigoso e nocivo de álcool em atenção primária à saúde e outros ambientes; essas iniciativas devem incluir a identificação precoce e a gestão do consumo nocivo de álcool entre grávidas e mulheres em idade de procriar:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

O apoio à iniciativa de detecção e intervenções breves foi efetivado, as redes CapsAd, comunidades terapêuticas, UAA, RAPS e CREAS, estão aptos e capacitados a detectar e elaborar breves intervenções, pois os profissionais são treinados para esse tipo de atendimento.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Os resultados na identificação são alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁷⁴, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Há aceitação da população, uma vez que a intervenção é breve e de identificação precoce, feita no pronto atendimento e por equipe treinada e especializada.

⁷³ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁷⁴ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

(c) reforço da capacidade de prevenir e detectar casos de pessoas e famílias que vivem com a síndrome alcoólica fetal e toda uma série de distúrbios associados, e realizar intervenções apropriadas⁷⁵:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

A capacidade de detectar a síndrome alcoólica fetal é aplicada nas redes CapsAd, comunidades terapêuticas, UAA, RAPS e CREAS, com profissionais treinados e aparelhamento adequado para esse tipo de atendimento.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Os resultados na identificação são alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do observatório crack, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Há aceitação da equipe técnica e dos agentes comunitários.

(d) desenvolvimento e coordenação eficaz das estratégias e serviços integrados ou vinculados para a prevenção, tratamento e cuidados aos transtornos por consumo de álcool e condições comórbidas, incluindo transtornos por consumo de drogas, depressão, suicídio, HIV/AIDS e a tuberculose:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

O desenvolvimento e coordenação vinculados a prevenção e tratamentos, são aplicados nas redes CapsAd, comunidades terapêuticas, UAA, RAPS e CREAS, com profissionais do setor administrativo e de gerenciamento treinados adequadamente para esse tipo de atendimento.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Os resultados no desenvolvimento e coordenação criados para a prevenção e tratamento são alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

⁷⁵ As referências sobre este tópico estão todas no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁷⁶, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Há plena aceitação e conhecimento da equipe técnica.

(e) alcançar o acesso universal à saúde, em particular aumentando a disponibilidade, acessibilidade e necessidade de grupos de serviços de tratamento de grupos com baixo poder socioeconômicos:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

O acesso universal à saúde não é aplicado, pois há um *déficit* no contingente das equipes e redes de tratamento, verificado no site do Observatório Crack⁷⁷.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Os resultados não são alcançados, pois não há capacidade de atendimento necessário a todos⁷⁸.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁷⁹, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Não há aceitação pela parte técnica, e pela sociedade, e o Ministério da Justiça reconhece a sua deficiência nesse ponto (SUS, 2011, p. 21).

(f) criação e manutenção de um sistema de registro e vigilância das mortalidades e morbidades atribuídas ao álcool, com a apresentação de relatórios e informes periódicos:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (f) foi aplicada.

⁷⁶ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁷⁷ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁷⁸ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁷⁹ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

A criação e manutenção de um sistema de registro são aplicadas, pois as informações estão atualizadas, conforme o site do Observatório Crack⁸⁰.

(2) eficácia – se os resultados de (f) foram alcançados.

Os resultados são alcançados, conforme explicação acima.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (f) foram suficientes.

Poderia ser mais eficiente se estivesse com os números máximos das redes em funcionamento, portanto os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (f).

Não há aceitação pela parte técnica, e pela sociedade, reconhece o Ministério da Justiça a sua deficiência nesse ponto (SUS, 2011, p. 21).

(g) provisão de serviços de saúde e sociais culturalmente adaptados quando necessário:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (g) foi aplicada.

A criação e manutenção de um sistema de registro são aplicadas, pois as informações estão atualizadas conforme o site do Observatório Crack⁸¹.

(2) eficácia – se os resultados de (g) foram alcançados.

Os resultados são alcançados, conforme explicação acima.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (g) foram suficientes.

Poderia ser mais eficiente se houvesse atendimento em todos os estados e municípios, principalmente os da região norte, nordeste e centro-oeste do país. Portanto, os recursos não são suficientes⁸².

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (g).

Não há aceitação pela parte técnica, e pela sociedade, reconhece o Ministério da Justiça a sua deficiência nesse ponto (SUS, 2011, p. 21).

⁸⁰ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁸¹ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁸² Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

Tabela 2: Resumo da análise da 2ª diretriz da OMS

2ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	legítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	legítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	legítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(f)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(g)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil ampliou a rede de saúde de maneira efetiva, para atendimento ao álcool, como preconiza o Decreto 6.117/2007, que seus resultados são eficazes, seus recursos são ineficientes e a ausência de aceitação torna-a ilegítima, não atingindo o seu objetivo.

4.3 Ação comunitária

O impacto do uso nocivo do álcool nas comunidades pode desencadear e incentivar iniciativas e soluções para os problemas locais. O governo federal, ao implementar os programas de serviços à saúde, que é ineficiente, também teve tempo, desde o lançamento das diretrizes do PNA, de cuidar de forma mais efetiva e ampliada das ações comunitárias⁸³.

A OMS elaborou ainda sete opções que devem compreender essa diretriz, para que esta alcance seus objetivos, opções traduzidas pela autora:

“(a) apoio à realização de avaliações rápidas para identificar as lacunas e as esferas de ações prioritárias nas intervenções no âmbito das comunidades;

⁸³ DECRETO 6117/2007.

- (b) promover um maior reconhecimento aos danos relacionados com o álcool local e promoção de respostas eficazes e de custo-benefício adequado aos locais mais suscetíveis ao uso nocivo do álcool e problemas conexos;
- (c) reforço na capacidade das autoridades locais para promover e coordenar uma ação comunitária concreta, respaldando e impulsionando o desenvolvimento de políticas municipais destinadas a reduzir o uso nocivo do álcool, e sua ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA REDUZIR O USO NOCIVO DO ALCOOL, capacidade para fortalecer as alianças e as redes de instituições comunitárias e organizações não governamentais;
- (d) ministrar informações sobre as intervenções comunitárias eficazes e criação de capacidade a nível das comunidades para sua aplicação;
- (e) mobilização das comunidades para prevenir a venda de álcool aos menores de idade e o consumo de bebidas alcoólicas entre esse grupo de população, e para criar e apoiar a ausência de álcool nas redondezas, sobretudo para os jovens e outros grupos de risco;
- (f) prestação de atenção e apoio nas comunidades as pessoas afetadas e suas famílias;
- (g) desenvolvimento e apoio de programas e políticas comunitárias para subpopulações em especial as de situação de risco, como jovens, desempregados e populações indígenas e referentes a problemas concretos como a produção e distribuição de bebidas alcoólicas ilícitas ou de produção informal e a eventos comunitários, como acontecimentos esportivos e festivais locais.⁸⁴»

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP - é uma Unidade pública da Assistência Social para atendimento especializado à

⁸⁴ De acordo com o texto original: “a) apoyo a la realización de evaluaciones rápidas para identificar las lagunas y las esferas de acción prioritarias en las intervenciones a nivel de las comunidades; b) fomento de un mayor reconocimiento de los daños relacionados con el alcohol a nivel local y promoción de respuestas eficaces y costoeficaces adecuadas a los determinantes locales del uso nocivo del alcohol y de problemas conexos; c) refuerzo de la capacidad de las autoridades locales para fomentar y coordinar una acción comunitaria concertada, respaldando e impulsando el desarrollo de políticas municipales destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y su ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL capacidad para robustecer las alianzas y las redes de instituciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales; d) suministro de información sobre las intervenciones comunitarias eficaces y creación de capacidad a nivel de las comunidades para su aplicación; e) movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas entre ese grupo de población, y para crear y apoyar entornos sin alcohol, sobre todo para los jóvenes y otros grupos de riesgo; f) prestación de atención y apoyo en las comunidades a las personas afectadas y sus familias; g) desarrollo o respaldo de programas y políticas comunitarios para subpoblaciones en especial situación de riesgo, como jóvenes, desempleados y poblaciones indígenas, y referentes a problemas concretos como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o de producción informal y a eventos comunitarios, como acontecimientos deportivos y festivales locales.”

população adulta em situação de rua, esse serviço é especializado para as pessoas em situação de rua, proporciona vivências para o alcance da autonomia e estimula a organização, mobilização e participação social⁸⁵.

De 105 Centros POP, 98 estão em funcionamento. Este programa é de suma importância, assim como o UAA, pois identifica as condições determinantes que levaram esses moradores a perderem ou saírem de seus lares.

Importante também, para uma melhor ação comunitária, são os 101 Consultórios na Rua, com equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde⁸⁶.

A proposta é que esses consultórios, ao trabalharem junto com os usuários de álcool e demais drogas, promovam estratégias de redução de danos. Em funcionamento hoje no país são 83 consultórios nas ruas.

O acesso às estatísticas e métodos de abordagem realizados nestes programas do Governo Federal pode vir a incentivar as iniciativas e soluções locais com a criação de políticas públicas peculiares a cada local de atuação. Um exemplo de política pública adotado é a do município de Diadema, no estado de São Paulo, onde se criou a lei “fechamento de bares”⁸⁷.

A lei foi publicada pelo município há 12 (doze) anos devido à iniciativa da comunidade local, em seu artigo 1º determina que:

“Art. 1º - Fica estabelecido o horário entre 06:00 e 23:00 horas para funcionamento dos bares ou similares.

§ 1º - Caracteriza bares ou similares os estabelecimentos nos quais, além da comercialização de produtos e gêneros específicos a esse tipo de atividade, haja venda de bebidas alcoólicas para consumo imediato no próprio local [...].”

Antes da propositura da lei houve uma divulgação prévia para os líderes comunitários, proprietários e consumidores e o índice de aprovação foi de 82%.

⁸⁵ BRASIL, Governo Federal, **Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP**, 2014.

⁸⁶ BRASIL, Governo Federal, **Consultório na rua**, 2014.

⁸⁷ DIADEMA, Câmara Municipal, Lei 2107 de 13 de março de 2002. Estabelece normas específicas para funcionamento de bares e similares, 2002.

De acordo com a tese de doutorado apresentada pelo médico Sérgio Duailibi (2007, p. 22-23) sobre políticas municipais relacionadas ao álcool, em específico no município de Diadema, constatou-se que:

“Em 1999, Diadema teve o maior número de homicídios do Brasil: 10,5 mortes/10.000 habitantes. Na investigação das causas destes homicídios percebeu-se que a grande maioria ocorria por motivos fúteis, ocorrendo dentro ou na proximidade de bares. A partir de 2000, com o mapeamento da criminalidade - através de um software (Map-Info 2.0- Anexo 1) capaz de realizar análises geo-espaciais - foi possível detectar que a grande maioria dos casos dos homicídios acontecia entre 21h e 6h e a análise das ocorrências apontavam que 49,5% destes crimes ocorriam nas imediações de bares e similares (Secretaria da Defesa Social de Diadema, 2000).

No registro das delegacias especializadas foram constatados altos índices de violência contra mulher especialmente após as 23 h, episódios estes, em sua maioria, relacionados a consumos de álcool pelos agressores. Registravam-se também altos índices de acidentes automobilísticos e violência atribuídas a gangues, envolvendo adolescentes alcoolizados. Estas foram as principais motivações para a lei de fechamento de bares (conhecida popularmente como “lei seca”).”

As análises colhidas no estudo, realizado por Duailibi, demonstrou que a lei reduziu o número de assassinatos, caindo para uma média de 108 por ano, ou seja, 39.6% de porcentagem prevenida, e mais 17.2% de violência prevenida.

A conclusão dada a essa tese foi que a restrição de acesso às bebidas alcoólicas, utilizada pela Lei Seca de Diadema foi uma estratégia de baixo custo e alta efetividade (DUAILIBI, 2007, p. 151-54). Contudo, nos estudos bibliográficos levantados até o presente momento, não há notícias de outros municípios que tenham realizado o mesmo tipo de política pública.

Acrescente-se ainda que Diadema publicou a lei 3078/2011, a qual determina que o comércio popular nas vias, logradouros e espaço público estão proibidos de vender bebidas alcoólicas, e nesse sentido outros municípios do Estado de São Paulo também adotaram essa medida, incluindo a cidade de Santos.

Decisões pequenas, tomadas com base nas ações comunitárias e políticas públicas, recomendadas pela Assembleia Geral da OMS somente em 2010, e que poderiam ter sido adotadas, pelo menos nos municípios e cidades mais violentas do país.

Para realizarmos a análise da 3ª diretriz, fundamentada em um raciocínio lógico, adotaremos as sete opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na terceira diretriz, com o intuito de alcançar seu objetivo e questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? EE,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) apoio a realização de avaliações rápidas para identificar as lacunas e as esferas de ações prioritárias nas intervenções no âmbito das comunidades:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

A ampliação da capacidade de saúde do SUS foi aplicada e integrada com os sistemas CapsAD que integram estados e municípios⁸⁸.

- (2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Os resultados não foram alcançados, conforme demonstra o número de redes em funcionamento, que é bem inferior aos existentes⁸⁹.

- (3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Todavia faltam recursos, com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁹⁰.

- (4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Difícil a aceitação ao tratamento à síndrome do álcool, pelo doente e por seus familiares; esse tratamento inicial depende de outras drogas para desintoxicar o organismo do alcoólico, e após o tratamento, tem que ser

⁸⁸ BRASIL, Governo Federal, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15/03/2014.

⁸⁹ Ibid, 2014.

⁹⁰ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

acompanhado por psicólogo e psiquiatra, ou grupos de apoio (STOPA et al., 2010) (FIGLIE, 2002) (FIGLIE, DUNN e LARANJEIRA, 2005).

(b) apoio a iniciativas de detecção e intervenções breves relacionadas ao consumo perigoso e nocivo de álcool em atenção primária à saúde e outros ambientes; essas iniciativas devem incluir a identificação precoce e a gestão do consumo nocivo de álcool entre grávidas e mulheres em idade de procriar:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

O apoio a iniciativas de detecção e intervenções breves foi efetivado, as redes CapsAd, comunidades terapêuticas, UAA, RAPS e CREAS, estão aptos e capacitados a detectar e elaborar breves intervenções, pois os profissionais são treinados para esse tipo de atendimento.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Os resultados na identificação são alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁹¹, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Há aceitação da população, uma vez que a intervenção é breve e de identificação precoce, é feita no pronto atendimento, e por equipe treinada e especializada.

(c) reforço da capacidade de prevenir e detectar casos de pessoas e famílias que vivem com a síndrome alcoólica fetal e toda uma série de distúrbios associados, e realizar intervenções apropriadas:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

A capacidade de detectar a síndrome alcoólica fetal é aplicada nas redes CapsAd, comunidades terapêuticas, UAA, RAPS e CREAS, com profissionais treinados e aparelhamento adequado para esse tipo de atendimento.

⁹¹ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Os resultados na identificação são alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁹², os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Há aceitação da equipe técnica, e dos agentes comunitários.

(d) desenvolvimento e coordenação eficaz das estratégias e serviços integrados ou vinculados para a prevenção, tratamento e cuidados aos transtornos por consumo de álcool e condições comórbidas, incluindo transtornos por consumo de drogas, depressão, suicídio, HIV/AIDS e a tuberculose:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

O desenvolvimento e coordenação vinculados a prevenção e tratamentos, são aplicados nas redes CapsAd, comunidades terapêuticas, UAA, RAPS e CREAS, com profissionais do setor administrativo e de gerenciamento treinados adequadamente para esse tipo de atendimento.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Os resultados no desenvolvimento e coordenação criados para a prevenção e tratamentos são alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁹³, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Há plena aceitação e conhecimento da equipe técnica.

(e) alcançar o acesso universal à saúde, em particular aumentando a disponibilidade, acessibilidade e necessidade de grupos de serviços de tratamento de grupos com baixo poder socioeconômico:

⁹² Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁹³ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

O acesso universal à saúde não é aplicado, pois há um *déficit* no contingente das equipes e redes de tratamento, verificado no site do Observatório Crack⁹⁴.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Os resultados não são alcançados, pois não há capacidade de atendimento necessário a todos⁹⁵.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Com base no relato das redes de saúde desenvolvidas contidas nesse capítulo, que estão de acordo com os dados contidos no site do Observatório Crack⁹⁶, os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Não há aceitação pela parte técnica e pela sociedade, reconhece o Ministério da Justiça a sua deficiência nesse ponto (SUS, 2011, p. 21).

(f) criação e manutenção de um sistema de registro e vigilância das mortalidades e morbidades atribuídas ao álcool, com a apresentação de relatórios e informes periódicos:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (f) foi aplicada.

A criação e manutenção de um sistema de registro é aplicado, pois as informações estão atualizadas conforme o site do Observatório Crack⁹⁷.

(2) eficácia – se os resultados de (f) foram alcançados.

Os resultados são alcançados, conforme explicação acima.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (f) foram suficientes.

Poderia ser mais eficiente se contasse com os números máximos das redes em funcionamento, portanto os recursos não são suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (f).

⁹⁴ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁹⁵ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁹⁶ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁹⁷ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

Não há aceitação pela parte técnica e pela sociedade, reconhece o Ministério da Justiça a sua deficiência nesse ponto (SUS, 2011, p. 21).

(g) provisão de serviços de saúde e sociais culturalmente adaptados quando necessário:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (g) foi aplicada.

A criação e manutenção de um sistema de registro são aplicadas, pois as informações estão atualizadas conforme o site do Observatório Crack⁹⁸.

(2) eficácia – se os resultados de (g) foram alcançados.

Os resultados são alcançados, conforme explicação acima.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (g) foram suficientes.

Poderia ser mais eficiente se houvesse atendimento em todos os estados e municípios, principalmente os da região norte, nordeste e centro-oeste do país. Portanto, os recursos não são suficientes⁹⁹.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (g).

Não há aceitação pela parte técnica e pela sociedade, reconhece o Ministério da Justiça a sua deficiência nesse ponto (SUS, 2011, p. 21).

Tabela 3: Resumo da análise da 3ª diretriz da OMS

3ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	legítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	legítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	legítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>

⁹⁸ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

⁹⁹ Verificar no site do Observatório Crack que não foi possível atingir os serviços necessários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>.

Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(f)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(g)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil ampliou a rede de saúde de maneira efetiva, para atendimento ao problema álcool, como preconiza o Decreto 6.117/2007, que seus resultados são eficazes, seus recursos são ineficientes e a ausência de aceitação torna-a ilegítima, não atingindo o seu objetivo.

4.4 Políticas e medidas contra dirigir sob efeitos do álcool.

O impacto dos acidentes de trânsito decorrente do consumo de álcool entre os condutores tem sido objeto de estudo em alguns países desenvolvidos, bem como o número de lesões relacionadas a acidente de trânsito com pedestres embriagados, que também é considerável (OMS, 2010).

Tais problemas geram custos sociais elevados e consequências graves para os acidentados, resultando em danos socioeconômicos pela soma dos prejuízos materiais, gastos médicos e referentes à perda de produtividade.

Por essas questões que beber e dirigir tem sido considerada uma questão de saúde pública, levando-se em conta que o álcool deve ser o item prioritário a ser combatido pelos países em desenvolvimento, de acordo com o fardo socioeconômico elevado e dos prejuízos acarretados.

A OMS elaborou oito opções que devem compreender essa diretriz, para que este alcance seus objetivos, opções traduzidas pela autora:

- “(a) a implementação e exigência de um cumprimento de um limite superior à concentração de álcool no sangue, que deve ser menor para motoristas comerciais e motoristas jovens ou inexperientes;
- (b) melhorar pontos de controle e provas aleatórias de alcoolemia;
- (c) suspensão administrativa da permissão de conduzir veículos;
- (d) permissão progressiva para novos condutores com tolerância zero para dirigir sob influência de álcool;

- (e) programas obrigatórios de formação, assessoramento e, quando necessário, de reabilitação para os condutores;
- (f) a promoção de formas alternativas de transporte, como os serviços de transporte público após o encerramento de lugares onde o álcool é vendido;
- (g) a organização de campanhas de conscientização e informação pública para apoiar a política adotada, com a finalidade de potencializar o efeito geral de dissuasão;
- (h) a organização de campanhas cuidadosamente planejada, de alta intensidade e bem executada nos meios de comunicação destinados a situações concretas, tais como períodos de férias ou grupos específicos, como jovens.”¹⁰⁰

O risco de beber e dirigir se dá porque o álcool em poucos minutos atinge o sistema nervoso central e reduz a atenção, a acuidade visual, a coordenação motora e compromete o senso crítico do condutor. A diminuição dos reflexos do condutor acontece mesmo na ingestão de um único drinque (CAMPOS, 2012, p. 23).

Segundo a OPS, entre 20 e 50% das fatalidades no trânsito nas Américas estão relacionadas ao álcool (OPS, 2007).

Nos países desenvolvidos, cerca de 20% dos motoristas envolvidos em acidentes de trânsito tinham excesso de álcool no sangue, ou seja, acima dos limites legais. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, entre 33 e 69% dos acidentes fatais e 8 e 29% dos acidentes não fatais, constataram excesso de álcool no sangue dos condutores (CAMPOS, 2012).

Em 2007, um levantamento feito pela OPS nos dados do Departamento de Medicina Forense de Cali, Colômbia, demonstrou que 60% dos acidentes de trânsito indicaram nível de álcool, acima do legal, no sangue. No México, um estudo, com 112 pacientes, envolvidos em acidente de trânsito, que ingressaram nas salas de emergências, constataram que 13.4%

¹⁰⁰ Versão original: “a) implantación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre, que debe ser más bajo para los conductores profesionales y los conductores jóvenes o noveles; b) incremento de los puntos de control y las pruebas de alcoholemia aleatorias; c) suspensión administrativa del permiso de conducir; d) permiso progresivo para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante; e) permiso progresivo para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante; f) programas obligatorios de formación, asesoramiento y, cuando proceda, de tratamiento de conductores; g) promoción de formas de transporte alternativas, por ejemplo, servicios de transporte públicos tras el cierre de los lugares en que se sirve alcohol; h) organización de campañas de concienciación e información pública en apoyo de la política adoptada y con el fin de potenciar el efecto disuasorio general; i) organización de campañas cuidadosamente planificadas, de alta intensidad y bien ejecutadas en los medios de información, orientadas a situaciones concretas, como periodos de vacaciones, o un público determinado, como los jóvenes.”

haviam ingerido álcool. Em 2004, os Estados Unidos registraram 16.964 fatalidades ocasionadas por álcool e direção, 275 mil lesões, e mais de 40 milhões de dólares anuais gastos pela sociedade (OPS, 2007).

Um estudo realizado em quatro capitais do Brasil constatou que 92% das vítimas dos acidentes de trânsito, durante uma semana normal, continham nível de álcool no sangue, sendo que 16.6% apresentavam registros acima do permitido por lei. Os custos anuais no Brasil com acidente de trânsito nas grandes metrópoles é de 5,3 bilhões, correspondendo a 0.4% do PIB do país¹⁰¹ (OPS, 2007).

Em 2008, o Brasil se viu obrigado a alterar o Código Nacional de Trânsito devido aos inúmeros acidentes de trânsito e ao aumento considerável da frota de veículos no país. Assim, a Lei 11.705 de 29/06/2008 entrou em vigor e estabeleceu alcoolemia zero para o condutor, penalidades mais severas, e proibiu a venda e propaganda de bebidas alcoólicas nas faixas de domínio ou acesso às rodovias, bem como nas zonas contíguas.

Um comparativo feito pela pesquisa nacional Beber e Dirigir, realizada na cidade de São Paulo em 2007 – antes da “Lei Seca” –, e em 2009 – pós “Lei Seca” – teve como resultado a queda de 32% de motoristas dirigindo acima dos limites legais. No mesmo período, houve um aumento de 20% de mulheres e de motoristas na faixa etária de 31 – 40 anos (25%), com positividade nos testes do bafômetro, e a maior prevalência de positividade nas duas pesquisas foi no sexo masculino, na faixa etária de 18 a 30 anos (CAMPOS, 2012, p. 52).

A conclusão foi que a prevalência dos motoristas que dirigiam intoxicados caiu, porém ainda é cerca de cinco vezes maior do que a encontrada em pesquisas semelhantes em outros países (CAMPOS, 2012, p. 53).

Talvez por conta dos altos índices de acidentes de trânsito causados por motoristas sob o efeito de álcool, uma nova alteração ao CNT surgiu em 2012, mais precisamente em 20 de dezembro, antes das festas de fim de ano. A Lei 12.760/2012 alterou os artigos 165, 262, 276, 277, 306 e acresceu ao anexo I da lei 9.503/97 a definição de ar alveolar.

Referidos artigos trataram especificamente sobre dirigir sob efeito de álcool e outras drogas psicoativas, ou seja, a penalidade do artigo 165 dobrou, já o *caput* do artigo 276

¹⁰¹ Notícia fornecida pela Associação Nacional de Transporte público / Instituto de pesquisa Econômica Aplicada – ANTP/IPEA. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/scripts/odwp032k.dll?t=bs&pr=ipea_me8_pr&db=ipea_me8_db&use=pb&disp=lit&ss=NEW&arg=antp>. Acessado em: 28/10/2013.

considerou que qualquer concentração de álcool por litro de sangue ou por litro de ar alveolar sujeita o condutor às penalidades previstas no artigo 165 do CNT¹⁰².

Outra alteração benéfica é de que dirigir sob a influência de álcool ou qualquer outra droga psicoativa poderá ser atestada por meio de bafômetro, exame de sangue, exame clínico, constatação da autoridade, além de utilizar testemunhas, imagens, vídeos, ou qualquer outra prova admitida, aliviando a sensação de impunidade diante dos acidentes de trânsito nessa esfera.

Importante salientar que é possível identificar o sujeito sob a influência mínima de álcool, o que é benéfico, pois não estar embriagado o isentaria das penas previstas no artigo 306 do CTB¹⁰³. Porém, constando qualquer concentração, ou seja, entre 1 e 6 decigramas de álcool por litro de sangue, - ou entre 0,05 e 0,3 miligramas de álcool por litro de ar alveolar – estará sujeito à multa do artigo 165¹⁰⁴ do mesmo *codex*.

O ponto crítico é a fiscalização; sendo maior e efetiva, a tendência é reduzir o número de motoristas sob a influência de bebida alcoólica, devido ao rigor imposto pela lei, porém a ausência de fiscalização pode levar a um aumento nos acidentes.

Para realizarmos a análise da 4ª diretriz, fundamentadas em um raciocínio lógico, adotaremos as oito opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na segunda diretriz, com o intuito de alcançar seu objetivo e

¹⁰² De acordo com a Lei, ar alveolar é o ar expirado pela boca de um indivíduo, originário dos alvéolos. Com isso, é possível identificar o sujeito sob a influência mínima de álcool.

¹⁰³ “Art. 306. Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência: **Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.** Parágrafo único. O Poder Executivo federal estipulará a equivalência entre distintos testes de alcoolemia, para efeito de caracterização do crime tipificado neste artigo. § 1o As condutas previstas no *caput* serão constatadas por: I - concentração igual ou superior a 6 decigramas de álcool por litro de sangue ou igual ou superior a 0,3 miligrama de álcool por litro de ar alveolar; ou II - sinais que indiquem, na forma disciplinada pelo Contran, alteração da capacidade psicomotora. § 2o A verificação do disposto neste artigo poderá ser obtida mediante teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, vídeo, prova testemunhal ou outros meios de prova em direito admitidos, observado o direito à contraprova. § 3o O Contran disporá sobre a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeito de caracterização do crime tipificado neste artigo.”

¹⁰⁴ “Art. 165. Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência: **Infração - gravíssima; Penalidade - multa (cinco vezes) e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses; Medida Administrativa - retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação.** Parágrafo único. A embriaguez também poderá ser apurada na forma do art. 277. Penalidade - multa (dez vezes) e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses. Medida administrativa - recolhimento do documento de habilitação e retenção do veículo, observado o disposto no § 4o do art. 270 da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997 - do Código de Trânsito Brasileiro. Parágrafo único. Aplica-se em dobro a multa prevista no *caput* em caso de reincidência no período de até 12 (doze) meses (Redação dada pela Lei nº 12.760, de 2012).”

questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) a implementação e exigência do cumprimento de um limite superior a concentração de álcool no sangue, que deve ser menor para motoristas comerciais e motoristas jovens ou inexperientes:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

Como dito acima, o CTB estabelece alcoolemia zero a todos os condutores, sendo aplicada a referida diretriz.

- (2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução no conduzir sob efeito de álcool, havendo um considerável alcance nos resultados.

- (3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

- (4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido a imposição de penalidades consideradas graves.

(b) melhorar pontos de controle e provas aleatórias de alcoolemia:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

Como descrito no bojo deste capítulo, houve aumento da fiscalização e a normatização de provas aleatórias de alcoolemia, sendo aplicada a referida diretriz.

- (2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução no conduzir sob efeito de álcool, influenciada por conta da fiscalização, havendo um considerável alcance nos resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado, e a fiscalização tem sido constante.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido a imposição de penalidades consideradas graves.

(c) suspensão administrativa da permissão de conduzir veículos:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

Como dito acima, o CTB estabeleceu suspensões administrativas, sendo aplicada a referida diretriz.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução ao conduzir sob efeito de álcool, devido às penalidades impostas, havendo um considerável alcance nos resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido à imposição de penalidades consideradas graves.

(d) permissão progressiva para novos condutores com tolerância zero para dirigir sob influência de álcool:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Como dito acima, o CTB estabeleceu alcoolemia zero para os condutores de veículos, sendo aplicada a referida diretriz.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução no conduzir sob efeito de álcool, devido às penalidades impostas, havendo um considerável alcance nos resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido a imposição de penalidades consideradas graves.

(e) programas obrigatórios de formação, assessoramento e, quando necessário, de reabilitação para os condutores:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

Como dito acima, o CTB estabeleceu programas de formação e reabilitação para os condutores de veículos, sendo aplicada a referida diretriz.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução no conduzir sob efeito de álcool, devido às penalidades impostas, havendo um considerável alcance nos resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido a imposição de penalidades consideradas graves.

(f) a promoção de formas alternativas de transporte, como os serviços de transporte público após o encerramento de lugares onde o álcool é vendido:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (f) foi aplicada.

Como dito acima, o CTB normatizou a necessidade de alternativas de transportes, sendo aplicada a referida diretriz.

(2) eficácia – se os resultados de (f) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas realizadas, nenhum resultado foi encontrado sobre a disponibilidade de transportes públicos como referência no Brasil.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (f) foram suficientes.

Prejudicada, conforme resposta anterior.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (f).

Prejudicada.

(g) a organização de campanhas de conscientização e informação pública para apoiar a política adotada, com a finalidade de potencializar o efeito geral de dissuasão:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (g) foi aplicada.

Como narrado no capítulo, as campanhas de conscientização foram implementadas, sendo aplicada a referida diretriz.

(2) eficácia – se os resultados de (g) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução ao conduzir sob efeito de álcool, devido às penalidades e campanhas impostas, havendo um considerável alcance nos resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (g) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (g).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido a imposição de penalidades consideradas graves.

(h) a organização de campanhas cuidadosamente planejada, de alta intensidade e bem executada nos meios de comunicação destinados a situações concretas, tais como períodos de férias, ou grupos específicos como jovens:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (h) foi aplicada.

Como narrado no capítulo, as campanhas de conscientização foram implementadas, sendo aplicada a referida diretriz.

(2) eficácia – se os resultados de (h) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, houve redução no conduzir sob efeito de álcool, devido às penalidades e campanhas impostas, havendo um considerável alcance nos resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (h) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (h).

Houve aceitação por parte da sociedade, devido à imposição de penalidades consideradas graves.

Tabela 4:Resumo da análise da 4ª diretriz da OMS

4ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(f)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(g)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(h)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil adotou as políticas e medidas contra a condução de veículos sob efeito de álcool, conforme a Lei 9503/97 – CNT - de maneira efetiva, seus resultados são eficazes, seus recursos são eficientes e a aceitação torna-a legítima, atingindo o seu objetivo, com o dever de dar continuidade as fiscalizações.

4.5 Disponibilidade de álcool.

Essa estratégia é importante para reduzir o nível geral de consumo nocivo de álcool. As medidas aqui aplicadas devem fornecer condutas essenciais para evitar o acesso fácil ao álcool por parte de grupos vulneráveis ou de alto risco.

O grau de regulamentação da disponibilidade de álcool dependerá das circunstâncias locais, incluindo o contexto social, cultural, econômico, e vinculantes às obrigações internacionais em vigor (OMS, 2010).

A OMS elaborou cinco opções que devem compreender essa diretriz, para que esta alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

“(a) implementação, colocada em funcionamento e exigência do respeito de um sistema adequado para regular a produção, a venda e o serviço de bebidas alcoólicas e que imponha limites razoáveis para a distribuição de álcool e funcionamento de pontos de venda, em conformidade com as normas culturais, mediante a aplicação das seguintes medidas possíveis:

(i) introduzir um sistema de autorização de comercialização ao varejo ou monopólios estatais orientados pela saúde pública;

(ii) regular o número dos pontos de venda de álcool, situados ou não em locais;

(iii) regularizar os dias e as horas de abertura dos pontos de venda minoritários;

(iv) regular as modalidades de venda de álcool no varejo;

(v) regular a venda no varejo em determinados lugares, durante acontecimentos especiais;

(b) estabelecer uma idade mínima apropriada para comprar ou consumir bebidas alcoólicas e adoção de outras políticas para dificultar a venda aos adolescentes ou consumo por estes;

(c) adoção de políticas para impedir a venda de bebidas a pessoas ébrias e as que não alcançaram a idade mínima legal, e considerar a possibilidade de implantar mecanismos para exigir responsabilidade dos vendedores e garçons, de acordo com a legislação nacional;

(d) formulação de políticas relativas ao consumo de álcool em lugares públicos e em atividades e funções oficiais de organismos públicos;

(e) adoção de políticas orientadas a reduzir e eliminar a disponibilidade de bebidas alcoólicas produzidas, vendidas e distribuídas de maneira informal ou ilícita, assim como para regular ou controlar o álcool de produção informal.”¹⁰⁵

¹⁰⁵ Ver original: “a) implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas y que imponga límites razonables a la distribución de alcohol y el funcionamiento de los puntos de venta de alcohol, de conformidad con las normas culturales, mediante la aplicación de las siguientes medidas posibles: i) introducir cuando proceda un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales orientados a la salud pública; ii) regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales; iii) regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista; iv) regular las modalidades de venta de alcohol al por menor; v) regular la venta al por menor en determinados lugares o durante acontecimientos

Demonstrou-se no capítulo 4.3 que, de acordo com o estudo realizado por Sergio Duailibi (2007), uma restrição de horário, como as realizadas na cidade de Diadema, no interior de São Paulo, pode ser uma medida efetiva sem muitos gastos aos cofres públicos.

“O valor da perspectiva da saúde pública para as políticas do álcool está na sua habilidade em identificar riscos, grupos de risco e sugerir intervenções apropriadas para beneficiar o maior número de pessoas. Conceitos de saúde pública proveem um veículo importante para administração da saúde das populações, dentro da relação de uso e abuso de bebidas por comunidades, ajudando a planejar melhor os serviços preventivos e curativos.” (DUAILIBI, 2007, p. 51).

Outra restrição adotada por alguns Estados brasileiros, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente, foi a proibição de vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade¹⁰⁶.

A partir de então novas leis foram sendo adotadas, no âmbito estadual e municipal, com o intuito de restringir ainda mais a venda de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino, por comerciantes ambulantes, em dia de eleições, dia de vestibular, e assim por diante, sempre deixando a cargo do executivo municipal o regramento de acordo com suas necessidades de políticas públicas.

Outro fator importante foi o artigo 13 A do Estatuto do torcedor, inciso II, alterado pela Lei 12.299/10, que determinou as condições de segurança de acesso e permanência do torcedor “não portar objetos, bebidas ou substâncias proibidas ou suscetíveis de gerar ou possibilitar a prática de atos de violência”.

Constata-se que a lei não fala em bebida alcoólica, menciona apenas bebidas ou substâncias proibidas, então com base no Estatuto, os estados legislaram sobre o tema e proibiram efetivamente a venda e consumo de bebidas alcoólicas no interior dos estádios e ginásios esportivos.

especiales; b) establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos; c) adopción de políticas para impedir la venta a personas ebrias y a las que no han cumplido la edad mínima legal, y consideración de la posibilidad de implantar mecanismos para exigir responsabilidad a vendedores y camareros de acuerdo con la legislación nacional; d) formulación de políticas relativas al consumo de alcohol en lugares públicos y en actividades y funciones oficiales de organismos públicos; e) adopción de políticas orientadas a reducir y eliminar la disponibilidad de bebidas alcohólicas producidas, vendidas y distribuidas de manera informal o ilícita, así como para regular o controlar el alcohol de producción informal.”

¹⁰⁶ Lei Estadual 14592/2011, Assembleia Legislativa de São Paulo.

Contudo, a Lei geral da FIFA autoriza a comercialização e propaganda nos estádios, onde ocorrerão os jogos da copa, de seus patrocinadores, fazendo com que os estados que sediaram a Copa do Mundo de 2014 revogassem o dispositivo que vedava o consumo e venda de bebidas alcoólicas nos estádios de futebol, abrindo assim vários precedentes para a manutenção desta decisão¹⁰⁷ (DEPUTADOS, 2014).

Para realizarmos a análise da 5ª diretriz, fundamentada em um raciocínio lógico, adotaremos as cinco opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na quinta diretriz com o intuito de alcançar seu objetivo e questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim, traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) implementação, colocada em funcionamento e exigência do respeito de um sistema adequado para regular a produção, a venda e o serviço de bebidas alcoólicas e que imponha limites razoáveis para a distribuição de álcool e funcionamento de pontos de venda, em conformidade com as normas culturais, mediante a aplicação das seguintes medidas possíveis:

- (i) introduzir um sistema de autorização de comercialização ao varejo ou monopólios estatais orientados pela saúde pública;
- (ii) regular o número dos pontos de venda de álcool, situados ou não em locais;
- (iii) regularizar os dias e horas de abertura dos pontos de venda minoritários;
- (iv) regular as modalidades de venda de álcool no varejo;
- (v) regular a venda no varejo em determinados lugares, durante acontecimentos especiais:

¹⁰⁷ Dilma sanciona Lei Geral e bebida fica liberada na Copa 2014. A presidente Dilma Rousseff sancionou nesta terça-feira a Lei Geral da Copa, que determina as regras para a realização da Copa das Confederações em 2013 e da Copa do Mundo em 2014 no Brasil. O texto foi publicado nesta quarta-feira no Diário Oficial da União e traz vetos a seis itens do projeto aprovado no Senado, e não quatro, como informado pela Casa Civil na noite de terça-feira. Diogo Alcântara, direto de Brasília. Disponível em:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

Essa diretriz está normatizada na PNA, porém não há regulamentação de acordo com os tópicos informados.

(2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Como não há regulamentação, não houve resultado.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Prejudicado, diante da não efetividade e eficácia.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Prejudicado de acordo com os itens acima.

(b) estabelecer uma idade mínima apropriada para comprar ou consumir bebidas alcoólicas e adoção de outras políticas para dificultar a venda aos adolescentes ou consumo por estes:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

De acordo com o ECA, os demais estados e municípios normatizaram leis proibindo a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Muitos estabelecimentos cumprem a norma, e sendo assim os resultados foram alcançados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Falta uma maior fiscalização e comprometimento dos donos de bares, porém os recursos com divulgação, conscientização foram suficientes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Houve aceitação por parte dos donos de bares e comércio de bebidas, que identificam os estabelecimentos com anúncios de que é proibida a venda para menores, conforme legislação vigente de cada estado e município.

(c) adoção de políticas para impedir a venda de bebidas a pessoas ébrias e as que não alcançaram a idade mínima legal, e considerar a possibilidade de implantar mecanismos para exigir responsabilidade dos vendedores e garçons, de acordo com a legislação nacional:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

O impedimento da venda de bebidas para as pessoas que não alcançaram a idade mínima existe, porém demais observações estão sendo implantadas por sindicatos de alguns municípios, além do que há um investimento da Ambev no treinamento de garçons¹⁰⁸.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

De acordo com as pesquisas consideradas neste capítulo, o resultado foi alcançado quanto ao impedimento de venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, porém as demais medidas não estão sendo aplicadas de forma contundente pelos poderes executivos dos Estados e municípios, sendo que o resultado almejado não é alcançado.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Esta etapa está sendo financiado pela Ambev, como informado no item (1).

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

A aceitação é somente contra a venda de bebidas para menores, para ébrios, todavia não há aceitação.

(d) formulação de políticas relativas ao consumo de álcool em lugares públicos e em atividades e funções oficiais de organismos públicos:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Como explanado neste capítulo os municípios tem adotado a proibição de venda por ambulantes em eventos públicos e em atividades dos órgãos públicos.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Sim, as feiras de vendedores ambulantes e de rua não vendem bebidas alcoólicas, nem nos eventos públicos, porém a proibição é só para vendedores ambulantes.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Os recursos foram suficientes, pois o programa foi implantado.

¹⁰⁸ “Bar de Responsa - Uma das iniciativas do programa é o Bar de Responsa, que atua em duas frentes principais. A primeira é realizada nos estabelecimentos em geral, com treinamentos presenciais e online voltados aos donos, garçons e atendentes. Já oferecemos cursos a mais de 120 mil profissionais de todo o Brasil. A segunda acontece nos bares das comunidades de baixa renda, onde promovemos uma eleição com aqueles que atuam de forma mais responsável. Os vencedores ganham pintura no estabelecimento, restauro na fachada, mesas, cadeiras e novos equipamentos.” Disponível: <<http://www.ambev.com.br/consumo-responsavel.html>>. Acesso em: 29/08/14.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Houve aceitação por parte de vendedores ambulantes que adotaram as normas, não disponibilizando bebidas alcoólicas em suas barracas, sob pena de perderem a inscrição municipal.

(e) adoção de políticas orientadas a reduzir e eliminar a disponibilidade de bebidas alcoólicas produzidas, vendidas e distribuídas de maneira informal ou ilícita, assim como para regular ou controlar o álcool de produção informal:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

Tal dispositivo consta na PNA; porém, não é aplicada, não há regulamentação sobre redução ou eliminação de disponibilidade de bebidas ilícitas, nem regulamentação ou controle das produções formais.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

De acordo com o tópico acima, constata-se que não há resultado a ser alcançado.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Prejudicada devido à ausência dos dois tópicos acima.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Prejudicada conforme item (3).

Tabela 5: Resumo da análise da 5ª diretriz da OMS

5ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	eficiente	ilegítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	legítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	Ineficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil adotou algumas das opções contidas nas políticas públicas sobre a disponibilidade de álcool, em sua maioria de maneira efetiva, principalmente no que concerne a proibição de venda de bebidas alcoólicas para menores; os seus resultados, em sua maioria, são ineficazes, seus recursos são eficientes, tendo em vista o programa de consumo responsável patrocinado pela Ambev, e a aceitação a torna, em sua maioria, ilegítima, atingindo parcialmente seu objetivo.

4.6 Marketing das bebidas alcoólicas.

A redução do impacto da mídia, entre os jovens e adolescentes, é um objetivo importante se almeja reduzir o uso nocivo de álcool. O álcool se comercializa mediante técnicas publicitárias e de promoção cada vez mais sofisticadas, por exemplo, a vinculação de marcas de álcool a atividades esportivas e culturais, o patrocínio e a colocação de produtos.

A OMS elaborou três opções que devem compreender essa diretriz, para que esta alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

“(a) estabelecimento de órgãos regulamentares, preferencialmente de caráter legislativo e apoiados, quando necessário, por medidas de autorregulização, a respeito da má propaganda de álcool mediante as seguintes intervenções:

- (i) regulamento do conteúdo e da magnitude do marketing;
 - (ii) regulamentação do marketing direto ou indireto em todos os meios de comunicação, ou em algum deles;
 - (iii) regulamentação das atividades de patrocínio que promovam bebidas alcoólicas;
 - (iv) restrição ou proibição das promoções em relação com atividades dirigidas aos jovens;
 - (v) regulamentação das novas formas de mídias tecnológicas sobre o álcool, por exemplo, os meios sociais;
- (b) desenvolvimento por parte dos organismos públicos de órgãos independentes de sistemas de vigilância eficazes de marketing dos produtos de álcool;

(c) estabelecimento de regimes administrativos e medidas eficazes a respeito das infrações e restrições do marketing.”¹⁰⁹

As estratégias das propagandas são um sucesso não só por associarem de forma direta o seu consumo por uma série de imagens agradáveis, tornando as mensagens alegres, bonitas, eróticas ou engraçadas, mas porque essa correlação está voltada à criação de memórias afetivas e positivas, fundamentais na tomada de decisões (PINSKY e JUNDI, 2008, p. 363).

O marketing de bebidas alcoólicas atua globalmente, em países industrializados e em desenvolvimento, os mercados são desenvolvidos por meio de associação com diferentes esportes, estilo de vida e identidades que variam de acordo com a cultura local. No Brasil, o álcool é associado ao futebol e ao carnaval, enquanto nos EUA essa relação acontece no *baseball* e no futebol americano (PINSKY e JUNDI, 2008, p. 364).

Destaca-se que a maior patrocinadora do evento da Copa do Mundo é uma indústria de cervejaria, e por conta de seu patrocínio, o Brasil foi obrigado a sancionar uma lei, “Lei da Fifa”¹¹⁰, autorizando a divulgação e comercialização dos produtos que patrocinaram sua organização.

Essa lei se deu principalmente em virtude de algumas cidades que sediaram os jogos da Copa, como o Rio de Janeiro e Belo Horizonte, possuírem leis que impediam a comercialização de bebidas alcoólicas em estádios de futebol desde 2003, com o intuito de garantir a segurança dos torcedores.

De acordo com os profissionais de marketing, o intuito da propaganda não é aumentar o consumo de bebidas alcoólicas, mas promover a troca e a fidelidade da marca. Ocorre que a propaganda aumenta o consumo de determinada marca, porém não diminui drasticamente o consumo da concorrente, havendo um aumento no consumo global pela adesão de novos consumidores (PINSKY e JUNDI, 2008, p. 364) (LIMA, 2007) (PINSKY, 2009).

Outra situação que favorece as indústrias de cervejaria no país é a Lei 9294/96, sobre a regularização da publicidade de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas entre outras.

¹⁰⁹ Ver texto original: “a) establecimiento de marcos de regulación o correulación, preferiblemente de carácter legislativo y apoyados, cuando proceda, por medidas de autorregulación, respecto del marketing del alcohol mediante las intervenciones siguientes: i) reglamentación del contenido y la magnitud del marketing; ii) reglamentación del marketing directo o indirecto en todos los medios de comunicación o en algunos de ellos; iii) reglamentación de las actividades de patrocinio que promuevan bebidas alcohólicas; iv) restricción o prohibición de las promociones en relación con actividades dirigidas a los jóvenes; v) reglamentación de las nuevas formas de mercadotecnia del alcohol, por ejemplo los medios sociales; b) desarrollo por parte de los organismos públicos u órganos independientes de sistemas de vigilancia eficaces del marketing de los productos de alcohol; c) establecimiento de regímenes administrativos y disuasorios eficaces respecto de las infracciones de las restricciones del marketing.”

¹¹⁰ Lei 12663/12.

A referida lei dispõe em seu artigo primeiro, parágrafo segundo, que consideram-se bebidas alcoólicas, para efeitos desta lei, as bebidas potáveis com teor alcoólico superior a 13 graus *Gay-Lussac*.

Em contra partida, não se pode esquecer que, de acordo com o Decreto 6117/2007, é considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0.5 graus *Gay-Lussac*.

Apesar da Lei que regula a publicidade de bebidas alcoólicas ser de 1996 e o Decreto que aprova o PNA ser de 2007, até o presente momento nada se fez para regularizar esta divergência. Há na Câmara dos Deputados o PL 2733/2008, que regulariza este conflito, e que atualmente (27/03/2014) encontra-se aguardando constituição de comissão temporária pela mesa.

A implicação em a Lei 9294/1996 considerar bebidas alcoólicas com teor alcoólico superior a treze graus GL, é que estão incluídas apenas as bebidas alcoólicas destiladas, excluindo-se as cervejas, alguns vinhos e coolers (PINSKY, 2009, p. 12).

A restrição proíbe a propaganda entre o período das 6:00 às 23:00, justamente para que não se associe a bebida a eventos esportivos, novelas, alguns shows e outros eventos com um grande número de participação pública. Contudo, a bebida alcoólica mais consumida no país é a cerveja, a principal vilã quando se trata do tema sobre bebidas alcoólicas (LIMA, 2007).

Outro ponto em aberto é a mídia digital; esta, todavia, está mais distante de ser controlada.

O CONAR é o órgão não governamental que atualmente controla a propaganda no Brasil, porém as reclamações recebidas sobre propagandas de cervejas são das concorrentes da marca¹¹¹, e não se faz cumprir a PNA.

Para realizarmos a análise da 6ª diretriz, fundamentadas em um raciocínio lógico, adotaremos as cinco opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na sexta diretriz, com o intuito de alcançar seu objetivo e questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste em:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,

¹¹¹ Disponível em: < <http://www.conar.org.br/>>.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim, traçaremos uma pesquisa empírica, observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) estabelecimento de órgãos regulamentares, preferivelmente de caráter legislativo e apoiados, quando necessário, por medidas de autorregularização a respeito da má propaganda de álcool mediante as seguintes intervenções:

- (i) regulamento do conteúdo e da magnitude do marketing;
- (ii) regulamentação do marketing direto, ou indireto em todos os meios de comunicação ou em algum deles;
- (iii) regulamentação das atividades de patrocínio que promovam bebidas alcoólicas;
- (iv) restrição ou proibição das promoções em relação com atividades dirigidas aos jovens;
- (v) regulamentação das novas formas de mídias tecnológicas sobre o álcool, por exemplo os meios sociais:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

Essa diretriz está normatizada na PNA, porém não é aplicada de acordo com a narrativa deste capítulo.

(2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Como não há regulamentação, não houve resultado.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Prejudicado, diante da não efetividade e eficácia.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Prejudicado de acordo com os itens acima.

(b) desenvolvimento por parte dos organismos públicos de órgãos independentes de sistemas de vigilância eficazes de marketing dos produtos de álcool:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

De acordo com a PNA, foi normatizada essa política, pois a mesma não é respeitada pela legislação especial, sendo inefetiva.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Não, pois as propagandas de cerveja são exibidas livremente.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Não há recursos para eficiência deste tópico.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Não há interesse por parte das empresas de marketing que haja uma evolução nesse contexto.

(c) estabelecimento de regimes administrativos e medidas eficazes a respeito das infrações e restrições do marketing:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

De acordo com a PNA, foi normatizada essa política, pois a mesma não é respeitada pela legislação especial, sendo inefetiva.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Não, pois as propagandas de cerveja são exibidas livremente.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Não há recursos para eficiência deste tópico.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Não há interesse por parte das empresas de marketing que haja uma evolução nesse contexto.

Tabela 6: Resumo da análise da 6ª diretriz da OMS

6ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	Ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil ignora essa diretriz, de forma que a lei especial sobre propaganda é incompatível com a PNA, permitindo a publicidade de cervejas, o produto mais consumido entre os brasileiros. Portanto, é inefetiva, os seus resultados são ineficazes, seus recursos ineficientes, e a aceitação ilegítima, não atingindo seu objetivo.

4.7 Políticas de preços.

Os consumidores, em particular, os grandes bebedores e os jovens, são sensíveis as variações de preço relacionadas às bebidas. Empregar políticas de fixação de preços para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas por menores de idade, deter a progressão do consumo de grandes quantidades de álcool e episódios de bebedeiras, e exercer influência nas preferências dos consumidores, será a mais eficaz das intervenções.

A OMS elaborou seis opções que devem compreender essa diretriz, para que este alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

- “(a) estabelecimento de um regime de impostos nacionais específicos sobre o álcool, acompanhado de medidas eficazes para exigir seu cumprimento, que pode ter em conta, se procedente, o conteúdo alcoólico da bebida;
- (b) revisão periódica dos preços em função da inflação dos ingressos – comercialização - de novas bebidas;
- (c) proibição ou restrição de toda forma direta ou indireta de preços promocionais, vendas com baixa, preços inferiores ao custo e preços únicos que dão direito a beber ilimitadamente, ou outras ofertas de venda em grandes quantidades;
- (d) fixação de preços mínimos para o álcool, quando proceder;
- (e) facilitação de incentivos em relação com as bebidas não alcoólicas;
- (f) diminuição ou interrupção das subvenções destinadas aos operadores econômicos no ramo do álcool.”¹¹²

O ponto fraco desta intervenção é a existência da possibilidade de aumento sobre o mercado ilícito para o álcool, complicando as considerações sobre uma imposição tributária.

Os aumentos dos impostos podem tropeçar também na resistência entre grupos de consumidores e operadores econômicos, de modo que a política tributária se beneficiará do apoio de qualquer medida de informação e conscientização com tendência a vencer essa resistência.

¹¹² Ver documento original: “a) establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida; b) revisión periódica de los precios en función de la inflación y de los ingresos; c) prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades; d) fijación de precios mínimos para el alcohol, cuando proceda; e) facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas; f) disminución o interrupción de las subvenciones destinadas a los operadores económicos en el ramo del alcohol”.

Para realizarmos a análise da 7ª diretriz, fundamentadas em um raciocínio lógico, adotaremos as seis opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na sétima diretriz com o intuito de alcançar seu objetivo; e questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste em:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) estabelecimento de um regime de impostos nacionais específicos sobre o álcool, acompanhado de medidas eficazes para exigir seu cumprimento, que pode ter em conta, se procede, o conteúdo alcoólico da bebida:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

Apesar de constar na PNA a criação de um regime de impostos específicos para o álcool, o mesmo não existe, não sendo aplicada.

- (2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

- (3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Prejudicada.

- (4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Prejudicada.

(b) revisão periódica dos preços em função da inflação dos ingressos – comercialização - de novas bebidas:

Pontos a serem abordados:

- (1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

Apesar de constar na PNA a criação de um regime de impostos específicos para o álcool, o mesmo não existe, não sendo aplicada.

- (2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Prejudicada.

(c) proibição ou restrição de toda forma direta ou indireta de preços promocionais, vendas com baixa, preços inferiores ao custo e preços únicos que dão direito a beber ilimitadamente, ou outras ofertas de venda em grandes quantidades:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

Apesar de constar na PNA a criação de um regime de impostos específicos para o álcool, o mesmo não existe, não sendo aplicada.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

(d) fixação de preços mínimos para o álcool, quando proceder:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Apesar de constar na PNA a criação de um regime de impostos específicos para o álcool, o mesmo não existe, não sendo aplicada.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Prejudicada.

(e) facilitação de incentivos em relação com as bebidas não alcoólicas:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

Apesar de constar na PNA a criação de um regime de impostos específicos para o álcool, o mesmo não existe, não sendo aplicada.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Prejudicada.

(f) diminuição ou interrupção das subvenções destinadas aos operadores econômicos no ramo do álcool:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (f) foi aplicada.

Apesar de constar na PNA a criação de um regime de impostos específicos para o álcool, o mesmo não existe, não sendo aplicada.

(2) eficácia – se os resultados de (f) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (f) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (f).

Prejudicada.

Tabela 7: Resumo da análise da 7ª diretriz da OMS

7ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	Ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(f)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que o Brasil não adotou as políticas sobre preços, sendo inefetiva, e porquanto seus resultados são ineficazes, seus recursos são ineficientes e a aceitação ilegítima, não atingindo o objetivo.

4.8 Mitigação das consequências negativas do consumo de álcool e intoxicação etílica.

Esta esfera de ação compreende opções de política e intervenções que se centram diretamente na redução dos danos provocados pela intoxicação etílica e o consumo de álcool, sem que se veja necessariamente afetado o consumo da bebida.

A evidência e as práticas adequadas atuais respaldam as intervenções complementares, no marco de uma estratégia mais ampla de prevenção ou redução dos efeitos negativos de consumo de álcool e a intoxicação etílica.

Quando adotado esses enfoques à gestão entorno do consumo de álcool ou a informação dos consumidores, deverá evitar-se que pareça que está apoiando ou promovendo o consumo de álcool.

A OMS elaborou seis opções que devem compreender essa diretriz, para que este alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

- “(a) regularização do contexto de consumo de álcool para reduzir no mínimo a violência e os comportamentos perturbadores, que incluem o uso de recipientes de plástico ou de vidro que não estilhace para servir o álcool e a gestão dos problemas relativos ao álcool nos eventos públicos de grande escala;
- (b) exigência do cumprimento das leis que impedem de servir o álcool até a intoxicação do bebedor e de responsabilidade legal pelas consequências dos danos resultantes da intoxicação causada por servir álcool;
- (c) adoção de políticas de gestão em relação ao serviço responsável de bebidas alcoólicas em locais e formação de equipe nos setores pertinentes sobre a melhor maneira de evitar situações de bebedores ébrios, agressivos, e de identificar e tratar tais pessoas;
- (d) redução do conteúdo alcoólico em diferentes tipos de bebidas;
- (e) provisão de atenção ou abrigo necessário para as pessoas com intoxicação alcoólica grave;

(f) prestação de informações aos consumidores sobre os malefícios associados ao álcool e rotulagem de bebidas alcoólicas para indicar que o dano.”¹¹³

Como informado a aplicação desta diretriz depende de uma política pública em andamento, pois este tópico complementaria as demais diretrizes. Porém, algumas situações encontram-se em funcionamento.

A provisão e o abrigo de pessoas com intoxicação grave são feitos pelos programas do governo Observatório Crack, com a implementação das CapsAD que tem funcionamento de 24 horas, como explanado no Capítulo 4.2.

Há também a prestação de informações aos consumidores sobre os malefícios associados ao álcool nos rótulos e propagandas de bebidas alcoólicas para indicar que o dano, que é uma exigência do Código do Consumidor, porém o conteúdo dessa informação consiste na frase: “Beba com moderação! Esse produto pode causar dependência.”

A frase nas propagandas veiculadas na mídia e dita de forma rápida, com enfoque na palavra “Beba”. E nas propagandas impressas, geralmente vem em letras com poucos destaques.

Para realizarmos a análise da 8ª diretriz, fundamentadas em um raciocínio lógico, adotaremos as seis opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na oitava diretriz com o intuito de alcançar seu objetivo; e, questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

¹¹³ Ver texto original: a) *regulación del contexto de consumo de alcohol para reducir al mínimo la violencia y los comportamientos perturbadores, que incluye el uso de recipientes de plástico o de vidrio inastillable para servir el alcohol y la gestión de los problemas relativos al alcohol en los eventos públicos de gran escala; b) exigencia del cumplimiento de las leyes que impiden servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol; c) adopción de políticas de gestión en relación con el servicio responsable de bebidas alcohólicas en locales y formación del personal de los sectores pertinentes sobre la mejor manera de evitar situaciones de bebedores ebrios y agresivos y de identificar y tratar a tales personas; d) reducción del contenido alcohólico de diferentes tipos de bebidas; e) provisión de la atención o el abrigo necesarios a las personas con intoxicación etílica grave; f) suministro de información a los consumidores acerca de los daños relacionados con el alcohol, y etiquetado de las bebidas alcohólicas que indique esos daños.*

Assim traçaremos uma pesquisa empírica, observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) regularização do contexto de consumo de álcool para reduzir no mínimo a violência e os comportamentos perturbadores, que incluem o uso de recipientes de plástico ou de vidro que não estilhace para servir o álcool e a gestão dos problemas relativos ao álcool nos eventos públicos de grande escala:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

Não há regularização neste contexto.

(2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Prejudicada.

(b) exigência do cumprimento das leis que impedem de servir o álcool até a intoxicação do bebedor e de responsabilidade legal pelas consequências dos danos resultantes da intoxicação causada por servir álcool:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

Não há lei regulamentando ou impedimento de servir o álcool até a intoxicação do bebedor.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Prejudicada.

c) adoção de políticas de gestão em relação ao serviço responsável de bebidas alcoólicas em locais e formação de equipe nos setores pertinentes sobre a melhor maneira de evitar situações de bebedores ébrios, agressivos, e de identificar e tratar tais pessoas:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

O trabalho que vem sendo realizado nesse sentido é patrocinado pela Ambev¹¹⁴.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Não há pesquisas indicando o alcance de resultados.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Os recursos são suficientes, uma vez que a Ambev patrocina essa abordagem, treinando e preparando os garçons.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Há aceitação por parte da equipe treinada, mas dos consumidores não há, tendo em vista que as medidas tomadas quando o indivíduo ultrapassa seus limites e inicia-se a confusão é de chamar a polícia.

(d) redução do conteúdo alcoólico em diferentes tipos de bebidas:

Pontos a serem abordados:

(2) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Há redução de conteúdo em diferentes tipos de bebidas, o teor alcoólico vem impresso no rótulo.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Sim.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Sim.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Sim, o consumidor pode optar qual teor alcoólico prefere ingerir.

(e) provisão de atenção ou abrigo necessário para as pessoas com intoxicação alcoólica grave:

Pontos a serem abordados¹¹⁵:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

Sim.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Não, pois há, todavia, poucos locais e vagas em funcionamento.

¹¹⁴ Ver no Cap. 4.5, onde fala sobre o “Bar de responsa”. Disponível em: <<http://www.ambev.com.br/consumo-responsavel.html>>. Acesso em: 29/08/14.

¹¹⁵ Ver a resposta a todos esses quesitos no Capítulo 4.2.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Não, falta alcançar o objetivo estimado pelo governo.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Não.

(f) prestação de informações aos consumidores sobre os malefícios associados ao álcool e rotulagem de bebidas alcoólicas para indicar qual o dano:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (f) foi aplicada.

Sim, de acordo com o Código do Consumidor.

(2) eficácia – se os resultados de (f) foram alcançados.

Não, conforme explanado neste capítulo.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (f) foram suficientes.

Sim, as empresas de marketing são obrigadas a informar que causa prejuízo, assim como as indústrias de cerveja, por conta do Código do Consumidor Vigente.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (f).

Não, o bebedor social não compreende o grau de intoxicação, e aceita os efeitos causados.

Tabela 8: Resumo da análise da 8ª diretriz da OMS

8ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	eficiente	legítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	eficiente	Legítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(f)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	eficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que a mitigação das consequências das bebidas está associada às demais diretrizes, sendo que na maioria delas há falha por parte do Brasil, e neste caso a mitigação é efetiva, porém ineficaz, parcialmente eficiente e ilegítima, não atingindo o objetivo.

4.9 Redução do impacto na saúde pública de álcool ilícito e o álcool de produção informal.

O consumo de álcool produzido de maneira ilícita ou informal poderia ter outras consequências negativas para a saúde, por conta de um maior conteúdo de etanol e a possibilidade de contaminação com substâncias tóxicas, como o metanol.

Também são importantes um bom conhecimento de mercado e uma correta compreensão da composição e produção do álcool informal ou ilícito, além de um marco legislativo adequado, e medidas para seu efetivo cumprimento.

Estas intervenções devem complementar, e não substituir, as demais intervenções encaminhadas para a redução do uso nocivo do álcool.

A produção e venda de álcool informal estão arraigadas em muitas culturas e muitas vezes não é estritamente controlada. Assim, as medidas de controle poderiam ser diferentes para o álcool lícito e a produção informal, e deveriam se combinar com a conscientização e a mobilização da comunidade.

A OMS elaborou seis opções que devem compreender essa diretriz, para que este alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

- “(a) um bom controle de qualidade a respeito da produção e distribuição de bebidas alcoólicas;
- (b) regularização de venda de álcool de produção informal, submetendo-a à um regime impositivo vigente;
- (c) um regime eficaz de medidas de controle e cumprimento da lei, incluindo selos fiscais;
- (d) desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de seguimento e localização de álcool ilícito;
- (e) medidas que facilitam a necessária cooperação e o intercâmbio de informação pertinente sobre a luta contra o álcool ilícito entre as autoridades a nível nacional e internacional;

(f) emissão de alertas públicos pertinentes sobre os contaminantes e outras ameaças para a saúde associadas ao álcool informal ilícito.¹¹⁶

Assim como a diretriz anterior, esta também está condicionada a existência de uma política pública que alcance seus objetivos em andamento.

Para realizarmos a análise da 9ª diretriz, fundamentadas em um raciocínio lógico, adotaremos as seis opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na nona diretriz, com o intuito de alcançar seu objetivo; e, questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

- (1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?
- (2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?
- (3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,
- (4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) um bom controle de qualidade a respeito da produção e distribuição de bebidas alcoólicas:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

Não há regularização neste contexto.

(2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Prejudicada.

¹¹⁶ Ver o conteúdo original: “a) un buen control de la calidad por lo que respecta a la producción y la distribución de bebidas alcohólicas; b) regulación de la venta del alcohol de producción informal, sometiéndolo al régimen impositivo vigente; c) un régimen eficaz de medidas de control y de cumplimiento de la ley, incluidos los timbres fiscales; d) desarrollo o fortalecimiento de sistemas de seguimiento y localización del alcohol ilícito; e) medidas que faciliten la necesaria cooperación y el intercambio de información pertinente sobre la lucha contra el alcohol ilícito entre las autoridades a nivel nacional e internacional; f) emisión de las alertas públicas pertinentes sobre los contaminantes y otras amenazas para la salud asociadas al alcohol informal o ilícito”.

(b) regularização de venda de álcool de produção informal, submetendo-a à um regime impositivo vigente:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

Não há lei que regulamente a produção informal do álcool.

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

Prejudicada diante da resposta do primeiro item.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Prejudicada.

(c) um regime eficaz de medidas de controle e cumprimento da lei, incluindo selos fiscais:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

Não há regulamentação com a inclusão de selos fiscais.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Prejudicada.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Prejudicada.

(d) desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de seguimento e localização de álcool ilícito:

Pontos a serem abordados:

(3) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Não há lei abordando esse desenvolvimento e fortalecimento.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Prejudicada.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Prejudicada.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Prejudicada.

(e) medidas que facilitam a necessária cooperação e o intercâmbio de informação pertinente sobre a luta contra o álcool ilícito entre as autoridades a nível nacional e internacional:

Pontos a serem abordados¹¹⁷:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

Sim, o OBID¹¹⁸ é o responsável por esse intercâmbio de informações.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Sim, os dados são repassados anualmente à OMS.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Não, falta ampliação da rede de atendimento comunitário, para que os bancos de dados tenham um mapa real da situação do álcool no país¹¹⁹.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Prejudicada, tendo em vista a ausência da realidade fática do Brasil.

(f) emissão de alertas públicos pertinentes sobre os contaminantes e outras ameaças para a saúde associadas ao álcool informal ilícito:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (f) foi aplicada.

A lei que determina informações sobre os produtos é o CDC, porém não há um controle sobre o álcool informal.

(2) eficácia – se os resultados de (f) foram alcançados.

Não, conforme explanado acima.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (f) foram suficientes.

Prejudicado.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (f).

Prejudicado

¹¹⁷ Ver a resposta a todos esses quesitos no Capítulo 4.2.

¹¹⁸ Ver o Cap. 4.1 que fala sobre o OBID, está disponível no site <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Porém, ao entrar no site, é perceptível que o foco do Ministério da Justiça está no “crack”.

¹¹⁹ Ver o Cap. 4.2.

Tabela 9: Resumo da análise da 9ª diretriz da OMS

9ª Diretriz da OMS				
(a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
(b)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
(c)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
(d)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
(e)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo
(f)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pontos abordados	inefetivo	ineficaz	ineficiente	Ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que a redução no impacto na saúde está associada às demais diretrizes, sendo que a maioria delas é deficiente no Brasil, e neste caso a redução é inefetiva, ineficaz, ineficiente e ilegítima, não atingindo o objetivo.

4.10 Seguimento e vigilância.

Os dados procedentes do trabalho de seguimento e vigilância constituem a base do êxito e da execução apropriada das outras nove opções de política.

As atividades de seguimento deveriam permitir também conhecer o perfil das pessoas que terão acesso aos serviços e as razões pelas quais as mais afetadas não recorrem aos serviços de prevenção e tratamento.

O recolhimento, compilação e análise sistemática e contínua de dados, disseminação rápida de informações e *feedback* para as decisões políticas e outras partes interessadas devem ser parte integrante da implementação de qualquer política e intervenção para reduzir o uso nocivo do álcool.

A OMS elaborou cinco opções que devem compreender essa diretriz, para que este alcance seus objetivos, traduzidas pela autora:

“(a) estabelecimento de pontos eficazes para as atividades de seguimento e vigilância, com inclusão de pesquisas nacionais periódicas sobre o consumo de álcool e os danos relacionados com o álcool e um plano para o intercâmbio e a difusão de informação;

(b) estabelecimento ou designação de uma instituição, ou outra entidade organizacional, encarregada de reunir, comprar, analisar e difundir os dados disponíveis, incluso a publicação de informes nacionais;

(c) definição e seguimento de um conjunto comum de indicadores do uso nocivo de álcool e de respostas de políticas e intervenções para prevenir e reduzir esse uso;

(d) criação de um repositório de dados nacional baseado em indicadores internacionalmente combinados e comunicação dos dados em formato de acordo com a OMS e a outras organizações internacionais pertinentes;

(e) criação de mecanismos de evolução, com os dados recolhidos, para determinar a criação e a repercussão das medidas, das intervenções e dos programas encaminhados para reduzir o uso nocivo do álcool.”¹²⁰

O Brasil está adiantado nesse sentido, com a implementação dos programas do Observatório Crack pelo Ministério da Saúde. Porém, a crítica que se faz é que esta recomendação seria mais aproveitada, caso as demais políticas públicas estivessem complementadas.

Para realizarmos a análise da 10ª diretriz, fundamentadas em um raciocínio lógico, adotaremos as cinco opções descritas, discriminadas pelas letras que as acompanham, que devem estar contidas na décima diretriz com o intuito de alcançar seu objetivo; e, questionaremos em cada uma delas os quatro pontos importantes para constatação de sua efetividade, eficácia, eficiência e legitimidade no plano nacional.

Cada ponto será representado por um algarismo arábico que consiste:

(1) efetividade - se a diretriz foi aplicada?

¹²⁰ Ver a versão original: “a) establecimiento de marcos eficaces para las actividades de seguimiento y vigilancia, con inclusión de encuestas nacionales periódicas sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol y un plan para el intercambio y la difusión de información; b) establecimiento o designación de una institución u otra entidad organizacional encargada de reunir, comparar, analizar y difundir los datos disponibles, incluida la publicación de informes nacionales; c) definición y seguimiento de un conjunto común de indicadores del uso nocivo del alcohol y de respuestas de política e intervenciones para prevenir y reducir ese uso; d) creación de un repositorio de datos a nivel nacional basado en indicadores internacionalmente acordados y comunicación de los datos en el formato acordado a la OMS y a otras organizaciones internacionales pertinentes; e) creación de mecanismos de evaluación con los datos recogidos para determinar la repercusión de las medidas, las intervenciones y los programas puestos em marcha para reducir el uso nocivo del alcohol.”

(2) eficácia – se os resultados da diretriz foram alcançados?

(3) eficiência – se os recursos despendidos foram suficientes? E,

(4) legitimidade – o grau de aceitação de cada diretriz?

Assim, traçaremos uma pesquisa empírica observando os fenômenos com base nos dados concretos das recomendações e da situação fática nacional, trazendo os resultados de forma mensurável.

(a) estabelecimento de pontos eficazes para as atividades de seguimento e vigilância, com inclusão de pesquisas nacionais periódicas sobre o consumo de álcool e os danos relacionados com o álcool e um plano para o intercâmbio e a difusão de informação:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (a) foi aplicada.

A PNA, fez com que essas atividades fossem estabelecidas, porém compartilhada com o SISNAD.

(2) eficácia – se os resultados de (a) foram alcançados.

Sim, os resultados são alcançados, conforme as atividades contidas no OBID.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (a) foram suficientes.

Os resultados, todavia são insuficientes. Falta ampliação da rede de atendimento comunitário para que os bancos de dados tenham um mapa real da situação do álcool no país¹²¹.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (a).

Prejudicada, tendo em vista a ausência da realidade fática do Brasil.

(b) estabelecimento ou designação de uma instituição ou outra entidade organizacional encarregada de reunir, comprar, analisar e difundir os dados disponíveis inclua a publicação de informes nacionais:

Pontos a serem abordados:

(1) efetividade – constatar se a (b) foi aplicada.

A PNA, fez com que essas atividades fossem estabelecidas, porém compartilhada com o SISNAD, e o órgão responsável é o FUNAD¹²².

(2) eficácia – se os resultados de (b) foram alcançados.

¹²¹ Ver o Cap. 4.2.

¹²² Decreto 5912/2006 - CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES QUE COMPÕEM O SISNAD - Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD: [...] III - do Ministério da Justiça: a) [...] g) gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [...]. Ver mais no Cap. 4.1.

Não, o programa regulamentado pelo SISNAD é destinado às políticas públicas de álcool e drogas, dando ênfase ao Crack. Contudo não há no site do FUNAD que é um órgão do MJ, a publicação de informe nacionais¹²³.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (b) foram suficientes.

Os resultados, todavia são insuficientes. Falta ampliação da rede de atendimento comunitário para que os bancos de dados tenham um mapa real da situação do álcool no país¹²⁴.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (b).

Não há aceitabilidade, uma vez que o programa está sendo dividido com as políticas públicas sobre Drogas¹²⁵.

(c) definição e seguimento de um conjunto comum de indicadores do uso nocivo de álcool e de respostas de políticas e intervenções para prevenir e reduzir esse uso:

Pontos a serem abordados¹²⁶:

(1) efetividade – constatar se a (c) foi aplicada.

A PNA normatiza a definição e seguimento, porém é abordada juntamente com o SISNAD.

(2) eficácia – se os resultados de (c) foram alcançados.

Ineficaz.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (c) foram suficientes.

Ineficiente.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (c).

Ilegítimo.

(d) criação de um repositório de dados nacional baseado em indicadores internacionalmente combinados e comunicação dos dados em formato de acordo com a OMS e a outras organizações internacionais pertinentes:

Pontos a serem abordados:

(4) efetividade – constatar se a (d) foi aplicada.

Sim, o OBID¹²⁷ é o responsável por esse intercâmbio de informações.

¹²³ Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={19C0C79C-3335-4A4B-B6EF-7853771C5DBB}&BrowserType=NN&LangID=pt-br¶ms=itemID%3D%7B17B1C81A-4EF5-4BA9-9F96-F34B6B015B73%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>.

¹²⁴ Ver o Cap. 4.2.

¹²⁵ Ver o Cap.4.1.

¹²⁶ Ver mais sobre a resposta deste tópico no Cap. 4.1.

(2) eficácia – se os resultados de (d) foram alcançados.

Sim, os dados são repassados anualmente à OMS.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (d) foram suficientes.

Não, falta ampliação da rede de atendimento comunitário que os bancos de dados tenham um mapa real da situação do álcool no país¹²⁸.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (d).

Prejudicada, tendo em vista a ausência da realidade fática do Brasil.

(e) criação de mecanismos de evolução, com os dados recolhidos, para determinar a criação e a repercussão das medidas, das intervenções e dos programas encaminhados para reduzir o uso nocivo do álcool:

Pontos a serem abordados¹²⁹:

(1) efetividade – constatar se a (e) foi aplicada.

Sim, o OBID¹³⁰ é o responsável por esse intercâmbio de informações.

(2) eficácia – se os resultados de (e) foram alcançados.

Não, há programas eficientes para intervenção e redução do uso nocivo do álcool, conforme Capítulo 4.1 e seguintes.

(3) eficiência – se os recursos despendidos para (e) foram suficientes.

Não, conforme Capítulo 4.1 e seguintes.

(4) legitimidade – o grau de aceitação de (e).

Não, conforme Capítulo 4.1 e seguintes.

¹²⁷Ver o Cap. 4.1 que fala sobre o OBID, está disponível no site < <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Porém, ao entrar no site é perceptível que o foco do Ministério da Justiça está no “crack”.

¹²⁸Ver o Cap. 4.2.

¹²⁹Ver a resposta a todos esses quesitos no Capítulo 4.2.

¹³⁰Ver o Cap. 4.1 que fala sobre o OBID, está disponível no site < <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Porém, ao entrar no site, é perceptível que o foco do Ministério da Justiça está no “crack”

Tabela 10: Resumo da análise da 10ª diretriz da OMS

10ª Diretriz da OMS				
<i>(a)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(b)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(c)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(d)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	eficaz	ineficiente	ilegítimo
<i>(e)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>
Pontos abordados	efetivo	ineficaz	ineficiente	ilegítimo

Conclui-se, no quadro acima, que seguimento e vigilância estão também associados às demais diretrizes, e devido a normatização da PNA é efetiva, mas ineficaz, ineficiente e ilegítima, não atingindo o objetivo.

Abaixo segue um resumo final deste tópico.

Tabela 11: Resumo das diretrizes

Análise dos objetivos alcançados pelas 10 Diretrizes	
Diretrizes	Objetivos
1ª	NÃO
2ª	NÃO
3ª	NÃO
4ª	SIM
5ª	NÃO
6ª	NÃO
7ª	NÃO
8ª	NÃO
9ª	NÃO
10ª	NÃO
Conclusão:	

5 A RESPONSABILIDADE DO ESTADO DIANTE DA QUESTÃO DO ÁLCOOL.

De acordo com André de Carvalho Ramos, “a responsabilidade aparece como um dos elementos do conceito de pessoa, um fato da vida ao qual o Direito não pode desconsiderar” (RAMOS, 2004, p. 58).

A bebida alcoólica é considerada pela OMS como um psicotrópico responsável por mais de 200 doenças, acidentes e causadora de 3,3 milhões de mortes anuais (WHO, 2014).

Esses dados devem ser utilizados para a tomada de decisão jurídica, pois o diálogo entre a realidade e direito deve constantemente ser buscado. O álcool se diferencia, pelo seu caráter lícito, associação a grandes eventos e festas, é um catalisador social, porém causa danos diretos àqueles que o consome de forma abusiva e amplia a possibilidade de prejudicar terceiros.

Contudo, recomenda-se consumo moderado do álcool, pois o fator preponderante para gerar prejuízos está no consumo abusivo. Essa condição de razoabilidade é o elemento importante a ser considerado - o limite entre consumo moderado e abusivo - está em um copo de acordo com cada indivíduo.

As diretrizes recomendadas pela OMS, se aplicadas, podem interferir diretamente na decisão do indivíduo, consumidor de bebidas alcoólicas.

Imaginemos que haja uma divulgação abrangente das indústrias de álcool sobre os malefícios causados pelo consumo excessivo de bebida, e os consumidores passam a ter conhecimento de que todos são vulneráveis ao álcool? Além disso, e se o estado utilizasse de mecanismos para promover comportamentos desejados, ou seja, capaz de fazer o indivíduo optar por não abusar do consumo de álcool?

Temos tendência a achar que nosso jeito natural é o correto, e assim, justificamos os atos impensados ou compulsivos como liberdade de agir. O que se quer não é punir o bêbado, mas intervir nas consequências ocasionadas pelo abuso da bebida, que poderão causar danos irreparáveis a si e a terceiros pela sua ação.

Stuart Mill, em sua obra Ensaio sobre a liberdade diz que “aquele que faz qualquer coisa porque é costume, não faz escolha, permite que o mundo escolha seu plano de vida” (MILL, 2006, p. 86).

Contudo, na atual sociedade permitimos que o mundo escolha nosso plano de vida, permitimos que a mídia molde nosso pensamento, e determine, como dito anteriormente, a pauta de um assunto político. A informação publicitária é recebida e processada por um leigo,

consumidor, que nela acredita.

Não havendo divulgação publicitária sobre as consequências dos malefícios causados pela ingestão abusiva de bebidas alcoólicas em todos os consumidores, sem exceção, não há como o indivíduo escolher. Ao contrário, as divulgações sobre bebidas alcoólicas estão associadas à felicidade, lazer, chegando ao cúmulo de estarem associadas a eventos esportivos, que é um indicativo de saúde.

Tal fato indica a impotência do estado perante as empresas de marketing e as indústrias de bebidas, – no caso do Brasil, as indústrias de cervejaria- pois havendo um dano, ou risco de dano a um indivíduo ou ao público, o caso deve sair do âmbito da liberdade e ser colocado no da moralidade, da lei (MILL, 2006, p. 116).

“A evolução histórica do conceito jurídico da responsabilidade revela que o conceito, o fundamento e as consequências da responsabilidade dependem do grau de **coesão social** e da **visão do justo** em cada comunidade humana (RAMOS, 2004, p. 57.)”. (Destques realizados de acordo com o texto original).

Todavia, o estado tem uma legislação de conduta internacional para conduzir o indivíduo a melhorar sua saúde e preservar sua vida e, não as utiliza, comprometendo de forma efetiva com a morte e saúde de milhares de pessoas que estão expostas aos malefícios da bebida, portanto responsável.

5.1 A remodelação do Direito Internacional em função da atuação das Organizações Internacionais. O efeito jurídico vinculante das recomendações da OMS.

O conteúdo deste tópico será analisar o efeito jurídico vinculante da recomendação da OMS, pois a responsabilidade internacional do Estado brasileiro, não está condicionada somente aos Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Carta Internacional dos Direitos Humanos e a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos, como veremos no próximo capítulo; Mas, também está condicionado à recomendação contida na WHA 63, que refere a adoção de medidas para a redução dos danos causados a saúde mundial relativo ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

O direito internacional é o conjunto de normas que regulam as relações entre os Estados, e estes não reconhecem nenhuma autoridade acima deles, bem diferente do direito interno, que é estabelecido sob um poder que impõe uma lei e a faz respeitar.

É de conhecimento comum dos amantes das ciências jurídicas que a natureza do Direito Internacional se dá ante a ausência de hierarquia entre os Estados, e recorrer à força jurídica não é sua característica principal, aliás, restringir no máximo o emprego desta é sua tendência.

Os Estados, sujeitos do direito internacional, promulgam em comum, por meio de acordo, a regulamentação que exprime o interesse de todos, constituindo um direito de coordenação, favorecendo a cooperação entre estes (DUPUY, 1993).

Não existe um poder legislativo internacional, a Assembleia Geral da ONU que reúne todos os delegados dos Estados-Membros elabora resoluções, recomendações e diretrizes, as quais acreditaram ter um poder vinculante para todos os seus membros.

Os Estados-Membros possuem certa liberdade em aceitar ou não algumas resoluções, de acordo com seus interesses, devendo prestar informações sobre o seu não-aceite. E aqui, há um direito de coordenação e não de subordinação (SHAW, 2010).

Com a Organização Mundial de Saúde não é diferente. A OMS reúne dados estatísticos sobre a situação sanitária e epidemiológica de cada membro. A informação que os Estados-Membros apresentam a OMS é fundamental para o seu trabalho. Os requisitos de notificação por parte de seus Estados-Membros se dá através dos artigos 61 ao 65 inserido em sua constituição¹³¹.

Com o envio das informações, a Organização, os Estados-Membros e seus demais parceiros e cooperados, tem um retorno sobre a eficácia ou não de suas tomadas de decisões estabelecida nas assembleias.

A aplicabilidade efetiva ou não das medidas devem também ser informadas por relatório à Organização, o que indica ser um dever de cada membro, e uma maneira de cobrar destes, sua cooperação ou reestruturar a tomada de decisão, em cada caso.

Outra análise que se faz necessária é justamente a cooperação, ou seja, utilizá-la para pressionar cada membro cumprir sua parte nesse processo, conforme os estudos apresentados por GONÇALVES e COSTA (2011)

¹³¹ *CAPÍTULO XIV – INFORMES PRESENTADOS POR LOS ESTADOS - Artículo 61 Cada Miembro rendirá a la Organización un informe anual sobre las medidas tomadas y el adelanto logrado en mejorar la salud de su pueblo. Artículo 62 Cada Miembro rendirá un informe anual sobre las medidas tomadas respecto a las recomendaciones que le haya hecho la Organización, y respecto a convenciones, acuerdos y reglamentos. Artículo 63 Cada Miembro transmitirá sin demora a la Organización las leyes, los reglamentos, los informes y las estadísticas oficiales de importancia, pertinentes a la salubridad, que hayan sido publicados en el Estado. Artículo 64 Cada Miembro transmitirá informes estadísticos y epidemiológicos en La forma que determine la Asamblea de la Salud. Artículo 65 Cada Miembro transmitirá a petición del Consejo la información adicional que sea factible concerniente a la salubridad.*

“As Organizações ‘assumem papéis autônomos, atuando segundo padrões definidos pela teoria da governança. Operam na base do consenso, e muito mais do que em critérios de coerção; atuam em domínios específicos, mas com a finalidade de buscar soluções para problemas e questões comuns, promovendo a cooperação internacional; enquanto sua base institucional é evidente, porque construídas e atuando com base em princípios e regras’.”

De fato, não há hierarquia entre os Estados-Membros, e o papel da OMS diante de sua liderança e como sujeito de direito é aplicar pressões e desencorajar a não observância de suas recomendações (SHAW, 2010).

A recomendação que criou uma política pública internacional para a redução do uso abusivo do álcool, deliberada na WHA 63, exige prestações de informações anuais, gerando uma obrigação de cada Estado Membro para com a Organização, criando um compromisso entre todos os participantes. Ocorre que a realidade fática de cada Estado-Membro, pode não ser a mesma contida no relatório, como verificamos no exemplo do Brasil.

Com base no estudo das fontes do direito internacional, que são documentos ou pronunciamentos que declaram direitos e deveres das pessoas internacionais, temos as fontes reais que seriam os princípios gerais do direito e fontes formais, o costume e os tratados (ACCIOLY, SILVA e CASELLA, 2012).

O artigo 38 do Estatuto da Corte Internacional de Justiça estabelece que sua função “é decidir de acordo com o direito internacional as controvérsias que lhe forem submetidas”¹³², e relaciona em sua letra “b” o costume internacional, como prova de prática geral aceita como sendo o direito.

De acordo com DUPUY (1993, p. 64-67), “o costume desenvolve-se, tal como um trilho na floresta por acumulação de pegadas”. Porém, no direito internacional o costume é formado pelos governantes de um Estado, ou seja, pelo comprometimento deste através de seus atos.

Abordamos no Capítulo 1 deste trabalho a dificuldade da OMS em adotar o abuso de consumo álcool em sua agenda política, devido a problemas políticos internos e pressões

¹³²Artigo 38 - 1. A Corte, cuja função é decidir de acordo com o direito internacional as controvérsias que lhe forem submetidas, aplicará: a) as convenções internacionais, quer gerais, quer especiais, que estabeleçam regras expressamente reconhecidas pelos Estados litigantes; b) o costume internacional, como prova de uma prática geral aceita como sendo o direito; c) os princípios gerais de direito, reconhecidos pelas nações civilizadas; d) sob ressalva da disposição do Artigo 59, as decisões judiciais e a doutrina dos juristas mais qualificados das diferentes nações, como meio auxiliar para a determinação das regras de direito. 2. A presente disposição não prejudicará a faculdade da Corte de decidir uma questão *ex aequo et bono*, se as partes com isto concordarem.

externas, sofridas das indústrias de bebidas; provavelmente teremos muitos anos até que se crie uma convenção sobre o álcool, assim como a do tabaco, que até a presente data é a única convenção elaborada pela OMS, porém, a de maior adesão diante das demais convenções elaboradas por outras organizações.

Contudo, os Estados-Membros não podem se furtar em fazer cumprir a recomendação, por não ser uma convenção ou tratado. Tanto é que, de acordo com relatório atual (WHO, 2014), todos os membros devem enviar seus relatórios anuais dando satisfação sobre o andamento e a evolução das políticas públicas normatizadas em suas jurisdições, que refletem o conteúdo da recomendação contra o consumo abusivo do álcool estabelecido na WHA 63, o que é por si só, prova irrefutável de que os Estados vêm adotando como prática a recomendação.

Isso demonstra que os interesses no Direito Internacional, assim como nas demais áreas, são dinâmicos e notórios nos direitos humanos, devido às necessidades do direito internacional e a heterogeneidade de seus sujeitos (LAMY, 2013).

A exemplo temos a Convenção Universal de Direitos Humanos que foi originariamente adotada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral da ONU, que após décadas de prática internacional, foi reconhecida como espelho de norma costumeira de proteção a tais direitos, e elementar para interpretação do conceito de direitos humanos contido na carta da ONU (RAMOS, 2013)¹³³.

Marcelo Lamy (2013, p. 4 - 5) nos ensina que “a prática é um elemento fenomênico verificável por ocasião apenas das situações materiais concretas (mesmo que a prática não seja de ação, mas de abstenção) importa é o que se faz ou se deixa de fazer no mundo dos fatos.”

Dito isto, podemos afirmar que mesmo a abstenção do Brasil em se empenhar para alcançar os objetivos da recomendação WHA 63.13, este pratica há sete anos as recomendações sobre a redução do consumo abusivo do álcool, o que a torna uma prática consuetudinária, dada a participação ativa do Brasil na assembleia que as recomendou e o envio anual de relatórios à OMS, informando o panorama nacional sobre a tentativa de reduzir o consumo da bebida.

¹³³ Ver mais informações sobre a transformação da Declaração Universal de Direitos Humanos em verdadeiro costume internacional, na obra de RAMOS, André de Carvalho. Processo internacional de direitos humanos. 3ªed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 27 a 34.

5.2 Responsabilidade internacional por violações ao Direito Humano à saúde relacionada ao consumo indevido de álcool.

Após as atrocidades ocorridas na segunda guerra mundial, se deu a internacionalização dos Direitos Humanos, pois nasceu a certeza de que os Direitos Humanos são de interesse de todos, não apenas do Estado, por isso transcendem fronteiras, com relevância internacional, é o direito que temos de ter direitos (PIOVESAN, 2013, p.189 - 197).

Distingue o direito internacional dos direitos humanos pela natureza, conteúdo e universalização.

A tese de competência exclusiva dos Estados no domínio de proteção dos direitos humanos está ultrapassada, diante da aquiescência dos Estados na normatização internacional do Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos, do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e da Carta Internacional dos Direitos Humanos. No caso do Brasil, houve também a promulgação da Convenção Americana sobre os Direitos Humanos¹³⁴.

O direito à saúde é um direito humano, como estabelece o preâmbulo da Constituição da OMS, que informa que a saúde é um estado completo de bem estar físico, mental e social e que gozar o grau máximo de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano¹³⁵.

Comprendemos então que à saúde é incontornável, e que ultrapassa fronteiras por conta da internacionalização dos direitos humanos, e diante desta realidade temos obrigações internacionais vinculantes em nossa constituição local. O descumprimento dessas obrigações pelo Estado torna-o responsável pela reparação dos danos porventura causados¹³⁶.

¹³⁴ Ver: Decreto 591/92 que promulgou o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Decreto 592/92 que promulgou o Pacto internacional sobre direitos cívicos e políticos. Decreto 678/92 que promulgou a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos.

¹³⁵ Versão original do preâmbulo contido na constituição da OMS: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común. El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo. La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.”*

¹³⁶ Ver mais sobre a responsabilidade internacional dos direitos humanos na obra de RAMOS, André de Carvalho. **O processo internacional dos Direitos Humanos**, 3ª edição, São Paulo: Saraiva, 2013.

Há uma tendência do Estado brasileiro em ratificar tratados, participar ativamente das assembleias, contribuir com as recomendações (normatizando-as internamente), porém as descumprem cabalmente, sob a alegação de que as estão cumprindo da maneira que as interpretam, segundo André Ramos de Carvalho (2013, p. 33), utilizando-se do velho “truque de ilusionista”.

De acordo com a prática internacional, são três os elementos da responsabilidade internacional do Estado. O primeiro deles é a existência de um fato internacionalmente ilícito, o segundo elemento é o resultado lesivo e o terceiro é o nexo causal entre o fato e o resultado lesivo (MAZZUOLI, 2004).

Na proteção internacional dos direitos humanos, o fato internacionalmente ilícito consiste no descumprimento dos deveres básicos de garantia e respeito aos direitos fundamentais, neste caso o direito a Saúde, que está inserido nas recomendações, convenções e pactos internacionais ratificadas pelo Brasil.

Já o resultado lesivo é toda a gama de prejuízos materiais e morais causados às vítimas de violência e acidentes causados por pessoas alcoolizadas, os consumidores abusivos de álcool e dependentes alcoólicos e seus familiares; e, quanto ao terceiro elemento, observamos que a imputabilidade consiste no vínculo entre a conduta do agente e o Estado responsável.

Consequentemente, a omissão do Poder Executivo em não aplicar uma norma pode gerar a responsabilidade internacional do Brasil, conforme voto do Juiz Cançado Trindade¹³⁷:

“Qualquer ato ou omissão do Estado, por parte de qualquer de seus Poderes – Executivo, Legislativo ou Judiciário – ou agentes do Estado, independentemente de sua hierarquia, em violação a um tratado de direito humano, gerará a responsabilidade internacional do Estado parte em questão.” (tradução feita pela autora)

Os atos administrativos do Estado, quer comissivos ou omissivos, que ensejam, em geral, a responsabilidade internacional por violação de direitos humanos, uma vez que cabe ao Estado respeitar e garantir tais direitos.

As recomendações contidas na WHA 63.13, que foram inseridas na legislação nacional três anos antes, ensejam a responsabilização do Estado quando seus agentes se

¹³⁷ Versão original: “cualquier acto u omisión del Estado, por parte de cualquier de los Poderes – Ejecutivo, Legislativo o Judicial – o agentes del Estado, independientemente de su jerarquía, en violación de un tratado de derechos humanos, genera la responsabilidad internacional del Estado parte en cuestión”. Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso La Última tentación de Cristo, voto concorrente do Juiz Cançado Trindade, sentença de mérito de 5 de fev. de 2001, Série C, n. 73, § 40.

omitem injustificadamente, na prevenção ou repressão de violações aos direitos humanos, realizadas por particulares.

Nesse sentido, estabeleceu a Corte Interamericana de Direitos Humanos ser imputável ao Estado toda violação de direitos reconhecidos pela Convenção Americana de Direitos Humanos realizada por ato do Poder Público ou por pessoas ocupantes de cargos oficiais.¹³⁸

A Convenção estabeleceu em seu artigo 5º o direito à integridade pessoal e impõe que toda pessoa tem direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. Estabeleceu também a proteção da honra, da dignidade, a liberdade de pensamento e expressão, e na correlação entre deveres e direitos, que toda pessoa tem deveres para com a família, a comunidade e a humanidade, sendo o direito de cada pessoa limitado pelos direitos dos demais, pela segurança de todos e pelas justas exigências do bem comum, em uma sociedade democrática.

O consumo abusivo do álcool viola todas essas determinações, e a indiferença e omissão do Estado Brasileiro é indiscutível, merecendo a atenção a dois aspectos da responsabilidade internacional; o primeiro no que tange à conduta de um agente público e o segundo no que diz respeito à ocorrência de um ato de particular, porém imputado ao Estado pela omissão injustificada dos agentes públicos.

O aspecto que nos interessa, contudo, são os casos de atos de particulares, observando que, em determinadas hipóteses, o ato de um mero particular pode acarretar a responsabilidade internacional do Estado, principalmente quando seus órgãos são omissos.

Essa omissão consiste no descumprimento de um de dois deveres: dever de prevenção ou dever de punição, e assim também decidiu a Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso *Godinez Cruz*, in verbis:

“Com efeito, um fato inicialmente não é imputável diretamente a um Estado, por exemplo, por ser obra de um particular [...], pode acarretar a responsabilidade internacional do Estado, não por esse fato em si mesmo, mas por falta da devida diligência para prevenir a violação [...]”¹³⁹

A prevenção consiste em medidas de caráter jurídico, político e administrativo, que

¹³⁸ *Para a Corte Interamericana de Direitos Humanos, es, pues, claro que, en principio, es imputable al Estado toda violación a los derechos reconocidos por la Convención cumplida por un acto del poder público o de personas que actúan prevalidas de los poderes que ostentan por su carácter oficial.* In Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Velasquez Rodriguez, sentença de 29 de jul. de 1988, Série C, n. 4, § 172, p. 70.

¹³⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Godinez Cruz, sentença de 20 de jan. de 1989. Série C, n. 5, § 182, p. 74.

promovam o respeito aos direitos humanos e que sancionem os eventuais violadores, na falta desse agir razoável de prevenir ou punir o infrator, o Estado deve reparar os danos causados, podendo, é claro, cobrar regressivamente do particular que cometeu o ato (RAMOS, 2005).

Um dos casos mais famosos contra o Brasil, nas instâncias internacionais, o caso José Pereira, que, na essência, de responsabilização internacional por ato de particular que o Brasil reconheceu sua responsabilidade por ter se omitido em prevenir o trabalho escravo (RAMOS, 2005).¹⁴⁰

Aplicando a teoria aqui narrada ao consumo abusivo de bebida alcoólica, é clara a responsabilidade internacional do Brasil, quando ilegítima a PNA impedindo o alcance do objetivo normatizado, que é vinculado a uma resolução internacional de direito humano fundamental.

Resta-nos admitir que o Estado brasileiro é responsável internacionalmente, assim como as indústrias de cervejaria, pelos danos irreparáveis aos indivíduos expostos ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas, bem como as suas vítimas e seus familiares.

¹⁴⁰ Ver o caso José Pereira, envolvendo a omissão em investigar e punir os responsáveis pela submissão de trabalhador à condição análoga de escravo. No mês de outubro de 2003, em audiência em Washington, o Brasil ratificou perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) os termos do Acordo de Solução Amistosa alcançado no caso José Pereira vs. Brasil. No acordo celebrado pelo Brasil com os representantes da vítima, ficou reconhecida a responsabilidade estatal pela violação de direitos reconhecidos em tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é parte, tendo sido também assumidos compromissos de combate ao trabalho escravo e concessão de indenização à vítima em tela. Foi editada, na esteira do acordo, a Lei n. 10.706/2003, cujo art. 1º dispõe: Art. 1º Fica a União autorizada a conceder indenização de R\$ 52.000,00 a José Pereira Ferreira, portador da carteira de identidade RG nº 4.895.783 e inscrito no CPF sob o n. 779.604.242- 68, por haver sido submetido à condição análoga à de escravo e haver sofrido lesões corporais, na fazenda denominada Espírito Santo, localizada no Sul do Estado do Pará, em setembro de 1989. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.706.htm>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O álcool é uma substância psicoativa que pode causar dependência, utilizada por muitas culturas durante muitos séculos, cujo uso abusivo pode causar grandes danos sociais, econômicos e de saúde, o que vai minando a sociedade e violando um direito humano.

Diante deste fator associado à responsabilidade por milhões de mortes, acidentes e doenças mundiais, a OMS resolveu combater as bebidas alcoólicas de forma a conscientizar seus consumidores sobre seus malefícios.

A recomendação aplicada em uma assembleia foi recepcionada por seus Membros, que desde então vêm enviando os relatórios sobre suas políticas públicas internas para redução do consumo de bebida alcoólica.

O Brasil criou sua política pública contra o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 2007, em um período em que os usuários de drogas ilícitas eram o tema político nacional e internacional. Aproveitou-se da estrutura já implantada para as drogas ilícitas, e cresceu a esta o papel de fazer valer a política pública do álcool.

É certo que houve pressões da Organização Pan-americana de Saúde para implementar a política pública do álcool nacional, mas a realidade é que, até o presente momento, ela não alcança seus objetivos.

A PNA foi normatizada apenas para dar satisfação ao cenário internacional, mostrar que o Brasil é “cumpridor” de seus deveres, porém internamente o que se vê é um descaso com a saúde de sua sociedade.

Analisando a metodologia de construção de uma política pública foi possível constatar que a PNA nasceu morta, pois não lhe foi dado o valor merecido, que é a conscientização popular de que o álcool é tóxico para qualquer indivíduo, não apenas para os doentes, constatando o caráter de ilegitimidade da lei.

Mesmo assim, fez-se a análise de cada uma das recomendações elaboradas pela organização internacional de saúde, e o resultado foi de que das dez recomendações, apenas uma alcança seu objetivo.

Em 2014, a OMS apresentou um relatório em que a bebida alcoólica é a responsável por 3,3 milhões de mortes anuais e causadora direta de mais de 200 doenças, ou seja, um produto que comprovadamente viola os direitos humanos.

E por falar em direitos humanos, a saúde é um dos direitos fundamentais do homem, portanto transfronteiriço e heterogêneo, e sua violação é assunto de ordem internacional. Assim, quem viola a saúde viola um direito humano.

Restou clara responsabilidade internacional do Brasil, pela sua omissão na aplicação da PNA, que poderia reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e salvar milhares de famílias que são dizimadas em virtude de doenças, violências, acidentes causados por tal consumo.

Uma das soluções para alterar o panorama referente ao consumo de bebidas alcoólicas, no Brasil, é um controle judiciário efetivo para forçar o Estado a executar a PNA, como forma de impulsionar o país a aplicar suas leis internas, que estão de acordo com as recomendações internacionais, para atingir o objetivo das políticas públicas nacionais e internacionais.

E a segunda hipótese é a reformulação da PNA, objetivando um órgão administrador exclusivo para o álcool, separando-o das drogas ilícitas, uma vez que o álcool é lícito e socialmente aceito, e nessas condições não haverá aceitação por parte dos consumidores sociais ou de “finais de semana”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento e CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012. p. 978.
- BRASIL, Governo Federal. **Adesão dos Estados e do Distrito Federal ao Programa Adesão dos Municípios Prioritários ao Programa Cuidado**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014a.
- _____. **Capacitação de profissionais e sociedade civil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014b.
- _____. **Consultório na Rua**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014c.
- _____. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- _____. **Decreto nº 6117 de 22 maio de 2007 dispõe sobre a Política Nacional sobre o Álcool**. Disponível em: <<https://docs.google.com/a/alopias.com.br/viewer?url=http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326982.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.
- CAMPOS, Valdir Ribeiro. **Políticas do álcool para redução de acidente de trânsito**. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP-EPM - [S.l.]. 2012.
- CAPS, Álcool e Drogas. **Centro de atenção psicossocial...** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- CENTRO POP, Centro de referência. **Centro de referência....** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- COMPARATO, Fábio Konder Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. **Brasília a. 35**, Brasília, 1998.
- CORDEIRO, Valter; FILHO, Barbosa. e CAMPOS, Wagner de. Prevalence of alcohol... : a systematic review prevalência de consumo de álcool e tabaco entre adolescentes brasileiros : revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 901–917, 2012.
- CREAS, C. de referência especializado de assistência social. **Centro de referência especializado...** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- CULLETON, Alfredo; BRAGATO, Fernanda Frizzo; FAJARDO, Sinara Porto. **Curso de direitos humanos**. São Leopoldo: Unisinos, 2009. p. 35 – 40
- DEPUTADOS, Câmara dos. **Liberação de bebidas alcóolicas será ...** Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/CONSUMIDOR/205896-RELATOR-CONFIRMA-LIBERACAO-DE-BEBIDA-ALCOOLICA-NA-COPA.html>>. Acesso em: 17 mar. 2014.
- DIADEMA, Câmara Municipal. Lei nº 2107, de 13 de março de 2002, estabelece normas especiais... Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/>>. Acesso em: 19 mar. 2013.
- DOKUPIL, S. e COLLINS, E. Law & public policy. **harvard-jlpp.com**, v. 1, p. 0–39, 1993.

DUAILIBI, Sérgio. **Políticas municipais relacionadas...** Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - [S.l.]. 2007.

DUAILIBI, Sérgio; PINSKY, Ilana. e LARANJEIRA, Ronaldo. **Álcool e Direção: Beber ou Dirigir**. São Paulo: UNIFESP, 2010. p. 128

DUPUY, René-Jean. **O Direito Internacional**. Coimbra: Livraria Almedina, 1993. p. 175

FIGLIE, N. Biological Markers of Alcohol Consumption in Nondrinkers, Drinkers, and Alcohol-Dependent Brazilian Patients. **Alcoholism: Clinical ...**, v. 26, n. 7, p. 1062–1069, doi:10.1097/01.ALC.0000019738.31036.0C, 2002.

FIGLIE, N. B; DUNN, J. e LARANJEIRA, R. Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil. **Addictive behaviors**, v. 30, n. 1, p. 159–65, doi:10.1016/j.addbeh.2004.01.007, 2005.

FREY, Klaus. Políticas públicas : um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 21, 2000.

GONÇALVES, ALCINDO; COSTA, J. A. Fontoura. **Governança global e regimes internacionais**. São Paulo: Almedina, 2011. p. 230

JONES, A. First the target was tobacco. Then burgers. So how has big alcohol stayed out of the lawyers' sights? **Financial times**, 2003.

LAMY, Marcelo. Força Vinculante das Resoluções, Declarações e Recomendações Internacionais. p. 1–17, 2013.

LARANJEIRA, Ramos Ronaldo. **Tratamento do alcoolismo**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tratamento-do-alcoolismo/>>. Acesso em: 27 out. 2013.

_____. **II LENAD - Levantamento nacional de álcool e drogas**. . São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <www.inpad.org.br/lenad>, 2012.

_____; DUAILIBI, Sérgio. Políticas públicas relacionadas à bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, p. 839 – 48, 2007.

LIMA, José Mauro Brás de Lima. Propaganda de Bebidas Alcoólicas como Fator de Aumento de Consumo.

LOWI, Theodore J. Four systems of policy , politics , and choice public administration review v. 32, n. 4, p. 298–310, 2008.

MADRUGA, Clarice Sandi. O Consumo de Álcool no Brasil : Tendências entre 2006 e 2012. 2012.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Direito internacional público - parte geral**. São Paulo: RT, 2004.

MILL, Stewart. **Ensaio sobre a liberdade**. Coleção Gr ed. São Paulo: Editora Escala, 2006. p. 157

OBID, O. crack. **Observatório crack, é possível vencer**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

OPS, Organização Panamericana de Saúde. **Alcohol y Salud Pública en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2007.

PADILHA, Norma Sueli. **Fundamentos constitucionais do direito ambiental brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010. p. 35 – 46

PAOLINO, Bruno. Consumo regular de álcool está associado a uma menor mortalidade cardiovascular. **Coleção Clínicas - Cardiologia Geral**, p. 1328 – 1335, 2010.

PINSKY, Ilana. **Publicidade de Bebidas Alcoólicas e os Jovens**. São Paulo: FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2009. p. 1–64

_____ e JUNDI, Sami A. R. J. El. **O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas...: revisão da literatura internacional**. *Alcohol ... : review of the international literature*. v. 30, n. 55 11, p. 362–374, 2008.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

RAMOS, André de Carvalho. **Responsabilidade internacional ...: teoria e prática do direito internacional**. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2004.

_____. **Responsabilidade internacional do estado por violação de direitos humanos**. *Revista CEJ nº 29*, p. 53–63, 2005.

_____. **Processo internacional de direitos humanos**. 3^a. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 444

RAPS, Leitos em enfermarias especializadas. **Leitos ...** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

ROOM, R. Alcohol and the world health organization: the ups and downs of two decades. **Nordisk alkohol-& narkotikatidskrift**, v. 22, 2005.

SCHIMIDT, João Pedro. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: LEAL, ... **Direitos Sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2008. p. 2307 – 33.

SHAW, Malcom N. **Direito Internacional**. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 1068

SILVA, Agnes Soares da. Inexistencia ou ineficiência das políticas públicas e o controle judicial. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da PUC - SP.**, [S.d.].

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 2003, p. 20–45, 2006.

STOPA, Sheila Rizatto. et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 324–325, 2010.

SUS, Ministério da Saúde. Plano nacional de estratégias para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT. . Brasília: [s.n.], 2011.

UAA, Unidade de acolhimento adulto. **Unidade de Acolhimento Adulto**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VIANA, Ana Luiza. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. v. 5, n. 2, p. 7–12, 1996.

WHO, World Health Organization. **Global status report on alcohol and health 2014**. . Genebra: [s.n.]. Disponível em: <www.who.int>, 2014.

ANEXO I

A HEALTHY START IN LIFE



**Report on the
Global Consultation on
Child and Adolescent
Health and
Development**

12-13 March 2002
Stockholm, Sweden



World Health Organization



United Nations Children's Fund

**Sponsors
of the Global Consultation on
Child and Adolescent Health and Development**

**World Health Organization (WHO)
United Nations Children's Fund (UNICEF)
World Bank
Government of Sweden***

*The Government of Sweden also hosted the forum for Non-Governmental Organizations (NGO) on 11 March, a day before the Consultation.

© World Health Organization 2002

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Information on the Global Consultation can be found on the website
<http://www.who.int/consultation-child-adolescent>

Foreword...

An historic opportunity to protect children and adolescents

The Millennium Development Goals have established clear targets for improving the health of children and adolescents: reduce child mortality by two-thirds; halt and then reverse the spread of HIV/AIDS, and reduce maternal mortality ratios by three-quarters. Reaching these ambitious targets will not be easy. Concerted efforts are vital as a matter of human rights, development and security.

In this spirit, WHO and UNICEF convened the Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development in March 2002, with support from the Government of Sweden. Participants highlighted the plight of millions of children and adolescents, and the global challenge to scale up interventions to reach every child, every adolescent, rich or poor, with particular emphasis on those living in developing countries. As daunting as that challenge may appear, it is attainable. Cost-effective interventions to reach every child are readily available. Unfortunately, today they are reaching too few.

The Millennium Development Goals

- Eradicate extreme poverty and hunger
- Achieve universal primary education
- Promote gender equality and empower women
- Reduce child mortality
- Improve maternal health
- Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases
- Ensure environmental sustainability
- Develop a global partnership for development

This tragedy is preventable. The world has the resources and the knowledge to transform the lives and prospects of the world's children and adolescents. Simple preventative and curative interventions can dramatically reduce deaths from the diseases that kill children, in particular pneumonia, diarrhoea and malaria. Interventions that can combat malnutrition, which remains a disturbingly major cause of poor child health, are available. We have the evidence for simple measures that can save millions of newborn lives.

And we know that, as children grow and develop, they will benefit from positive support from families, communities and health professionals to ensure they have the information, skills and services to live

healthy lives. In a time of unparalleled wealth, the costs of doing nothing are unconscionably high.

The commitments made in Stockholm and at the upcoming UN General Assembly Special Session on Children must lead to action, and action must yield results. These commitments contribute momentum and build hope for the world's children and adolescents. The time has come for the global community, national governments, communities and families to deliver on those commitments.

This report summarises the presentations and discussions from the Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development. We commend it to you as a call to action on behalf of children and adolescents, and hope you enjoy reading it.

Carol Bellamy
Executive Director, UNICEF

Gro Harlem Brundtland
Director-General, WHO

Contents

Foreword	
An historic opportunity to protect children and adolescents	iii
Meeting in Stockholm	1
Drawing attention to the critical needs of children and adolescents	2
We envision a world...	
The Stockholm Commitment to A Healthy Start in Life	4
Joining together in partnership...	
Abstracts of the opening presentations	5
Opening Address: Her Majesty Queen Silvia of Sweden	5
Introduction to the Consultation: Ms Ingela Thalén	5
Keynote Address: Dr Gro Harlem Brundtland	6
Keynote Address: Ms Carol Bellamy	7
The Case for Investing in Human Development: Mr Jozef Ritzen	9
Seeking bolder approaches...	
The plenary sessions	11
Session 1. Partners in action to improve child and adolescent health and development	11
<i>Poem: Thandiwe Loewenson</i>	13
Session 2. Child and adolescent health in the socio-economic context	14
Session 3. Leadership in action—success stories and challenges	15
Session 4. Critical actions to improve child and adolescent health outcomes	17
Session 5. Broadening horizons—challenges facing children and adolescents	20
Conclusions from the working groups	22
Group 1. Involving young people, families and communities	22
Group 2. Working with partners and other sectors at the national level	24
Group 3. Policies for equitable health outcomes	25
Group 4. Strengthening health services	26
Group 5. Mobilizing resources.....	27
Dinner at the Vasa Museum	28
Dinner address: Professor Ihsan Dogramaci.....	28
Conclusions: Our shared vision	29
In the press	33
Annex A. Mobilising civil society for A Healthy Start in Life	34
Annex B. Participants	36

Meeting in Stockholm...

Millions of neonates, children and adolescents still die of preventable diseases. We have failed to reach the most vulnerable, the most isolated and the poorest. Children and adolescents are dying because their families do not have access to the simple and effective interventions that can save their lives. Small social, financial and health system improvements can be enough to make the difference between life and death, and for greater development of an individual's full potential.

The World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) held the first Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development in Stockholm, 12-13 March 2002. Over 300 world leaders and technical experts came to the Consultation, which was hosted by the Government of Sweden.

The objectives were:

- To emphasize the critical place of child and adolescent health in a country's development, recognizing the complex links between health, poverty and economic development.
- To highlight actions to improve child and adolescent health that can be implemented by national governments and by families and communities, and the evidence for the effectiveness, feasibility and impact of these interventions; and to identify areas that have been neglected or need further research.
- To identify innovative mechanisms for scaling up effective interventions, including the involvement of communities and the private sector, as well as the promotion of public policies that stress equity.
- To formulate the actions that different stakeholders, including governments, international agencies and civil society, can take to accelerate implementation and reach those in greatest need.
- To heighten commitment from international leaders in preparation for the UN Special Session on Children, and use the momentum to increase investment for child and adolescent health and development.

At the meeting, world leaders expressed their commitment to “a vision of a world where children and adolescents enjoy the highest possible level of health, a world that meets their needs and enables them to attain their full potential... to intensify efforts to achieve this aim, and to join together in partnership to seek bolder approaches to reach the most vulnerable, the most isolated and the poorest.”

Drawing attention to the critical needs of children and adolescents...

More than 11 million children die annually of preventable and treatable illness, mostly in the developing world...\

Eight million of these are infants; most are newborns in the first month of life...\

The main causes of death are pneumonia, diarrhoea, malaria, measles, HIV/AIDS and malnutrition—and most are related to poverty...\

Adolescents—almost 1.5 million—die annually from substance abuse, suicide, injuries, violence, disease and other preventable causes...\

One in every six births in developing countries is to a mother aged between 15 and 19 years old...\

Fifty percent of all new HIV infections are among young people...\

Her Majesty Queen Silvia of Sweden opened the meeting by first noting the achievements in the last 30 years that resulted in a decline in child mortality of 50%. She then called on the Consultation to define a new agenda—one that would address the unacceptable number of children and adolescents who continue to die each year, and those who have difficulty in progressing on the path to adulthood.

More than 11 million children die annually of preventable and treatable illness. “Of the 11 million who die, an estimated 4 million are newborn infants,” said WHO Director-General Dr Gro Harlem Brundtland. “And these deaths are not inevitable.” A total investment of 66 billion dollars annually by 2007 could save 8 million lives a year, most of them children. ¹

Ms Carol Bellamy, the Executive-Director of UNICEF, and others recognized achievements in the past decade that brought better health for children, saved millions of lives and prevented disability. These included: oral rehydration therapy, childhood immunization, effective treatments against pneumonia, malaria and other deadly childhood diseases, iodised salt and vitamin A supplements, and progress in promoting breastfeeding and other improved feeding practices.

These advances, however, failed to reach the more than 11 million children who continue to die each year. “In a global economy worth over \$30 trillion,” Ms Bellamy said, “it is clear that the necessary resources and know-how to reach every child are well within our grasp.”

The importance of health and social development in adolescence gained prominence at the meeting.

¹ Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Dr Brundtland noted that an “estimated one-and-a-half million adolescents lose their lives due to accidents, suicide, violence, pregnancy-related complications and AIDS.”

Young people need both the positive support of adults as they make critical choices in their lives and a safe environment with opportunities to develop into healthy, productive adults. “But for many adolescents today, the notion of adolescence as a time of opportunity for self-development, under safe and healthy conditions, could not be further from their reach,” noted Ms Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director of the United Nations Population Fund (UNFPA). “Many live in poverty or in especially difficult circumstances, with little access to knowledge and resources.”

The UNFPA estimates that one in every six births in developing countries—and one in ten worldwide—is to a mother age between 15 and 19 years old. According to the WHO, every day 7,000 young people are newly infected with HIV; and, in Africa, adolescent girls are five times more likely to become infected than boys.

Jo Ritzen, Vice President at the World Bank, highlighted global inequities: “Poor children and adolescents, excluded from the prosperity and good health of better-off children, are disadvantaged from the start. Poverty and inadequate health systems compound their vulnerability to sickness, and possible death, despite our collective knowledge of effective and affordable actions that can protect children from ill health, and restore health to sick children.”

Poor children are greater than six times more likely to die before their fifth birthday than wealthier children... \

Mr Ritzen reported that “Poor children are more than six times more likely to die before their fifth birthday than wealthier children.” Poor health during childhood and adolescence also limits the ability of the young to reach their productive potential, escape poverty, and lead their nations to greater economic development.

Therefore, we need to take a life-course approach to improve health: one that recognizes the cumulative life-long benefits of actions taken during childhood and adolescence, as well as the cumulative damage of not acting early.

Ritzen called on responsible governments officials “to invest in child and adolescent health at the country level, to reach more effectively the poor children and adolescents who most need assistance, and allow young people to be agents of change.”

Participating world leaders take these messages from the Stockholm Consultation to the United Nations Special Session on Children in New York in May 2002. They will argue that investing in the health and development of children and adolescents is a way to reduce poverty, and to address other conditions that threaten economic development and peace.

We envision a world...

Leaders who gathered in Stockholm expressed their common dedication to children and adolescents through **The Stockholm Commitment to A Healthy Start in Life.**

This shared vision stimulated participants to add statements to reflect the work of their organizations and agencies on behalf of children and adolescents. These statements can be found throughout the remaining pages of this report.

The Stockholm Commitment to A Healthy Start in Life

We envision a world... where children and adolescents enjoy the highest possible level of health, a world that meets their needs and enables them to attain their full potential. We gather in Stockholm from 12-13 March 2002 to commit ourselves to intensify our efforts to achieve this aim, and to join together in partnership to seek bolder approaches to reach the most vulnerable, the most isolated and the poorest.

The way ahead is a shared vision: to mobilise our resources to improve the health of children and adolescents, expand coverage of effective health interventions to reach every child and adolescent, and empower families and communities to care for and foster the health and development of their younger members.

Through these efforts we address poverty and inequity, conditions which lay the greatest burden of ill health on the poor and weaken our collective efforts to advance humanitarian aims and global peace.

Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development

Stockholm, Sweden
12-13 March 2002

Joining together in partnership...

Abstracts of the opening presentations²

Opening Address

Her Majesty Queen Silvia of Sweden

An average of 5 million children, who would otherwise have died, survive each year due to public health interventions that prevent and treat the main childhood diseases. The challenge in a new agenda for children is to scale up the most effective interventions to save more lives.

Nearly 40% of the world's population are newborns, children and adolescents. They mirror the state of global health... \

We must also consider the children and adolescents who survive but have difficulty progressing well towards adulthood, either because they have special physical or mental needs, or because they live in especially difficult circumstances— orphaned, abandoned, living in the street, abused, or sexually exploited, or affected by armed conflict. Child abuse and neglect, for example, affect an estimated 40 million children each year, and are major risk factors for disorders in adolescence and later in life.

We have begun to understand better the health needs of adolescents. They need to have accurate information on risks to their health and development, and the skills and support from their families and communities to use this knowledge to influence their own behaviours.

The result of this Consultation must be used to guide policies and programmes, and support countries that will make the health of children and adolescents a national priority. We must recommit ourselves to making our partnerships more effective, and generate new resources.

Introduction to the Consultation

Ms. Ingela Thalén, Minister for Social Security and Children's Affairs, Sweden

The Consultation demonstrates what can be done...how to make possible what some tend to look upon as impossible... \

The Consultation demonstrates what can be done for child and adolescent health and development—how to make possible what some tend to look upon as impossible.

In international and national efforts, the perspective of the child needs to be more clearly focused and better resourced, for example: in mitigating the

² Information on the Global Consultation, including these opening addresses, can be found on the website <http://www.who.int/child-adolescent-health>

effects of the crisis in Afghanistan, in combating HIV/AIDS, in addressing the needs of street children and the disabled, in protecting children from abuse and sexual exploitation, and in structural changes influencing social security and the economy. The challenge of governments is to implement measures for the right to survival and the development of all children.

Investments in health
pay off...\

Control of communicable diseases and improvements in maternal and child health, with enhanced family planning, would strengthen both health and the economic resources of poor families, according to the WHO report of the Commission on Macroeconomics and Health. These in turn would translate into higher incomes and higher economic growth.

The Swedish Government is committed to continuing to provide resources to support children for a healthy start in life. It will take forward the rights of children to the forthcoming UN Special Session on Children in May.

Keynote Address

Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General, WHO

We know what works:
the challenge is to make it
happen...\

Over the past 30 years child mortality in many countries has fallen. But the benefits of many advances—for example, immunization, oral rehydration, and basic hygiene—are still not reaching those children who need them most, especially children in poor communities.

Sound investment in health
in the poorest countries
will give a six-fold return in
economic growth...\

Reducing the suffering of children and improving their prospects for healthy development makes economic sense. Healthier children are able to play, learn and develop better mental and physical capabilities. The Commission on Macroeconomics and Health concluded that investment in health in the world's poorest countries would give a six-fold economic return in the form of increased economic growth.

Babies born to teenage
parents are 30% more
likely to be underweight or
malnourished, and these
children may suffer from
social and economic
disadvantage throughout
their lives...\

As we seek to serve the children in poor communities, we need to build on available evidence, scaling up actions through public, NGO, and private alliances—for more efficient healthy systems that reach more children with better services.

We have many examples of effective alliances among governments and others in the public and private sector, for example: working to implement integrated approaches to childhood illness in 82 countries; achieving around 80% coverage in immunizations

against childhood diseases; moving together to eradicate polio; improving infant feeding practices and children's diets; increasing access to mosquito nets and anti-malarial drugs; increasing access to life-saving information to prevent HIV transmission and to medicine for those affected; and developing vaccines to prevent HIV and other infections.

We have to work harder to reach those we failed to reach in the past, the poor and their children—especially their newborn babies and young people. Many conditions that result in neonatal death can easily be prevented or treated through a package of health interventions during pregnancy, availability of midwifery skills during childbirth, effective postpartum care, and health facilities that can handle complications in the first days of life.

Every year an estimated 1.5 million adolescents between the ages of 10 and 19 lose their lives due to injuries, suicide, violence, pregnancy-related complications and AIDS. We must stop seeing adolescents as a problem, and become involved in their health initiatives, as well as inviting them into ours. We need to talk straight with adolescents. Reducing adolescent pregnancies and unsafe sex must focus on the realities of teenage lives, rather than our views about how young people should live.

We know what is necessary to enable the world's children to be healthy. Countries are ready to scale up their services to reach all those in need. Those present at the Consultation are determined to work together and make the goals of the millennium declaration come true.

Keynote Address

Ms Carol Bellamy, Executive Director, UNICEF

How can we best
respond...the answer lies in
how effectively we can do
what works, to reach every
child... \

The UN Special Session on Children provides an opportunity to take concrete steps to ensure the well-being of all children—including the promotion and protection of their right to the highest attainable standard of health.

The past decade has brought significant gains for children: the drive for child immunisation, bringing polio to the brink of eradication, and the dramatic reduction of measles deaths and neonatal tetanus; promotion of the benefits of breastfeeding, oral rehydration, iodised salt, vitamin A supplements, insecticide-treated bednets; and HIV/AIDS information and services for adolescents.

Children are still dying at the rate of nearly 11 million a year of preventable causes...\
Over 500,000 women die each year in pregnancy and childbirth...\
We need to bring health services closer to people...\
UNICEF has made a strong effort to increase the participation of children and youth in efforts to improve health. This is essential for both their health and development.

But we have not yet achieved many of the survival and development goals of the 1990 World Summit for Children. Children are still dying at the rate of nearly 11 million a year of preventable causes—diarrhoea, measles, acute respiratory infections. And an estimated 170 million children are malnourished. More than 110 million children are not in school, most of them are girls.

The challenge now is to take effective interventions “to scale”, to ensure that effective interventions and programmes are made available to every child and adolescent, beginning with the most deprived and hardest to reach.

To do this requires the full engagement of the family. Home is where 90 percent of child deaths occur. For children, the stimulation and caring that facilitate development happens at home and in the community. For an adolescent, the family and community are key determinants of their health and well-being.

Empowering families with knowledge—for example, through the messages in the publication *Facts for Life*—and ensuring their access to commodities, including drugs, is essential. We also need to strengthen health systems by bringing health services closer to people, in order to reach every child.

UNICEF has made a strong effort to increase the participation of children and youth in efforts to improve health. This is essential for both their health and development.

Three summary points: We have seen remarkable progress for children—but not enough. What we need is action—to achieve the 1990 commitments and those that will be made at the UN Special Session for Children in May 2002. A better future for every child is within reach—we can help marshal the knowledge and resources to ensure the well-being of all children.

The Case for Investing in Human Development

Mr Jozef Ritzen, Vice President, World Bank

Child and adolescent health and nutrition form the cornerstone of the World Bank's human development strategy... \

Children born today will take their societies into the 21st Century. Our collective responsibility is to give them the best possible start in life and to protect this precious resource with all our might.

Poor children, however, are more than six times more likely to die before their fifth birthday than wealthier children.

Of the more than 11 million children who died in the year 2000, pneumonia, diarrhoea and measles killed over 4 million. These deaths could have been prevented with low-cost antibiotics or oral rehydration salts, or a 25-cent vaccine against measles.

A staggering 85 percent of all malaria deaths affect children under five... \

Eighty-five percent of all malaria deaths are children under five—almost a million deaths. These deaths could have been prevented with malaria drugs and insecticide-treated bednets. Despite our collective knowledge of effective and affordable actions, poor children and adolescents are excluded from the prosperity and good health of better-off children.

Improved infant feeding practices are key to the prevention and management of malnutrition... \

We now have solid evidence that health, nutrition, stimulation and nurturing are synergistic on children's development, and are important for human development. A country like Pakistan, for example, loses three billion dollars a year as a result of lower productivity and treatment costs due to malnutrition in the early years of life. For this reason, child and adolescent health and nutrition are Bank priorities, and form the cornerstone of its human development strategy.

Malnutrition leads to billions of dollars in lost productivity... \

The World Bank uses a life cycle approach to identify risks, prioritise interventions and measure outcomes at critical stages throughout life. Through its lending policies the World Bank attempts to bring together and expand the coverage of cost-effective interventions at different points in the life cycle, including: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Early Childhood Development programmes (ECD), the Focused Resources on Effective School Health (FRESH) and nutrition programmes for young women.

We need to challenge our government officials to invest in children and adolescents... But we international agencies have the responsibility to deliver financial and technical support to client countries... \

We need to challenge our government officials to invest in children and adolescents at the country level, to reach more effectively the poor children and

adolescents who most need assistance, and allow young people to be agents of change. But international agencies also have important responsibilities—we need to deliver financial and technical support to client countries, to assist them in their responsibilities to fulfil the right of children to health.

The World Bank's Commitment

With regard to child and adolescent health... the World Bank makes the following commitment:

- To continue to provide technical and financial assistance to low- and middle-income countries for improvement of child and adolescent health and development and achievement of related Millennium Development Goals.
- To facilitate policy dialogue on child and adolescent health expenditures in the Poverty Reduction Strategy process, including preparation of papers, credits and loans, particularly in the poorest countries.
- To catalyse mobilization of additional resources for child and adolescent health in our partnerships and other initiatives.
- To increase the amount and impact of analytical work and program development, addressing inequities in child and adolescent health and development through strengthened collaboration with the World Health Organization (WHO), the United Nations Children's Fund (UNICEF), and the United Nations Population Fund (UNFPA).
- To assist low- and middle-income countries:
 - To explore further the interaction between poverty, economic growth, and health outcomes for children and adolescents;
 - To identify and address health system weaknesses that are particularly detrimental to child and adolescent health;
 - To evaluate the existing and potential role of all stakeholders, including the private sector, in child and adolescent health, and pro-actively engage them wherever appropriate.
- To be informed of the work of the Committee on the Rights of the Child and its connection to our own work in child and adolescent health through our new Children's Advisor.

Seeking bolder approaches...

The plenary sessions

Session 1.

Partners in action to improve child and adolescent health and development

Panel discussion

Chairpersons

Dr Pascoal Mocumbi, Prime Minister, Mozambique
Mr Mats Karlsson, Vice President for External
Relations and UN Affairs, World Bank

Introduction

The Role of Development Cooperation

Mr Bo Görensson, Director-General, Sida

Discussants

Dr Ingar Brüggemann, International Planned
Parenthood Federation (IPPF), Conclusions from
the NGO forum—Civil society perspective

Dr Anne Peterson, Associate Administrator, Bureau
for Global Health, United States Agency for
International Development—Bilateral partner
perspective

Dr Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director, United
Nations Population Fund (UNFPA)—The United
Nations family perspective

Dr Fatoumata Traoré-Nafo, Minister of Health,
Mali—New alliances and initiatives

Poem (included)

Ms Thandiwe Loewenson, Zimbabwe—Youth
perspective

Without healthy children
there is no development... \

Mr Bo Görensson

“The role of a Development Corporation is to be an engaged partner,” said Mr Bo Görensson in opening the session.

Estimates are that we need to increase our health investment to US\$ 29 billion per year by the year 2015.³ Governments and civil society will need to set new priorities for investing in health. Realistically, however, donors will need to raise the great bulk of these investments, and new partnerships will need to be formed to meet these obligations.

³ Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization, 2001.

National leadership is essential for advocating the importance of investing in children and adolescents with all partners. "If education and health are viable and profitable sectors for economic investment," argued Dr Traoré-Nafo, "then they should be included in the macroeconomic dialogue; and they should be given priority just as for so long we have prioritised debt reduction."

Rather than focusing solely
on reducing risk factors,
new approaches need to
look at helping adolescents
to overcome obstacles, to
meet new social demands,
to build opportunities for
self-development
under safe and healthy
conditions ...\
Dr Thoraya Ahmed Obaid

Our partners are also communities. Here we need, however, to examine our failures. "While we have insisted on the notion of partnership and participation," added Dr Traoré-Nafo, "we have not adequately consulted the community—particularly the non-medical community—on the right approaches." This is required, for example, if we hope to reduce the practices that are harmful to women and children.

A meaningful partnership with the community has never been more important as when we seek new approaches in helping adolescents. Dr Obaid suggested that we need to see adolescents in new ways: we need to work with communities to provide the safe and healthy conditions whereby adolescents themselves have opportunities to develop and support each other in making healthy choices.

Dr Peterson proposed that our different approaches may give us greater strength: "But we will need to get beyond our differences and find the common ground where we are all committed to making a difference for children and youth. None of us can meet the magnitude of the challenges alone."

Partnerships are essential.
None of us can meet the
magnitude of the
challenges, or the realities
of resources, alone...\
Dr Anne Peterson

There are new opportunities for working together. Many participants anticipate that the UN Special Session on Children in May 2002 is the setting to align international and national forces to meet our obligations to improve the health and development of newborns, children and adolescents.

Poem

By Thandiwe Loewenson, Zimbabwe
Read to the Consultation by the poet

When I was asked to make this speech I thought long and hard about what I, a twelve year old, could say to such an international gathering about child and adolescent health. Then I realised—I'm twelve! I'm a child and also an adolescent! I can talk about myself, my fears and hopes and those of my generation. I decided then to put it in a poem, so that it sings to you the way life should sing for children, if their rights and health are protected.

I stand here in the hope that you'll listen to me

On what I think children's health should be.
I'm a child—I need my parents, my mother especially

For love, affection and security.

Now that so many children have lost their parents due to AIDS

Unless others give support, their hope of health fades.

All children need a good friend, its great to be a pair—

To have somebody you trust and with whom your thoughts you share.

School is for us all, not just the few who can afford to go,

Not only for the learning, but for friendships that make you grow.

We are curious—give us books—and we'll paint the world with our minds—

So many of us are starved of this and left to trail behind.

Life is also a school, it teaches us to work and play—

We need to have fun and should not work all day.

As children grow older, we seem to have less and less time,

Give us the time to dream—its one message of my rhyme.

Children in my country walk for miles to have clean water,

That could be me, if I was someone else's daughter.

We need to eat, good food, and quite often every day—

Without it we are shadows, cannot learn, or dance, or play.

Yet thousands of children eat barely enough to keep alive.

Can we call this health, when it's a struggle to survive?

Aren't we losing brilliant people when children are not fed,

Great authors or musicians, books unwritten and unread.

Children should not have to fear violence or arrest,

And should not be the victims of people who molest.

We want to please adults, do what those we love expect

And we need to know that we can trust those we are asked to respect.

Its healthy to be different, that's a lesson from life, I'm sure,

Give us the chance to learn this, and we will bring an end to war.

My poem was full of worries—was it inevitable that it would?

But you can make the difference! You can change it all for good.

Encourage and advise us, call out for those who have no voice,

Let all of us be heard and seen—a world of children will rejoice.

I am full of hope, and even while I speak in some distress.

My hope is that tomorrows child will speak of great progress!

Session 2.

Child and adolescent health in the socio-economic context

Panel discussion

Chairpersons

Dr Ali Mohamed Shein, Vice President, Tanzania
Dr Sigrid Mogedal, Board Member of the Global
Alliance for Vaccines, NORAD, Norway

Introduction

From Child Development to Human Development
Professor Jacques Van der Gaag, University of
Amsterdam, The Netherlands

Discussants

Mr Gautam Basu, Joint Secretary, Ministry of Health
and Social Welfare, India
Ambassador Thomas Hammarberg, Special
Representative, High Commissioner for Human
Rights
Mr Jozef Ritzen, Vice President for Human
Development, World Bank
Dr Marc Danzon, Regional Director, WHO Regional
Office for the European Region

Investment in health is
important in its own right,
but it is also important for
the development of
nations...\
Prof Jacques Van der Gaag

Professor Van der Gaag introduced the session by presenting the case for investing in health and early childhood development. Interventions providing psychosocial stimulation, nutritional supplementation, health care and parental training result in better health, less mortality, less malnutrition, and less child abuse. The benefits of these early interventions continue into adulthood, contributing to better health, higher productivity, and greater prosperity for individuals and economic growth for communities and nations.

The centrality of the Convention on the Rights of the Child in planning health interventions and programs was stressed by Ambassador Hammarberg. The reporting process to the Committee on the Rights of the Child is useful in helping governments prioritize programmes to improve child and adolescent health and development. The process for developing a Poverty Reduction Strategy can also help countries set new priorities for children and adolescents, as Dr Shein illustrated from his Tanzanian experience.

Dr Basu highlighted the failure to realize the rights of the child to health by showing the marked differences between poor and rich children on measures of mortality and nutrition in India. Dr Danzon also noted the unacceptable inequities in health even within the richer countries of the European region.

Mr Ritzen asked provocatively why, if the case is so compelling for investing in child and adolescent health and development, this has not happened. He invited participants to consider that “we need to do it and do it quickly”, if we want to achieve the Millennium Development Goals.

Session 3.
Leadership in action—success stories and challenges
Panel discussion

Chairpersons

Dr Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director, United Nations Population Fund (UNFPA)

Dr Roberto Tapia-Conyer, Vice Minister of Health, Mexico

Introduction

From Promoting ORT to Reaching Adolescents: What Lessons Can Be Learned?

Dr Roberto Tapia-Conyer, Vice Minister of Health, Mexico

Discussants

Dr Manil Fernando, Deputy Director General, Ministry of Health, Sri Lanka—Essential steps to improve maternal and newborn health

Professor Zhaksilyk Doskaliev, Minister of Health, Kazakhstan—Improving health outcomes in children

Dr Beatrice Wabudeya, Minister of State for Health, Uganda—Curbing the HIV pandemic in young people

Dr Aagje Papineau Salm, Personal Representative of the Minister for Development Cooperation, The Netherlands—Building on lessons learned

New initiatives must build upon existing structures and strengthen rather than replace them...\
Dr Aagje Papineau Salm

Dr Tapia-Conyer examined the success in promoting oral rehydration in Mexico to illustrate elements of an effective health programme and applied these elements to clarify what needs to be done to improve the lives of adolescents. He then proposed new strategies for reaching and serving this group.

Dr Fernando described the importance of adopting long-term inter-sectoral strategies in order to reduce neonatal and infant mortality, and improve the sustainability of interventions.

Apart from being a sound investment, the highest attainable standard of health is also a human right. This includes the right to reproductive and sexual health...\
Dr Aagje Papineau Salm

Professor Doskaliev described the interventions that are being combined in Kazakhstan to reduce neonatal and child mortality: safe motherhood, improved nutrition to combat micronutrient disorders, breastfeeding, safe immunization practices, and integrated management of childhood illness. Other participants shared their own country experiences, and identified the difficulties they face in scaling up these interventions to reach those children who have not yet benefited from them.

Dr Salm argued that there is a lot to learn from the past: new initiatives should build upon existing structures and strengthen, rather than replace them.

Based on these past experiences, some key elements that facilitate the implementation and strengthen the impact of interventions are:

- The ownership of public health programmes by individual countries and communities.
- Integration of public health services, rather than fragmentation.
- A focus on results, not on problems; on behaviour change in health education; on prevention and health promotion, as well as cure.
- Community consensus.

Many challenges to scaling up remain, including:

- Conflicts and wars, and an increasing number of orphans.
- Rapid decentralization of services and resources, and disparities in geographical distribution of services.
- Difficulties in ensuring quality of care, especially at the community level, including poor monitoring and supervision of programmes.
- Ensuring fair and appropriate distribution of medical personnel.

Dr Wabudeya presented the special challenges of combating HIV/AIDS. The Ugandan experience illustrates the need for comprehensive strategies for working with young people to change behaviours, starting with: openness and political commitment, youth-friendly health and outreach services, working with communities to reduce risky cultural practices, promoting condoms, and peer education. The introduction of universal primary education seems to have been another key factor in reducing the spread of HIV/AIDS.

Session 4.

Critical actions to improve child and adolescent health outcomes

Panel discussion

Chairperson

Dr Mariam Claeson, Lead Public Health Specialist,
World Bank

Introduction

Effective interventions to improve the health of neonates, children and adolescents—A Life Course Perspective

Dr Hans Troedsson, Director, Department of Child and Adolescent Health and Development, WHO, and

Dr Yves Bergevin, Chief, Health Section, UNICEF

Discussants

Dr Anthony Costello, Institute of Child Health, United Kingdom—Improving neonatal health outcomes

Dr Cesar Victora, University of Pelotas, Brazil—Maintaining the gains in child survival

Dr Don Bundy, FRESH Initiative, World Bank—Using the opportunity of schools to address health needs

Dr Richard Jessor, University of Colorado, USA—Addressing health and development needs of adolescents

Dr Nafissatou Diop, Frontiers/Population Council, Senegal—Emerging directions from research and experience to improve adolescent sexual and reproductive health (including HIV)

Dr Jean-Pierre Habicht, Cornell University, USA—Nutrition and care as key determinants of health

Participants agreed that, in many situations, we know what to do. Important interventions that can save lives and support healthy development were identified, for example:

- Birth preparedness and guidelines for skilled birth attendants;
- Prevention and treatment interventions included in the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy, for reducing deaths and morbidity due to common childhood illnesses and malnutrition;
- Psychosocial stimulation, combined with improved nutrition and care, to improve the healthy growth and development of young children;

- Skills-based health education, and school health and nutrition programmes;
- Screening and treatment for STDs, neonatal care, and reproductive education and services for young people.

The biggest challenge is to transform knowledge into action...\

We now need to find ways to scale up the interventions for which there is evidence of their effectiveness—and to combine these interventions in order to produce the strongest, synergistic impact on child and adolescent health and development.

Several challenges remain. Dr Troedsson emphasized that “We will not meet our goals for reducing mortality and illness unless we also tackle neonatal and infant mortality, and we address the inequities of access of children and adolescents to adequate health care.”

Unacceptable inequities...

In 2000, the number of children and adolescents who died due to malaria, TB and HIV/AIDS was *double* the total number of adult deaths from these three diseases...\

Dr Hans Troedsson

Even among developing countries, areas with lower incomes have twice the infant mortality of areas with higher incomes...\

Dr Yves Bergevin

To illustrate how we might address this challenge, Dr Costello identified existing interventions, known to be effective in reducing the deaths of newborns, but yet to be fully implemented. An IMCI-type strategy is needed: in the community (e.g. for the social marketing of safe delivery kits, antenatal health education, and mothers’ groups), by strengthening health systems (e.g. expanding access through midwifery systems, and providing referral funds and mobile phones for emergencies), and improving the skills of health workers and birth attendants (e.g. improving the training and raising the status of midwives and home birth attendants).

“Even among developing countries, areas with lower incomes have twice the infant mortality of areas with higher incomes,” added Dr Bergevin. “And the largest disparity between rich and poor in the world is the risk of maternal death from pregnancy-related complications.”

Inequities also prevent effective treatments for common childhood illnesses from reaching the most vulnerable. Dr Troedsson reported, for example, that in a Tanzania study not a single child in the poorest 20% of the population received an antibiotic for pneumonia. Furthermore, Dr Bergevin asked whether we are targeting our interventions appropriately, since most deaths due to childhood illness, and maternal deaths during delivery, still occur at home, especially in the poorest communities.

Although many improvements have been seen in nutrition, much remains to be done, as unacceptable levels of stunting in growth and mind still exist.

Dr Habicht proposed a stronger focus on helping the family know what and how to feed, and how to care, for the child. Improving care—including responsive feeding—will be important for the large number of families who have enough resources to feed their children, yet their children are poorly nourished.

Dr Bundy highlighted the potential of child-friendly schools for providing a safe environment, and health education and nutrition programmes that will help children now, in their future, and into the next generation.

Another challenge is to sustain the gains made in health. Dr Victora noted that, where there is public demand, programmes can be sustained. He cited increased public demand for vaccines as a major factor in Brazil's recent recovery from an earlier decline in immunization coverage. Public awareness of the rise and fall of mortality rates has also sustained interest and support for effective interventions, such as oral rehydration therapy.

Advances in adolescent health and development have been less impressive, and Dr Diop encouraged us to recognize that there is still a lot we do not yet know about adolescent health. Dr Jessor identified the mistakes we have made, for example, by trying to apply the strategies that work for children to young people who live in a different world of influences: peers, media, school, and community. As a result, young people have new tasks to conquer, including: sustaining education; acquiring productive skills; dealing with sexuality and negotiating early marriage, childbearing, and parenting; and confronting new morbidities in drugs, alcohol, tobacco, HIV/AIDS, suicide, injuries, violence and aggression.

The UNFPA's Commitment

We envision a world...where children and adolescents enjoy their right to the highest possible level of health, a world that meets their diverse needs and enables them to equally attain their full potential. We gather in Stockholm from 12-13 March 2002 to commit ourselves to intensify our efforts to achieve this aim, and to join together in partnership to seek bolder approaches to reach the most vulnerable, the most isolated and the poorest—such as girls, street children, rural children, children living in conflict situations, and children victims of rape and trafficking.

The way ahead is a shared vision: to mobilise our resources to improve the health and well-being of children and adolescents, expand coverage of effective health and development, including adolescent access to sexual and reproductive health, interventions to reach every child and adolescent girl and adolescent boy, and empower families, children, adolescents and communities through meaningful participation to care for and foster the health and development of their younger members.

Through these efforts we address poverty, inequity, and gender inequality, conditions which lay the greatest burden of ill health on the poor and weaken our collective efforts to advance humanitarian aims and global peace.

Session 5.

Broadening horizons—challenges facing children and adolescents

Panel discussion

Chairpersons

Dr Narimah Awın, Director, Family Health Division,
Ministry of Health, Malaysia

Dr Hossein Coovadia, University of Natal, South
Africa

Discussants

Dr Sally Grantham-McGregor, Institute of Child
Health, United Kingdom—Promoting early
childhood development

Dr Ruth Etzel, George Washington University, USA—
Environmental threats to optimal development

Professor Per-Anders Rydelius, Karolinska Institute,
Sweden—Addressing mental health in children
and adolescents

Dr Mark Rosenberg, Task Force for Child Survival
and Development, USA—The burden of injuries
and violence

Dr Hossein Coovadia, University of Natal, South
Africa—The impact of HIV/AIDS on families and
communities

This session identified areas needing additional attention: psychosocial development and mental health, environmental threats, injuries, and HIV/AIDS.

Dr Grantham-McGregor emphasized the importance of intellectual and social stimulation, as well as good nutrition, in improving the growth and development of children. She argued that we have the knowledge to make a difference. We now need the political will and new investments in early childhood development, especially in societies that have been left behind.

The aim for promoting good mental health among growing children: giving them the chance to 'feel well, love well and work well'...\nProf Per-Anders Rydelius

Professor Rydelius illustrated the case for promoting mental health in children and adolescents by using Sweden's example. He identified the need to increase and sustain efforts, as there is evidence that the mental health of children and adolescents is deteriorating. Stress, psychosomatic symptoms, school dropouts, and alcohol and drug abuse are becoming more common.

Environmental hazards kill 3 million children under 5 each year, more than diarrhoeal diseases and acute respiratory infections...and they diminish intellectual capacity...\nDr Ruth Etzel

Dr Etzel identified major environmental hazards for children: indoor air pollution from biomass fuels and tobacco smoke, outdoor air pollution from motorized vehicles, mold, mercury, arsenic, and flouride. Lead is a neurotoxin that damages the development of the brain, resulting in poor school performance, increased aggression and lower productivity. Public health programmes need to include interventions to remove these hazards from the child's environment.

We need to talk about a safe and healthy start in life ...\nDr Mark Rosenberg

Injuries are a leading cause of death of children under five and are *the* leading cause of death for older children and adolescents, and the rates are increasing, especially in low and middle-income countries. Therefore, argued Dr Rosenberg, they must be addressed in any public health programme seeking to reduce mortality and life-long disability. Engineering changes, traffic safety laws, reduced access to guns, and interventions to reduce child abuse and domestic violence are interventions that can make a difference.

Dr Coovadia described the impact of HIV/AIDS in South Africa: HIV prevalence in some areas is as high as 39% among pregnant adolescent and adult women, and the number of AIDS orphans is rapidly growing. He identified a constellation of conditions in South Africa—where high-risk sexual behaviour is prevalent, and rape victimises even young children—which makes progress against the epidemic difficult.

Some major challenges ahead are: sufficient trained personnel for counselling and testing, for providing laboratory services, and for implementing antenatal care; ensuring feasible and adequate choices on infant feeding; and ensuring access to drugs and vaccines when they become available.

Conclusions from the working groups

Group 1. Involving young people, families and communities

Chairperson

Dr Suzanne Prysor-Jones, Academy for Educational Development, USA

Presenters

Meaningful participation of children, adolescents and their families and communities—Mr Rakesh Rajani, Hiki Elimu, Tanzania

How participation of young people can improve programmes—Ms Areej Quadri, UNICEF, Jordan

Involving communities for child health—Dr Larry Casazza, CORE, USA

Considerations on involving families and communities—Ms Marian Kelly, Department for International Development (DFID), UK

Conclusions

Meaningful participation in making decisions that affect one's health is a fundamental human right. It is also essential for effective and sustainable programmes, a principle that needs to be considered in the investments governments and development partners make.

To go to scale with effective programmes to reach all children and adolescents requires us to identify, communicate with and involve new groups beyond the health sector. Young people, families and communities, as well as political authorities, need to be engaged in making decisions about their health services.

Developing participation takes time to develop skills for full and meaningful participation. Funding sources need to be flexible and take a long-term perspective in facilitating the level of participation required for more sustainable health interventions.

The Commitment of the International Federation of Red Cross and Red Crescent National Societies (IFRC)

The International Federation of Red Cross and Red Crescent National Societies supports...the Stockholm Commitment to a Healthy Start in Life. It is the aim of the Federation to join together in partnership to seek bolder approaches to reach and improve the lives of the most vulnerable, the most isolated and the poorest.

Experience gained by the Federation, working with other organisations, has helped identify important interventions that require scaling up and appropriate strategies to do so. The Federation's proven capacity to implement community-based first aid and to alleviate suffering in emergency situations makes it a valuable partner for working with communities to mobilise significant resources and services to improve the health and development of children and adolescents.

The Federation and its member National Societies will reinforce and broaden efforts to reduce vulnerability to childhood diseases in a variety of sustainable ways. Components of the Federation's global programme 2002-2005 serving these aims include, for example:

- Working with partners to provide access to support, care and treatment for persons affected by HIV/AIDS.
- Fighting stigmatisation and discrimination associated with HIV/AIDS through community activities and a global communication campaign.
- Working with youth, particularly through peer education, to consolidate accurate knowledge and understanding about HIV/AIDS, and using local adaptations of the Federation's *Action with youth HIV/AIDS and STD: A training manual for young people*.
- Strengthening local support mechanisms for orphans and other children made vulnerable by HIV/AIDS.
- Combating female genital mutilation and advocating for the implementation of national laws that protect adolescent women's health and apply the human rights convention.
- Scaling up for global polio and measles eradication, and supporting national efforts in Africa.
- Promoting breastfeeding to provide infants from birth to six months with the necessary nutrition and best protection from infectious diseases.
- Preventing malaria by promoting and monitoring the use of insecticide-impregnated bed nets in the communities of RC volunteers.
- Improving home care management practices by training family members in basic care, first aid and support techniques.

Group 2.
Working with partners and other sectors at the national level

Chairperson

Dr Doyin Oluwole, Director, Reproductive Health Department, WHO Regional Office for the African Region

Presenters

Government efforts in creating and sustaining partnerships for child health—Dr Sudhansh Malhotra, Ministry of Health and Family Welfare, India

A multi-sectoral approach to ensuring respect, protection and fulfilment of the rights of the most vulnerable: Working for and with street children—Ms Rita Panicker, Director, Butterflies, India

The International Trachoma Initiative: A country experience in building partnerships—Dr Joseph Cook, Executive Director, International Trachoma Initiative, USA

Enabling working women to breastfeed exclusively: A key element of maternity protection—Mrs Amar Omcr-Salim, Uppsala University, Sweden

Working partnerships at the local level—Dr David Ross, MEA Kwa Vijana, Tanzania

Conclusions

Governments take the leading role in facilitating partnerships—with donors, with implementers, with the community, including children, adolescents, and their families—to meet the needs of the country and its children. To facilitate partnerships, governments need to identify focal persons, with appropriate budgets, to coordinate the various efforts to improve health.

Experiences in India and Tanzania demonstrate that broad partnerships among all relevant sectors with communities can be effectively established to generate greater responsiveness to the health needs of children and adolescents. The trachoma initiative to prevent blindness is another example of how private-public partnerships can make a difference in the lives of millions of people. Clear terms of reference among the partners and mechanisms in place to sustain the partnership are key.

Partnerships require work. Developing and sustaining partnerships requires:

- Identifying the stakeholders and creating mechanisms for working together.

- Determining how the goals of each partner fit with those of other partners, and defining appropriate and complementary roles.
- Building and nurturing personal relationships and respect among partners.
- Maintaining the motivation of partners through regular feedback from their joint efforts.
- Monitoring and evaluating how the partnership is working.

Group 3.

Policies for equitable health outcomes

Chairpersons

Dr Fiona Lappin, Department for International Development (DFID), UK

Dr Cesar Victora, University of Pelotas, Brazil

Presenters

What do we know of inequities in child health outcomes? —Dr Jennifer Bryce, WHO, Geneva

What are the underlying determinants of those inequities? —Mr Adam Wagstaff, World Bank

Are basic health services reaching the poor? And what can we do to achieve coverage among poor populations? —Dr Hassan Mshindi, Ifakara Center, Tanzania

Social services targeting the poor: Advantages and disadvantages—Dr Davidson Gwatkin, Rockefeller Foundation/World Bank

The human rights perspective in formulating policies to address inequities in child health outcomes—Dr Jacob Doek, Chairperson, Committee on the Rights of the Child

Conclusions

The working group identified many inequities in child health and the factors contributing to them, which need to be addressed in plans to provide wider access to good health.

High rates of malnutrition and more illness amongst the poor are due in part to lack of caregiver knowledge. They are also due, however, to lack of financial resources, higher food prices, and less accessible markets. The poor have less access to sanitation services and sources of clean water.

The poor are less likely to use services provided by the health system and receive poorer quality care when they do. The introduction of user fees, for example, is a barrier to health care for many. Yet it is a mistake to focus only on user fees, as other conditions—economic, cultural, and geographical—can also be barriers to access.

Home-based care may be an acceptable alternative to facility-based services in some situations, provided caregivers are equipped with the necessary knowledge and skills, and receive adequate support from the health system. Even home-based care, however, is limited by other inequities, including family income and access to transportation and other basic services.

Targeting the poor for health services can result in immediate health improvements. Reducing the potential for stigmatising beneficiaries of targeted services, however, must be addressed in strategies for reaching those who need them the most.

The group agreed to pay greater attention to reducing the inequities in child and adolescent health. Efforts to monitor progress in improving health services for children and adolescents should also include methods for measuring how well we are reducing these inequities.

Group 4. Strengthening health services

Chairpersons

Dr Claes Ortendahl, JHCAR: Karolinska Institute, Sweden

Dr John Howard, Director, Program Development and Research, Ted Noffs Foundation, Australia

Presenters

Delivery of preventive services: Immunization—
Dr C. John Clements, WHO, Geneva

*Health sector interventions for adolescent health:
What should be the mix of comprehensive and targeted interventions? —Dr Shanti Conly, US Agency for International Development (USAID), USA*

The critical elements for provision of quality care and sustaining standards: The Tanzania Essential Health Interventions Project (TEHIP) experience—
Don de Savigny, Tanzania

Contributions of the private sector for achieving improved child and adolescent health outcomes—
Ms April Harding, World Bank

Conclusions

The needs of children and adolescents should define the package of services and their delivery by a health system. This view will expand the concept of the services, currently centred in government health systems, to include the efforts of all partners working to prevent and treat illness and support social development. This will support a more holistic

approach to children and adolescents, meeting the changing needs of the child as the child develops.

More financial resources must be matched by reforms in the health system, to make more effective use of increased, but always limited, resources.

Group 5.
Mobilizing resources

Chairpersons

Dr Ali Mohammed Shein, Vice-President, Tanzania
Dr Sigrun Mogedal, Senior Policy Advisor, NORAD,
Norway

Presenters

The challenges of raising resources at country level for child and adolescent health and development—
Dr Fatoumata Traoré-Nafo, Minister of Health,
Mali

*The role of domestic resource mobilization in financing for child and adolescent health and development—*Mr Alexander Preker, World Bank

*How existing initiatives can be used to increase resources for child and adolescent health and development—*Mr David Alnick, Roll Back Malaria, WHO, Geneva

*Experiences in resource mobilization for adolescent health and development programmes in Latin America—*Dr Matilde Maddaleno, WHO/PAHO, Washington

Conclusions

The level of external resources needed to achieve the Millennium Development Goals for health and development is substantially higher than currently available. With the limited funds available, external donors should target the poorest countries and, within countries, the conditions that disproportionately affect the poorest communities.

Governments need to direct more internal resources towards child and adolescent health and development, and manage well the resources from external donors. Subsidizing services requires a set of political choices that should not be made by external donors, but should be determined by governments committed to meeting the greatest needs of their poorest communities.

Dinner at the Vasa Museum

hosted by Mr Lars Engqvist, Minister for Health and Social Affairs,
and Mr Jan O. Karlsson, Minister for Development Cooperation,
Government of Sweden

Dinner Address

**Professor Ihsan Dogramaci, President of the
International Children's Center, Ankara, Turkey**

It is unacceptable to have the
means to save and protect
all children and adolescents
in this world but not to
have the sufficient
commitment or resources
to reach them...\

Professor Dogramaci recognized Sweden's leading
role in introducing the specialties of paediatrics and
midwifery, as early as the 19th century, and
expressed appreciation to the Government of Sweden
for hosting the Consultation, as part of this
historical commitment to children and adolescents.

As a signatory to the WHO Constitution, Professor
Dogramaci noted that the priority health problems
singled out by the first World Health Assembly 50
years ago continue—unacceptably—to kill and
debilitate millions of children in poor countries. Now,
two additional critical periods in the lives of
children—neonatal and adolescence—need greater
attention. In the year 2000, an estimated 4 million
infants died, most within the first month of life, and
young infants account for 4 out of 10 deaths in
children under five.

As we continue to make
new scientific
breakthroughs in the
prevention and treatment
of illness, inequality in
access to care, with its
disturbing social and
ethical implications, may
well increase...\

New problems have arisen for the children who
survive through the first decade and into the
vulnerable period of adolescence. They are burdened
with half of all new HIV infections, and adolescent
girls are five times more likely to die in pregnancy
and childbirth than older women. Adolescents are
turning to the abuse of tobacco, alcohol and other
substances. Young people, sick or healthy, need
support from their families and communities to
develop to their full potential.

Professor Dogramaci called for more investment in
health to improve the hope of many to rise above
poverty. Health must be at the top of the political
agenda of all countries working to reduce poverty
and promote peace.

Conclusions: Our shared vision...

Dr Tomris Türmen, Executive Director of the Family and Community Health Cluster, WHO, and Ms Carol Bellamy, Executive Director, UNICEF, closed the Consultation and summarized its achievements. They recognized the high level cooperation between WHO and UNICEF in preparing for the Consultation, and the successful outcomes due to the full engagement and quality of participation of the representatives from governments, agencies, and organizations. Dr Türmen and Ms Bellamy will take the messages from the Consultation to the United Nations Special Session on Children in New York in May.

The Consultation drew attention to many conditions affecting the healthy development of children and adolescents.

Newborn health—
a neglected priority;
child survival—
an unfinished priority;
adolescent health and
development—
an ignored priority...\

It strengthened the commitment of all partners to work together to scale up effective strategies to reach children who are the most vulnerable and have been the most difficult to reach. It mobilized more attention to the health and development of the newborn and the adolescent. Efforts to address new issues—including child abuse and neglect, psychological development, injuries and violence, HIV/AIDS, environmental hazards, the mental health of children and adolescents—gained momentum.

The ethical, legal, and practical framework of the Convention on the Rights of the Child inspired and guided many at the Consultation who will now intensify their efforts to work together for the well-being of children and adolescents.

Here are the major conclusions from the Consultation.

*To reach the most vulnerable,
the most isolated and the poorest...*

- We need to increase attention to—and mobilise resources for—the survival, health and development of the newborn, child, and adolescent.
- To improve the health of the most isolated and vulnerable children and adolescents will require an unprecedented commitment of effort and financial resources. Attempts to eradicate small pox and polio taught us that the required effort to reach the

remaining 20% of children at risk of death and limited development is often greater than the effort it takes to reach the first 80%.

- Reaching children in greatest need requires innovative approaches. We need to bring health services closer to people. We need to engage families and communities and empower them with knowledge and skills, and ensure their access to commodities, including drugs, so that they can better care for their children and support the development of their young people.
- In areas where we have less knowledge and poor results, we must continue to invest in research—clinical, operational, and evaluation. We must assume leadership to improve existing preventive and curative interventions, and develop new interventions for the new challenges we are facing. Helping communities, for example, to support the healthy development of adolescents through the challenges of HIV/AIDS, the risks of early parenthood, violence, substance abuse, and poor mental health, will require new attitudes, innovative strategies and new alliances.

To mobilize resources...

- The message must be carried forward to world leaders: We have evidence that investing in the health and development of children and adolescents pays off. A healthy start in life produces improved health and psychosocial development, better school performance, more productive adults, higher incomes and greater economic growth in communities, and promotes better health in future generations. Investment in health is sound economics.
- The Consultation brought together many partners working to improve the lives of children and adolescents. This opened up opportunities to work more effectively together. Working together will require our good will. In many cases, it will also demand more efficient mechanisms for reaching consensus on objectives, sharing experiences and strategies, and defining the complementary roles of different partners in our joint efforts.

To expand coverage of effective health interventions...

- For many of the risks and conditions that affect children and adolescents, effective interventions are available. The challenge is to transform our

knowledge into action.

- We need to build on our many advances in child health over the last decade to expand our reach into communities and isolated areas where there are many children and young people who are not yet benefiting from these advances.
- New alliances among those working in health and others in the public and private sectors are needed to scale up existing strategies to reach more children in need, and to monitor the effectiveness of our collective efforts.
- We must identify, promote, and make accessible an essential care package—adapted to national and local needs and resources—to tackle the main health and development issues of newborns, children and adolescents.
- In setting priorities for the most effective interventions to scale up, a life-course approach is needed: one that recognizes the cumulative life-long benefits of actions taken during childhood and adolescence to improve health and development, as well as the cumulative damage of not acting early. At the same time, the distinctive differences among newborn babies, young children, adolescents and pregnant women must be taken into account when planning interventions to support healthy growth and development through the life cycle.

To mobilize families and communities...

- To make substantial improvements in health, families and communities must be empowered through education and other necessary resources to take action.
- Families and young people are important agents for improving their own health and the health of others in their communities.
- Furthermore, for adolescents to develop fully into competent and contributing adults, they must have opportunities to participate in the life of communities. The Consultation heard many examples of adolescents working together to create a safer and healthier environment, including providing critical information and support for making better decisions affecting their reproductive health.
- Programmes that facilitate wide participation of clients and communities in decisions and their

ownership in the delivery of services are more sustainable. The development of effective and meaningful participation takes time, however. Donors need to recognize this condition for sustainability, and support it.

To address poverty and inequity...

- Comprehensive strategies from multiple sectors—health and, for example, education, environmental sanitation, safety, transportation, and economic development—are required to improve child and adolescent health. Comprehensive efforts to improve health yield benefits for all through reduced poverty and inequity.
- The inequities between rich and poor are seen most vividly in maternal and infant deaths, the poor health of children and the failure of young people to develop to their full potential. We need to invest more in health to improve the hope of many to rise above poverty, and to contribute to developing their communities and nations.

**The Organization of African Unity (OAU):
Stockholm Commitment to
A Healthy, Safe, and Secure Start in Life**

We envision a world...where children and adolescents enjoy the highest possible level of health, a world that meets their needs and enables them to attain their full potential. We gather in Stockholm from 12-13 March 2002 to commit ourselves to intensify our efforts to achieve this aim, and to join together in partnership to seek bolder approaches to reach the most vulnerable, the most isolated, and the poorest.

The way ahead is a shared vision: to mobilize resources to improve and sustain the health of all children and adolescents, expand coverage of effective health interventions to reach every child and adolescent, and to empower families and communities to care for and foster the health and development of their younger child members. Through these efforts we address poverty, conflicts, corruption, abuse, and inequity, conditions that lay the greatest burden of ill health on the poor and weaken our collective efforts to advance humanitarian aims and global peace.

We are aware that only through concerted effort and sustained efforts at all political and social levels can we succeed. Children and adolescents have to be active participants.

We are also aware that these efforts require follow-up, close monitoring, and evaluation.

Healthy children and adolescents are prerequisites to development and human rights; therefore we must endeavour to reach every child and adolescent.

In the press...

The New York Times

...The World Health Organization and the United Nations Children's Fund said diarrhea, malaria, measles, pneumonia, HIV/AIDS and malnutrition were main causes of death and resulted from the impoverished conditions of 600 million children around the world. The agencies were meeting in Stockholm to work out ways to "reach the poorest and youngest" in advance of a United Nations special session on children in May. Of the preventable deaths, "eight million are babies, half of them in the first month of life," said the director general of the World Health Organization, Gro Harlem Brundtland. "These deaths were preventable and treatable, not inevitable. "Malnutrition causes about 60 percent of the deaths," said Carol Bellamy, executive director of UNICEF.

The Japan Times

...if there is a single UN field of endeavour that we should stay awake for, it is the one that was the subject of a little-noticed international conference in Stockholm last week: child and adolescent health and development. This is an area where the UN actually makes a difference in people's lives...The crystal-clear message from Stockholm was this: Although much has been achieved since 1990 in the struggle against child mortality, much more needs to be done...Millions of deaths could be prevented by means of low-cost programs targeting the remotest developing-world slums and villages, officials say. According to [WHO's] Dr Brundtland, a total investment of Dollars 66 billion annually by 2007, split between donor and developing countries, could save 8 million lives a year, most of them children's.

BBC

...Up to one in five of the world's children is suffering mental or behavioural problems. The World Health Organization and the United Nations Children's Fund warn that this will lead to serious public health problems in the future unless more is done to address the issue...The report highlights big increases in depression and suicide among children and adolescents. Of particular concern are teenagers, a group which the WHO and UNICEF believe is neglected by many public health doctors.

Reuters

...Western countries pouring resources into the fight against terrorism would get a better return if they spent more on preventing the unnecessary deaths of millions of children, a senior U.N. official said Tuesday. Carol Bellamy, Head of the U.N. Children's Fund UNICEF, told Reuters that investment in preventive medicine in poor countries would save children's lives and boost prosperity, eliminating one of the causes of violence. "To focus only on terrorism is to see only half of the picture or maybe only a quarter of the picture," Bellamy said. "I think that in the long run the focus really needs to be on preventing the creation of an environment that engenders and encourages distrust and hate and violent activity."

The Washington Post

...The World Health Organization and UNICEF, which organized the meeting on Tuesday and Wednesday, said pneumonia, diarrhoea, malaria, measles, HIV/AIDS and malnutrition were the main causes of death and most could be blamed on poverty. The experts, politicians and health officials were to place a special focus on the health needs of newborn babies who die during the first weeks of their lives according to a news release. The agencies said the science and medicine were available but a commitment of more political will and resources was needed, as well as investment in helping communities and families to overcome health problems. "The resources needed to reach every child and adolescent are well within the means of our wealthy world," UNICEF chief Carol Bellamy said.

Annex A. Mobilising civil society for A Healthy Start in Life

At the invitation of the Government of Sweden, twenty-five non-governmental organizations (NGOs) met the day before the Global Consultation (11 March 2002) to formulate a position on the role of civil society in promoting "A Healthy Start in Life".

The statement below reflects the consensus of the group, based on the many years of their practical, collective experience. The statement ends with the NGO commitment and its signers.

Statement of the NGO Forum

As the Declaration of Human Rights demands, "Every person is born free and equal in dignity and rights." Furthermore, as signatories, governments are obliged to progressively realise the rights as set out in the United Nations Convention on the Rights of the Child. Yet, social, economic and political conditions still deprive millions of children and adolescents of their health and well-being, resulting in avoidable and unfair inequalities. Therefore the goals, including the Millennium goals for children and adolescents must be achieved, and this must be done within a framework of rights, that address these conditions.

This framework requires going beyond disease-driven interventions towards more people-centred approaches. It means placing children and adolescents within their socio-political, cultural and economic context, thus addressing the wider issues that undermine the rights of children, such as violence in the home or community, and sexual and economic exploitation and other abuses.

There is no doubt that it is the prime responsibility of the state to address the health-related rights of children and adolescents, including their right to sexual and reproductive health, education and adequate living conditions. The role of civil society organizations should be complementary to and not a substitute for public services. Stronger alliances between government, civil society and all other partners will enhance public accountability and transparency of the state.

The commitment to health and development is a long-term process and funding modalities must be adjusted to acknowledge the fact that processes and results cannot be expected short-term.

The human rights approach acknowledges that people, including children and adolescents, have rights in relation to health and that the state has the obligation to respect, protect and fulfil these rights. Children should not be seen as merely recipients of health care, but rather as participants contributing to policy formulation and as agents of change helping to break the cycle of poor health.

Sustained mechanisms are needed to create the democratic environment that fosters civil society participation. This will result in wider ownership and better policies.

Commitment by the NGO Group
invited to the Global Consultation on Child and
Adolescent Health and Development

We commit ourselves... to working with you to build the networks, alliances and mechanisms necessary to enhance individual and joint efforts for child and adolescent health. We seek your commitment to our complementary role in this process.

We commit ourselves to document and share information and experiences, to be transparent and accountable about our role and work, and to respect the role and work of others.

We commit ourselves to support and monitor how our national governments and other actors fulfil their commitments and obligations to newborn, child and adolescent health and development as they relate to the respect, protection and fulfilment of the rights of children, such as participation of children and adolescents and resource allocation for access to health and services (budget reforms, debt alleviation, trade rules, etc).

We recognize that the commitment to health and development is a long-term process and funding modalities must be adjusted to acknowledge the fact that processes and results cannot be expected short-term.

Signed by:

Butterflies, India	MAMTA Health Institute for Mother and Child, India
Rita Panicker	Sunil Mehra
Centre for the Development of People, Ghana	Nonsmoking Generation, Sweden
Yaa Peprah Agyeman Amekudzi	Per Stigmar
Cini, Child in Need Institute, India	Plan International/Sweden
Nupur Basu Das	Hans Ridemark
Core Group/World Vision US	Plan International
Larry Casazza	Abiola Tilley-Gyado
Diakonia, Palestine	RFSU, Sweden
Reema Canawati	Viktor Bernhardt
Diakonia, Palestine	Save the Children, Sweden
Arige El-Jubeh	Ulrika Persson
Global Health Council	Save the Children UK
Nils Daulaire	Regina Keith
IBFAN/Africa	Save the Children US
Pauline Kisanga	Anne Tinker
International Pediatric Association	Training and Research Center (TARSC), Zimbabwe
Jane Schaller	Rene Loewenson
International Planned Parenthood Federation (IPPF)	World Vision US
Ingar Broeggeman	Fe Garcia
John Snow International	
Theo Lippeveld	

NGO Forum
Stockholm, Sweden
11 March 2002

Annex B. Participants in the Global Consultation

National delegations

Australia

Mr Andrew Barnes, First Secretary,
Australian Embassy, Stockholm,
representing AusAID

Denmark

Mr Jakob Rogild Jakobsen, Head of
Section, UN Department for
Development Assistance, Ministry of
Foreign Affairs
Dr Astrid Permin, Consultant, Technical
Services, Ministry of Foreign Affairs

Egypt

Professor Ismail Sallam, Minister of
Health and Population
Dr Mohamed El-Dorghamy, Ambassador
to Sweden
Dr Wagida Anwar, Director, Technical
Support Office, Ministry of Health
and Population
Prof Dr Yehea El-Hadidi, Ministry of
Health and Population

Ghana

Mr Sam Adjei, Ministry of Health

India

Mr Gautam Basu, Joint Secretary of
Family Welfare, Ministry of Health
and Family Welfare
Dr Sudhansh Malhotra, Assistant
Commissioner, Ministry of Health
and Family Welfare

Japan

Mr Osamu Tasaka, Director,
International Affairs Planning Office
Dr K. Fujisaki, Director, Medical
Cooperation Department, JICA

Kazakhstan

Professor Zhaksilyk Doskaliev, Minister
of Health
Mr Marat Tukeyev, Assistant to Minister
of Health

Mali

Dr Fatoumata Traoré-Nafo, Minister of
Health
Mr Seibou Ba, Embassy of Mali in Berlin
Ms Brigitta Jacks

Mexico

Dr Roberto Tapia-Conyer, Vice Minister
of Health
Sra Claudia Keller Lapayre

Mozambique

Dr Pascoal Mocumbi, Prime Minister
Mr Fortunato Albrinho, International
Advisor

The Netherlands

Dr Aagje Papineau Salm, Personal
Representative of the Minister for
Development Cooperation
Ms Ellie Leemhuis-De Regt, Ministry of
Foreign Affairs
Professor Jacques Van der Gaag,
University of Amsterdam

Norway

Ms Liv Elden, Executive Officer, UN
Multilateral Section, Ministry of
Foreign Affairs

Russian Federation

Mr O.V. Sharapova

Sri Lanka

Dr Manil Fernando, Deputy Director
General, Ministry of Health
Mr. P. Dayaratne, Ministry of Health

Sweden

Mr Lars Engquist, Minister for Health
and Social Affairs
Ms Ingela Thälen, Minister for Social
Security and Children's Affairs
Mr Jan O. Karlsson, Minister for
Development Cooperation
Mrs Anna Lindh, Minister for Foreign
Affairs
Mr Bengt Lindqvist
Mr Bo Göransson, Director-General, Sida

Switzerland

Dr Martine Berger, Senior Health
Advisor, Swiss Agency for
Development Cooperation

Tanzania

Dr Ali Mohamed Shein, Vice President
Dr Mwinyihaji Makame, Minister of
Health, Zanzibar

Dr Hussein Mwinyi, Deputy Minister of Health
Mrs Mary Mushi, Permanent Secretary,
Ministry of Social Development,
Women and Children
Mr Yusto Chuma
Mr Anthony Itatiro
Mr Hosea Kanyika
Dr James L. Kateka
Mr Mark B. Luhanga
Ms Catherine Mbwambo
Mr Francis Mwaipaja
Dr Ali Mzigi
Mr Elisha Suleiman

Tunisia

Mr Habib M'Barek

Uganda

Dr Beatrice Wabudeya, Minister of State
for Health, Primary Health Care

United Kingdom

DFID

Dr Julian Lob-Levyt, Chief, Health and
Population Adviser
Ms Fiona Lappin, Deputy Head
(Management), Health and
Population Division
Ms Marian Kelly, Research and Nutrition
Specialist
Mr David Clarke, Education Adviser

United States

Mr William O. Brisben, US
Representative-designee to UNICEF
Mr Pedro Moreno, Special Assistant to
the Assistant Secretary,
Administration for Children and
Families
Ms Mary Lou Valdez, Associate Director
for Multilateral Affairs, Office of
Global Health Affairs

USAID

Dr Anne Peterson, Associate
Administrator, Bureau for Global
Health
Ms Betsy Brown, Director, Office of
Health and Nutrition
Dr Ruth Frischer, Health Science
Specialist, Child Health Research
Dr Alfred Bartlett, Senior Technical
Advisor, Child Health
Dr Shanti Conly, Senior Advisor for
Adolescent Reproductive Health
Mr Stephen Landry, Office of Health and
Nutrition

Centres for Disease Control

Dr Stephen Blount
Dr David Fleming
Dr Bruce Maclachlan

Partners

Committee on the Rights of the Child

Mr Jacob Doek, Chairperson

**Global Alliance for Vaccine
Immunization (GAVI)**

Board members (some listed in other
categories)

Dr Tore Godal, Executive Secretary,
GAVI Secretariat

Dr L. S. Herrera Martinez

Dr Mark Kane

Drune Lea

Dr Sigrun Mogedal

Dr Anne Peterson

Dr Suomi Sakai

Dr Yasuhiro Suzuki

Ms Lisa Jacobs, GAVI Secretariat

Ms Corina Luputiu, GAVI Secretariat

Glaxosmithkline Biologicals, Belgium

Walter Vandermissen, Government
Affairs Department

**Global Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria**

Dr Chrispus Kiyonga, Chairman

Dr Anders Nordstrom, Interim Executive
Director

**Health Systems Resource Centre,
London**

Mr Abdul Bun Hatib Njie

Ms Veronica Walford

Institut Pasteur

Dr Philippe Kourilsky, Direction
Générale

Dr Michèle Baccoz, International Affairs

**International Children's Centre,
Turkey**

Professor Ihsan Dogramaci, President

**International Federation of Red Cross
and Red Crescent National Societies
(IFRC)**

Mr Fidel Font Sierra

Kaiser Family Foundation

Ms J. Kates

Organization of African Unity

Dr Grace Kalimugogo, Ethiopia

Rockefeller Foundation

Dr Davidson Gwatkin, Special Representative

The Vaccine Fund

Mr Jacques-Francois Martin
Mr Fabian McKinnon

UNAIDS

Ms Marika Fahlen, Director, Social Mobilization & Information

UNFIP

Ms Bilge Bassani, Director of Programmes
Ms Marilyn Dawson, Programme Officer

UNFPA

Dr Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director
Mr Asger Ryhl, Officer for Nordic Countries
Ms Laura Laski, Technical Support, Reproductive Health

UNHCHR

Ambassador Thomas Hammarberg, Special Representative

World Bank

Mr Jozef Ritzén, Vice President for Human Development
Mr Mats Karlsson, Vice President for External Relations and UN Affairs
Dr Mariam Claeson, Lead Public Health Specialist, Health, Nutrition and Population
Mr Alexander Preker, Chief Economist, Health, Nutrition and Population
Dr Elizabeth Lule, Reproductive Health Advisor, Health, Nutrition and Population
Dr Donald Bundy, Lead Health Specialist, Education
Mr Adam Wagstaff, Lead Economist, Poverty Thematic Group, Health, Nutrition & Population
Ms April Harding, Senior Economist, Health, Nutrition and Population
Mr Philip Hedger, World Bank – IFPMA fellow
Dr Flavia Bustreo, Senior Public Health Specialist, on secondment from WHO
Ms Violaine Mitchell, GAVI Financing Task Force
Ms Odilia Hebga, World Bank, Paris
Ms Charito Hain, Programme Assistant, Health, Nutrition and Population

International NGOs and other partners**The CORE Group**

Dr Larry Casazza, Board of Directors

Global Health Council

Dr Nils Daulaire, President and CEO

International Planned Parenthood Federation

Dr Ingar Brüggemann, Secretary-General

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association

Dr John Wecker

International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies

Ms Maud Amren, Health Adviser, Swedish Red Cross

International Paediatric Association

Dr Jane G. Schaller, President

International Trachoma Initiative

Dr Joseph Cook, Executive Director

John Snow Inc.

Mr Theo Lippeveld, International Vice President
Dr Rene Salgado

Plan International

Dr Abiola Tilley-Gyado

Save the Children Fund (UK, USA)

Ms Regina Keith, Save the Children Fund, UK
Dr Anne Tinker, Director, Saving Newborn Lives, USA

WorldVision

Dr Fe Garcia

Wyeth Pharmaceuticals

Mr Kevin L. Reilly, Vaccines and Nutrition, USA

National and Local NGOs

Butterflies, India

Ms Rita Panicker

Centre for the Development of People (CEDEP), Ghana

Yaa Peprah Agycman Amekudzi

Child in Need Institute (CINI), India

Dr Nupur Basu Das

Children's Rights Centre, South Africa

Ms Cathy Vawda

Diakonia, Palestine/Israel

Dr Reema Canawati

Dr Arige El-Jubeh

IBFAN

Ms Pauline Kisanga

MAMTA Health Institute for Mother and Child, India

Dr Sunil Mehra

Plan International/Sweden

Mr Hans Ridemark

Ms Ulrika Persson

RFSU, Sweden

Ms Katarina Lindahl

Training and Research Centre (TARSC), Zimbabwe

Ms Rene Loewenson

Ms Thandiwe Loewenson

Technical Experts

Dr Peter Aggleton, University of London, United Kingdom

Dr Shams El Arifeen, ICDDR,B, Bangladesh

Dr Narimah Awin, Director, Ministry of Health, Malaysia

Dr M. K. Bhan, All India Institute of Medical Science, India

Professor Robert Black, The Johns Hopkins University, USA

Dr Hossein Coovadia, University of Natal, HIV/AIDS Network, South Africa

Dr Anthony Costello, Institute of Child Health, United Kingdom

Dr Nafissatou Diop, Frontiers/Population Council, Senegal

Dr Ruth Etzel, George Washington University, USA

Professor Sofia Gruskin, Harvard School of Public Health, USA

Dr Richard Jessor, University of Colorado, USA

Mrs Wanjiku Kaime-Atterhög, Uppsala University, Sweden

Dr Harun Kasale, Essential Health Interventions Project, Tanzania

Dr Myron Levine, Center for Vaccine Development, University of Maryland

Professor Bo S. Lindblad, Aga Khan University, Pakistan

Professor Gunilla Lindmark, Uppsala University, Sweden

Dr Sally Grantham-McGregor, Institute of Child Health, United Kingdom

Dr Hassan Mshinda, Ifakara Health Research and Development Centre, Tanzania

Dr Jotham Musinguzi, Ministry of Finance and Economic Planning, Uganda

Mr Suneel K. Muttoo, National Institute for Public Cooperation and Child Development, India

Mrs Amar Omer-Salim, Uppsala University, Sweden

Dr Vinod Paul, All India Institute of Medical Science, India

Dr D. L. Pelletier, Cornell University, USA

Dr Suzanne Prysor-Jones, Academy for Educational Development, USA

Mr Rakesh Rajani, Haki Elimu, Tanzania

Dr Mark Rosenberg, Task Force for Child Survival and Development, USA

Professor Hans Rosling, Karolinska Institute, Sweden

Dr David Ross, MEMA kwa Vijana, Tanzania

Professor Per-Anders Rydelius, Chairman, Karolinska Institute, Sweden

Dr David Sacks, ICDDR,B, Bangladesh

Dr Birgitta Strandvik, Sweden

Dr Cesar Victora, University of Pelotas, Brazil

Dr Gill Walt, Department of Public Health and Policy, London School of Health and Tropical Medicine

Karolinska Institute, Sweden

Ms Anna Mia Ekström
Mr Torkel Falkenberg
Ms Elisabeth Faxelid
Ms Tany Guenther
Mr Bengt Höjer
Ms Karin Källander
Ms Annica Kempe
Mr Stefan Peterson
Ms Anna Berit Ransjö Arvidsson
Mr Göran Tomson

CAH Technical Steering Committee Members

Dr Saadet Arsan
Dr Zulfiqar Bhutta
Professor Jean-Pierre Habicht
Dr John Howard
Professor Betty Kirkwood
Dr Pham Ngoc Thanh
Dr Julieta Rodriguez-Rojas

Secretariat**UNICEF**

Ms Carol Bellamy, Executive Director
Ms Ingalill Colbro, Senior Programme
Funding Officer

Supply Division
Stephen Jarrett

Division of Communication
Ms Heidi Larson
Mr Mohammed Jalloh
Mr Hans Olsen

Youth Development and Participation
Ms Christine Norton

Early Childhood Development
Dr Patrice Engle

Health Section
Dr Yves Bergevin, Chief
Dr Suomi Sakai
Dr Abdel Wahed El-Abassi
Dr Paul Fife
Dr Matthew Hodge

Regions
Dr Steve Atwood, Regional Adviser
Health and Nutrition (EAPRO)
Mr Rolf Carrière, UNICEF
Representative, Indonesia
Dr Osvaldo Legon, Regional Adviser
Health and Nutrition (TACRO)

Dr Tony Musinde, Regional Adviser
Health and Nutrition (WCARO)
Mr Abu Sir Layali, Adolescents Project,
Jordan
Ms Areij Quadri, Adolescents Project,
Jordan

Government of Sweden

Dr Bernt Andersson, Swedish
International Development
Cooperation Agency (Sida)
Ms Ann-Christin Filippson, Ministry of
Health and Social Affairs
Ms Ulrika Cronenberg-Mossberg,
Ministry of Foreign Affairs
Mr Ingemar Sundquist, Ministry of
Foreign Affairs
Ms Birgitta Rubenson, consultant, Sida

WHO

Dr Gro Harlem Brundtland, Director-
General
Dr Tomris Türmen, Executive Director,
Family and Community Health

Ms Namita Pradhan, Director-General's
Office

CAH

Dr Hans Troedsson, Director
Dr Samira Aboubaker
Mr Paul Bloem
Dr Jennifer Bryce
Dr Bernadette Daelmans
Ms Jane Ferguson
Dr Olivier Fontaine
Ms Chandrika John
Dr Thierry Lambrechts
Dr Ivan Lejnev
Dr Agnès Leotsakos
Dr Jane Lucas*
Dr Jose Martinés
Ms Nicole Mourad
Dr Adepeju Olukoya
Mr Marcus Stahlhofer
Ms Cathy Wolfheim

Other Departments

Dr David Alnwick, Manager, CDS/RBM
Dr M. Belfer, MSD/MBD
Dr A. Butchart, VIP/PVL
Dr John Clements, VAB/EPI
Dr Jane Crawley, CDS/RBM
Dr Isabelle De Zoysa, Director, HIV/PRV
Mr Jack Jones, NMH/NPH/SHP
Dr K. J. F. Kengeya, TDR/IDE
Dr Sultana Khanum, SDE/NHD
Mr Chris Powell, FCH
Dr Jenny Pronczuk, SDE/PHE
Dr E. Pupulin, MNC/DAR

* *Rapporteur*

ANEXO II

PANORAMA GENERAL

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2002

*Reducir los riesgos
y promover una vida sana*





HÉMISPHERE AUSTRAL.

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO

2002

*Reducir los riesgos
y promover una vida sana*



© Organización Mundial de la Salud 2002

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el documento se puede reseñar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales.

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

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

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en este documento sea completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar la utilización de los datos.

La información relativa a este documento puede obtenerse de:

Informe sobre la salud en el mundo
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra, Suiza
Fax: (41-22) 791 4870
E-mail: whr@who.int
Pedidos: bookorders@who.int

El informe integro fue preparado bajo la dirección de Christopher Murray y Alan Lopez. Los dos autores principales fueron Anthony Rodgers (capítulos 2 y 4) y Patrick Vaughan (capítulos 3 y 6). El Panorama General y el capítulo 1 fueron redactados por Thomson Prentice. Todos ellos colaboraron en la preparación del capítulo 7. La redacción del capítulo 5 corrió a cargo de Tessa Tan-Torres Edejer, David Evans y Julia Lowe.

El equipo de redacción contó con la inestimable ayuda de Michael Eriksen, Majid Ezzati, Susan Holck, Carlene Lawes, Varsha Parag, Patricia Priest y Stephen Vander Hoorn.

Aportaron información valiosa un grupo consultivo interno y un grupo de referencia regional, cuyos miembros se mencionan en la nota de agradecimiento. También son de agradecer la ayuda y los consejos dispensados por directores regionales, directores ejecutivos y colaboradores de éstos en la sede de la OMS, así como por asesores principales sobre políticas de la Directora General.

Las evaluaciones de riesgos en que se basa el informe fueron coordinadas por Majid Ezzati, Alan Lopez y Anthony Rodgers, y los análisis estadísticos corrieron a cargo de Stephen Vander Hoorn. Las evaluaciones fueron el resultado de la labor efectuada durante varios años por numerosos científicos en el mundo entero. Estos científicos, así como muchos otros especialistas de la OMS que trabajaron en las evaluaciones de la relación costo-eficacia, se enumeran en la nota de agradecimiento.

Barbara Campanini y Angela Haden se ocuparon de la edición del informe integro y Michel Beusenberg coordinó la labor de preparación de figuras, mapas y cuadros. La versión española del informe corrió a cargo del Servicio de Traducción al Español de la OMS en Ginebra. Shelagh Probst aseguró el enlace para la traducción a los diversos idiomas y proporcionó apoyo al equipo del Informe sobre la salud en el mundo en las tareas administrativas y de producción. Se contó asimismo con la ayuda de Patrick Unterlerchner. Liza Furnival preparó el índice alfabético.

MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL

Ésta es una época peligrosa para el bienestar de la humanidad. En numerosas regiones, algunos de los más terribles enemigos de la salud están uniendo sus fuerzas con los aliados de la pobreza para imponer una doble carga de enfermedades, discapacidades y muertes prematuras a millones de personas. Es hora de cerrar filas para hacer frente a esta creciente amenaza.

Reducir los riesgos para la salud, tema del presente *Informe sobre la salud en el mundo*, ha sido una preocupación de las poblaciones, de sus médicos y de sus responsables políticos a lo largo de la historia. En algunas de las más antiguas civilizaciones hay vestigios de esa preocupación que se remontan a más de 5000 años, pero la cuestión nunca fue de mayor actualidad que hoy.

Casi todos los grandes adelantos de la salud pública entrañaron la reducción o la supresión de los riesgos. Las mejoras habidas en el suministro de agua y en el saneamiento durante los siglos XIX y XX estuvieron directamente relacionadas con la lucha contra los microorganismos causantes del cólera y de otras enfermedades diarreicas.

Mediante programas de vacunación masiva se ha erradicado del planeta el flagelo de la viruela y se ha reducido la amenaza que representan para los individuos y para poblaciones enteras enfermedades infecciosas como la poliomielitis, la fiebre amarilla, el sarampión y la difteria, protegiéndoles contra los agentes patógenos. Se han evitado así muchísimos millones de muertes prematuras.

La legislación permite reducir los riesgos para la salud en el lugar de trabajo y en las carreteras, imponiendo el uso de cascos de protección en las fábricas y de cinturones de seguridad en los automóviles. A veces se combina esa legislación con la labor de educación y persuasión para disminuir los riesgos, incluyendo advertencias en los paquetes de cigarrillos, prohibiendo la publicidad del tabaco y restringiendo la venta de alcohol.

Como resultado de ello, el mundo se halla mejor protegido en muchos campos. Mejor protegido frente a enfermedades otrora mortales o incurables, frente al peligro cotidiano de contraer enfermedades transmitidas por el agua o de origen alimentario, frente a los bienes de consumo peligrosos y frente a los accidentes domésticos, laborales u hospitalarios.

En muchos otros campos, sin embargo, el mundo está haciéndose cada vez más peligroso. Son demasiadas las personas que, de manera consciente o no, viven peligrosamente. Creo que el presente *Informe sobre la salud en el mundo* debe ser un llamamiento a la acción dirigido a la comunidad mundial. En uno de los más ambiciosos proyectos de investigación jamás emprendidos por la OMS, se trata de cuantificar algunos de los principales riesgos para la salud y de evaluar la relación costo-eficacia de algunas de las medidas destinadas a reducirlos. El objetivo primordial consiste en ayudar a las autoridades de todos los países a disminuir esos riesgos y aumentar la esperanza de vida sana de sus poblaciones.

El cuadro que está tomando forma a partir de nuestras investigaciones da una idea singular, y a la vez alarmante, de las causas actuales de morbilidad y mortalidad y de los



Dra. Gro Harlem Brundtland

factores subyacentes. Muestra cómo van cambiando los modos de vida de numerosas sociedades en todo el mundo y cómo repercute ese cambio en la salud de los individuos, de las familias, de las comunidades y de poblaciones enteras.

Éstas son cuestiones que nos conciernen a todos profundamente. Han sido objeto de extensos debates este año, en mayo, durante la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, en los que participaron los ministros de salud de casi todos los Estados Miembros de la OMS. Esos debates han contribuido a configurar el presente informe y se resumen en el Panorama General. Han permitido hacer valiosas evaluaciones de los riesgos sanitarios que los países consideran más importantes en el mundo de hoy.

Esos riesgos y algunos otros son objeto de investigación sistemática en este informe. Entre ellos figuran algunos enemigos de la salud y aliados de la pobreza bien conocidos, como la insuficiencia ponderal, el agua insalubre, el saneamiento y la higiene deficientes, las prácticas sexuales de riesgo (en relación sobre todo con el VIH/SIDA), la carencia de hierro, y el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados.

En esa lista de riesgos figuran también los más comúnmente relacionados con las sociedades ricas, como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo. Estos riesgos y las enfermedades con ellos asociados predominan ya en todos los países de ingresos medianos y altos. Lo realmente dramático es que su prevalencia es cada vez mayor en el mundo en desarrollo, donde originan una doble carga al sumarse a las enfermedades infecciosas que aquejan aún a los países más pobres.

En mi alocución ante la Asamblea Mundial de la Salud, el pasado mes de mayo, advertí que el mundo está viviendo peligrosamente, bien sea porque apenas le queda otro remedio o porque adopta decisiones equivocadas en materia de consumo y en diversas actividades.

Repito ahora esa advertencia. Las decisiones poco saludables no se limitan a los países industrializados. Todos hemos de afrontar sus consecuencias.

Muchos de los riesgos examinados en el presente informe tienen que ver con el consumo: insuficiente en el caso de los pobres o excesivo en el de los privilegiados.

Dos de los hallazgos más salientes del presente informe se observan casi al lado uno del otro. Por un lado, hay actualmente en los países pobres 170 millones de niños con peso insuficiente, y de ellos más de tres millones podrían morir este año como consecuencia de esa insuficiencia. Por otro, más de 1000 millones de adultos en todo el mundo tienen un peso excesivo, y al menos 300 millones son clínicamente obesos. De ellos, alrededor de medio millón morirán este año en América del Norte y Europa occidental de enfermedades relacionadas con la obesidad.

¿Hay algo más revelador del contraste existente entre los privilegiados y los desposeídos?

La OMS está decidida a luchar contra ciertas carencias nutricionales en las poblaciones vulnerables y a promover la buena salud propugnando un régimen de alimentación óptimo, particularmente en los países que pasan por una rápida transición nutricional.

Al mismo tiempo, estamos preparando nuevas directrices en materia de alimentación sana. Una vez ultimadas, invitaremos a los actores clave de la industria alimentaria a colaborar con nosotros para combatir la creciente incidencia de la obesidad, de la diabetes y de las enfermedades vasculares en los países en desarrollo.

Estas medidas serán decisivas. La epidemia de enfermedades no transmisibles, que se extiende con rapidez y provoca ya alrededor del 60% de la mortalidad mundial, guarda una relación manifiesta con la evolución de los hábitos alimentarios y el consumo creciente de alimentos industriales grasos, salados o azucarados. En las barriadas pobres de las megalópolis de hoy, las enfermedades no transmisibles debidas a los alimentos y hábitos malsanos coexisten con la desnutrición.

Como dije en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación en Roma el pasado mes de junio, el desarrollo económico y la mundialización no tienen por qué tener consecuencias negativas para la salud. Al contrario, podemos aprovechar las fuerzas de la mundialización

para atenuar las desigualdades, reducir el hambre y mejorar la salud en una sociedad planetaria más justa y menos excluyente.

Sean cuales fueren los riesgos para la salud, estén o no relacionados con el consumo, todos los países deberán poder adaptar a sus propias necesidades las políticas de reducción de riesgos.

Las mejores políticas sanitarias son aquellas que están basadas en datos científicos. La Organización Mundial de la Salud tiene asignado el mandato de obtener datos fidedignos y velar por que se utilicen adecuadamente para hacer del mundo un lugar más sano.

Este informe contiene esos datos. Muestra el camino por recorrer y desea ayudar a cada país a elegir las medidas más apropiadas y costoeficaces para reducir algunos riesgos por lo menos y promover una vida sana para su población. Exhorto a todos los países a que examinen con carácter de urgencia las acciones necesarias y se comprometan a llevarlas a cabo.

Se explica también en el informe la importancia de comunicar clara y abiertamente los riesgos al público y de crear un clima de confianza y de responsabilidad compartida entre el gobierno, el público general y los medios informativos.

Esto es fundamental. Sabemos que la mayoría de la gente optará por unos comportamientos más sanos, sobre todo si recibe información fiable de unas autoridades en las que confía, respaldada por una legislación realista, buenos programas de promoción sanitaria y un vigoroso debate público.

Reducir los riesgos para la salud es de la incumbencia de los gobiernos, pero no sólo de éstos. Deberá seguir siendo una preocupación esencial de todos los individuos en todas las poblaciones y de todos quienes les atienden. En el presente *Informe sobre la salud en el mundo* hay un mensaje para todos.

Gro Harlem Brundtland
Ginebra
Octubre de 2002

PANORAMA GENERAL

INTRODUCCIÓN

El Informe sobre la salud en el mundo 2002 constituye uno de los más ambiciosos proyectos de investigación jamás emprendidos por la Organización Mundial de la Salud. En colaboración con expertos del mundo entero, la OMS ha recopilado y analizado pruebas científicas que tendrán consecuencias para la acción sanitaria mundial durante muchos años. Aunque el informe pone en guardia contra algunas amenazas inquietantes, abre también la perspectiva de un futuro más sano en todos los países dispuestos a adoptar desde ahora medidas enérgicas.

Se describe en el informe la carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad atribuible en el mundo de hoy a algunos de los riesgos más importantes para la salud humana. Esto es en sí de gran utilidad, pero, más importante aún, se calcula también en el informe la proporción de esa carga que podría evitarse en los dos próximos decenios si se redujeran a partir de ahora esos mismos factores de riesgo.

Además, se muestra cómo pueden lograrse algunas de esas posibles reducciones por una serie de medios costoeficaces. Lo que se pretende en definitiva es ayudar a los poderes públicos en todos los países a aumentar la esperanza de vida de la población. Se estima que pueden obtenerse considerables mejoras en la salud con un gasto relativamente módico y que las poblaciones de muchos de los países más pobres del globo tienen a su alcance por lo menos una década suplementaria de vida sana. Incluso la población de los países más desarrollados, como los Estados Unidos de América, las naciones de Europa occidental y las del Pacífico asiático, podrían ganar aproximadamente otros cinco años de vida con salud.

Aunque son numerosas las definiciones posibles de la palabra «riesgo», éste se define en el informe como «probabilidad de un resultado adverso, o factor que aumenta esa probabilidad». El número de factores de este tipo es considerable, y el informe no pretende ser exhaustivo. Por ejemplo, no incluye algunos factores importantes asociados a las enfermedades infecciosas, como los virus, las bacterias y la resistencia a los antimicrobianos. En lugar de ello, se concentra en una selección de factores de riesgo – de verdadero riesgo para la salud, y a menudo causas reales de enfermedades importantes – para cuya reducción se conocen los medios existentes, y presenta algunas conclusiones alarmantes sobre su verdadera repercusión.

Dentro de ese grupo seleccionado, se identifican los diez riesgos mundial y regionalmente más importantes por la carga de morbilidad que originan. Esos diez factores son: la insuficiencia ponderal; las prácticas sexuales de riesgo; la hipertensión arterial; el tabaquismo; el alcoholismo; el agua insalubre, y el saneamiento y la higiene deficientes; la carencia de hierro; el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; la hipercolesterolemia; y la obesidad. Juntos, estos factores dan lugar a más de la tercera parte de toda la mortalidad mundial.

El informe muestra que un número relativamente pequeño de riesgos da lugar a una proporción muy considerable de la carga de morbilidad mundial.

Por ejemplo, el 30% por lo menos de toda la carga de morbilidad existente en muchos países en desarrollo, como los del África subsahariana y de Asia meridional, es resultado de menos de cinco de los diez factores precitados. La insuficiencia ponderal por sí sola es responsable de más de tres millones de defunciones infantiles al año en los países en desarrollo.

En otros países más desarrollados como China y la mayoría de los países de América Central y América del Sur, cinco factores de riesgo originan por lo menos la sexta parte de su carga total de morbilidad. Al mismo tiempo, en los países más desarrollados de América del Norte, de Europa y del Pacífico asiático, al menos un tercio de toda la carga de enfermedades es provocada por el tabaco, el alcohol, la tensión arterial, el colesterol y la obesidad. Además, más de tres cuartas partes de las enfermedades cardiovasculares – la causa principal de mortalidad en el mundo – son resultado del tabaquismo, de la hipertensión arterial o del colesterol, o de una combinación de estas causas. En conjunto, el colesterol origina más de cuatro millones de muertes prematuras al año, el tabaco casi cinco millones y la hipertensión arterial siete millones.

Se señalan en el informe varias intervenciones costoeficaces para contrarrestar algunos de los factores de riesgo. Se define la intervención en sentido amplio como «*toda acción sanitaria – actividad de promoción, prevención, curación o rehabilitación – cuyo propósito principal es mejorar la salud*». Según el informe, la repercusión de muchos de los factores de riesgo se puede invertir con rapidez, y la mayoría de los beneficios se dejarán sentir antes de que transcurra un decenio. Incluso un cambio moderado en el nivel de los factores de riesgo podría reportar ventajas considerables.

Para saber a qué intervenciones y estrategias recurrir, los poderes públicos primeramente deberán poder evaluar y comparar con precisión la magnitud de los riesgos. El tema de la evaluación de riesgos es, por consiguiente, un componente importante de este informe. Se define la evaluación de riesgos como un «*procedimiento sistemático para estimar la carga de morbilidad y traumatismos debida a diferentes riesgos*».

En el informe se formulan recomendaciones clave para ayudar a los países a elaborar políticas de reducción de riesgos que, de ponerse en práctica, darán lugar a muchos más años de vida sana para millones de personas. Al mismo tiempo, los poderes públicos tendrán que reforzar la base científica y empírica de sus políticas. Deberán mejorar el diálogo y la comunicación con el público y aumentar el grado de confianza en la prevención de riesgos entre todas las partes interesadas. Tienen que idear también estrategias adecuadas para hacer frente a la incertidumbre en materia de riesgos, y estudiar cuidadosamente toda una serie de cuestiones éticas y de otra índole.

Además de los evidentes beneficios sanitarios, el informe dice que, de modo general, la reducción de los principales riesgos para la salud promoverá el desarrollo sostenible y reducirá las desigualdades en la sociedad.

ENEMIGOS DE LA SALUD, ALIADOS DE LA POBREZA

Las conclusiones del informe ofrecen una visión singular, y a la vez inquietante, no sólo de las causas actuales de morbilidad y mortalidad y de los factores subyacentes, sino también del comportamiento humano y de la manera en que éste puede estar cambiando en todo el mundo. Sobre todo, ponen de relieve la brecha existente a nivel mundial entre los privilegiados y los desposeídos mostrando precisamente qué proporción de la carga mundial es consecuencia de la desnutrición entre los pobres y de la sobrealimentación entre las personas más favorecidas, dondequiera que vivan.

El contraste es aterrador. Según el informe, mientras que en los países pobres hay 170 millones de niños con peso insuficiente – de los que más de tres millones mueren cada año como consecuencia –, más de 1000 millones de adultos tienen un peso excesivo y por lo menos 300 millones son clínicamente obesos. De esas personas aproximadamente medio millón mueren cada año en América del Norte y Europa occidental de enfermedades relacionadas con la obesidad.

Está claro, pues, que en un extremo de la escala de los factores de riesgo se encuentra la pobreza, y la insuficiencia ponderal es aún la causa principal de la carga de morbilidad que soportan cientos de millones de personas entre las más pobres del planeta, y una causa importante de mortalidad, especialmente entre los niños pequeños. El informe muestra

que la insuficiencia ponderal es todavía un problema enorme y omnipresente en los países en desarrollo, donde la pobreza es un factor subyacente determinante.

Todos los grupos de edad corren riesgo de insuficiencia ponderal, pero ésta es sumamente prevalente entre los niños menores de cinco años: según estimaciones de la OMS, aproximadamente el 27 % de los niños de este grupo de edad tienen insuficiencia ponderal. Se calcula que ésta provocó 3,4 millones de muertes en 2000, de ellas aproximadamente 1,8 millones en África y 1,2 millones en los países de Asia. Fue un factor que contribuyó al 60 % del número total de defunciones infantiles en los países en desarrollo. En otros términos, dice el informe, la mortalidad resultante de la insuficiencia ponderal priva a los niños más pobres del mundo de un total de 130 millones de años de vida sana, según estimaciones.

En lo que se refiere a los factores de riesgo a nivel mundial, las prácticas sexuales de riesgo siguen muy de cerca a la insuficiencia ponderal y son el factor principal de la propagación del VIH/SIDA, cuyo impacto es enorme en los países pobres de África y Asia. Se dice en el informe que el VIH/SIDA es ya la cuarta causa de mortalidad en el mundo. Actualmente, 28 millones (el 70%) de los 40 millones de personas infectadas por el VIH se concentran en África, pero la epidemia crece con rapidez en otros lugares del globo. Es en Europa oriental y en Asia central donde más elevado es el ritmo de aparición de nuevos casos. En el África subsahariana se estima actualmente en 47 años la esperanza de vida al nacer, que de no haber SIDA se situaría en torno a los 62 años.

Las estimaciones actuales indican que más del 99% de las infecciones por el VIH prevalentes en África en 2001 eran atribuibles a prácticas sexuales de riesgo. En el resto del mundo, las estimaciones sobre la proporción de la mortalidad debida al VIH/SIDA en 2001 y atribuible a esas prácticas oscilan entre el 13% en Asia y el Pacífico y el 94% en América Central. A nivel mundial, aproximadamente 2,9 millones de muertes son atribuibles a las prácticas sexuales de riesgo, y la mayoría de esas muertes se producen en África.

Tanto en África como en Asia, el agua insalubre, el saneamiento y la higiene deficientes, la carencia de hierro y el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados figuran entre los diez principales riesgos de enfermedad. Todos ellos son mucho más frecuentes en los países y comunidades pobres que en otras partes. Al igual que ocurre con la insuficiencia ponderal, esos riesgos siguen siendo algunos de los más temibles enemigos de la salud y aliados de la pobreza.

Aproximadamente 1,7 millones de defunciones al año son atribuibles al agua insalubre y a las condiciones deficientes de saneamiento e higiene, principalmente por la diarrea infecciosa resultante. Nueve de cada diez muertes son de niños, y casi todas las muertes se producen en los países en desarrollo.

La carencia de hierro es una de las deficiencias nutricionales más prevalentes en el mundo, pues afecta a 2000 millones de personas, según estimaciones, y se cobra la vida de casi un millón cada año. Los niños pequeños y sus madres son los más frecuente y gravemente afectados, debido al gran aporte de hierro que se necesita durante el crecimiento infantil y el embarazo. Se analizan asimismo en el informe las cargas de morbilidad asociadas a las carencias de vitamina A, de yodo y de zinc. La carencia de vitamina A es la causa principal de ceguera adquirida en los niños. La carencia de yodo es probablemente la que mejor puede prevenirse de todas las causas de retraso mental y lesiones cerebrales. La carencia grave de zinc da lugar a una estatura baja, a trastornos de la función inmunitaria y de otra índole, y es una causa importante de infecciones respiratorias, de paludismo y de enfermedades diarreicas.

La mitad de la población mundial está expuesta a la contaminación del aire en los espacios cerrados, sobre todo como consecuencia de la utilización de combustibles sólidos para cocinar y calentarse. A nivel mundial, se estima que esa contaminación provoca el 36% de las infecciones de las vías respiratorias inferiores y el 22% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

La mayoría de los factores de riesgo examinados en este informe guardan estrecha relación con los hábitos de vida, y en particular con el consumo cuando éste es excesivo o

insuficiente. En el otro extremo de la escala, opuesto a la pobreza, se encuentra la «sobrealimentación», que quizá sea más exacto calificar de «sobreconsumo».

El peso excesivo y la obesidad son importantes factores determinantes de la salud y dan lugar a cambios metabólicos adversos, en particular el aumento de la tensión arterial, niveles de colesterol desfavorables y una mayor resistencia a la insulina. Aumentan el riesgo de cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus y numerosas formas de cáncer. Se muestra en el informe que sólo en los Estados Unidos y el Canadá la obesidad se cobra cada año la vida de aproximadamente 220 000 hombres y mujeres, y de unos 320 000 hombres y mujeres en 20 países de Europa occidental.

La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia están estrechamente relacionadas con el consumo excesivo de alimentos grasos, azucarados o salados. Son aún más peligrosas cuando se conjugan con las fuerzas mortíferas del tabaco y del consumo excesivo de alcohol, que provocan también toda una serie de cánceres, así como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y otras afecciones graves.

El informe expone la rápida evolución de la epidemia de tabaquismo y muestra que el número estimado de muertes a ella atribuible en el año 2000 – 4,9 millones – supera en más de un millón al de 1990, siendo en los países en desarrollo donde más pronunciado fue el incremento. Sin embargo, los países industrializados soportan todavía la mayor parte de la carga de morbilidad relacionada con el hábito de fumar.

El consumo mundial de alcohol ha aumentado en las últimas décadas, incremento que en su mayor parte se ha producido en los países en desarrollo. En cifras mundiales, el alcohol provocó 1,8 millones de muertes, cifra equivalente al 4% de la carga mundial de morbilidad; es en las Américas y en Europa donde mayor fue la proporción de la carga de morbilidad debida al alcohol. Se estima que el alcohol originó en todo el mundo del 20% al 30% de los cánceres de esófago, los cánceres de hígado, las epilepsias, los accidentes de tráfico, los homicidios y los traumatismos intencionales.

Hasta fecha reciente se pensaba que todos estos factores – tensión arterial, colesterol, tabaco, alcohol y obesidad, así como las enfermedades conexas – eran más frecuentes en los países industrializados. Desafortunadamente, como lo demuestra este informe, son ya más prevalentes en las naciones en desarrollo, donde provocan una doble carga al sumarse a las restantes enfermedades infecciosas aún sin erradicar que siempre aquejaron a los países más pobres.

De varias maneras, pues, el informe muestra que la gente vive peligrosamente, bien sea porque apenas le queda otro remedio, como sucede a menudo entre los pobres, o porque adopta decisiones equivocadas en materia de consumo y en diversas actividades.

De hecho, hay indicios de que esos factores de riesgo forman parte de una «transición de los riesgos» que pone de manifiesto cambios acusados en los hábitos de vida en muchas partes del mundo. En numerosos países en desarrollo se observan rápidos incrementos del peso corporal, particularmente entre los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes. Las tasas de obesidad se han triplicado o más desde 1980 en algunas partes de América del Norte, Europa oriental, el Oriente Medio, las Islas del Pacífico, Australasia y China. Los cambios habidos en la elaboración y producción de alimentos y en las políticas agrícolas y comerciales han afectado al régimen alimentario cotidiano de cientos de millones de personas.

Se dice en el informe que, si bien el consumo de frutas y hortalizas es útil para prevenir las enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres, una baja ingesta de esos alimentos da lugar a casi tres millones de muertes al año como resultado de esas afecciones. Al propio tiempo, los cambios observados en los hábitos de vida y de trabajo han dado lugar a la disminución del ejercicio y del trabajo físicos entre un número semejante de personas. Según el informe, la inactividad física causa aproximadamente el 15% de algunos cánceres, de las diabetes y de las cardiopatías.

Mientras tanto, **cada día se comercializa más tabaco y más alcohol** en los países de ingresos bajos y medianos. Más personas que nunca se hallan hoy expuestas a esos productos y hábitos importados o adoptados de otros países, lo que plantea graves riesgos

para la salud a largo plazo. Por ejemplo, los fumadores de todas las edades tienen tasas de mortalidad dos o tres veces más altas que los no fumadores.

Se previene en el informe que, para seguir mejorando la salud y reducir la carga de morbilidad, los países deberán adoptar políticas de control sin más dilación. Ciertos riesgos como las prácticas sexuales peligrosas y el consumo de tabaco podrían aumentar considerablemente el número mundial de defunciones en los próximos decenios y acortar la esperanza de vida nada menos que 20 años en algunos países si no se controlan mejor esos riesgos con prontitud.

MEDIDAS RECOMENDADAS

En general, se propone en el informe que se dé prioridad a controlar los riesgos que son bien conocidos, frecuentes, considerables y extendidos, y para cuya reducción se dispone de estrategias eficaces y aceptables. Estos criterios son aplicables a muchos de los riesgos examinados en el informe. El nivel creciente de consumo de tabaco, particularmente en Asia, es un claro ejemplo. Un incremento apreciable de los impuestos estatales sobre el tabaco reportaría importantes beneficios con un costo muy reducido.

La intervención de los poderes públicos, en colaboración con numerosas partes interesadas, para reducir el contenido de sal de los alimentos industriales redundaría grandemente en beneficio de la salud en todos los contextos. Ello debería formar parte de una estrategia global destinada a controlar los riesgos de enfermedad cardiovascular. Esa estrategia estaría basada en una combinación de intervenciones orientadas a toda la comunidad, como la reducción del contenido de sal, e intervenciones destinadas a proporcionar tratamiento a las personas cuyo riesgo de sufrir un incidente cardiovascular en los diez próximos años se considera elevado.

En lo que respecta a muchos de los principales factores de riesgo, el público en general y los expertos en salud pública probablemente estén bastante de acuerdo sobre lo que es necesario hacer. En algunos países tal vez se precise una mejor comprensión de los riesgos por parte del público en general, de los políticos y de los profesionales de la salud pública.

Las medidas recomendadas que pueden adoptar los poderes públicos en materia de reducción de riesgos se han ajustado para tener en cuenta el nivel de ingresos – altos, medianos o bajos – de los países. De manera más general, en el informe se recomienda:

- que los poderes públicos, y en especial los ministerios de salud, desempeñen un papel más enérgico en la formulación de políticas de prevención de riesgos, inclusive proporcionando más apoyo a la investigación científica, mejorando los sistemas de vigilancia y favoreciendo el acceso a la información mundial;
- que se conceda la máxima prioridad a la elaboración de políticas eficaces y resueltamente encaminadas a prevenir importantes riesgos que de manera creciente amenazan la salud en el mundo, como son el consumo de tabaco, las prácticas sexuales de riesgo que exponen al VIH/SIDA, y, en algunas poblaciones, la alimentación insalubre y la obesidad;
- que se hagan análisis de la relación costo-eficacia a fin de determinar qué intervenciones revisten prioridad alta, mediana y baja para prevenir o reducir los riesgos, dando la máxima prioridad a las intervenciones que son costoeficaces y asequibles;
- que se aumente la colaboración intersectorial e internacional, especialmente en los países más pobres, para reducir importantes riesgos sanitarios externos como son el agua insalubre y el saneamiento deficiente o la falta de instrucción, lo que probablemente reportará grandes beneficios para la salud;
- que, de modo análogo, se refuerce la colaboración internacional e intersectorial para mejorar la gestión de los riesgos y aumentar la conciencia del público y su comprensión de los riesgos para la salud;
- que se establezca un equilibrio entre las acciones de los poderes públicos, de la comunidad y de los individuos. Por ejemplo, la acción comunitaria debería contar con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales, los grupos locales, los medios

informativos y otras entidades. Al mismo tiempo, conviene capacitar y estimular a la gente para que tome decisiones sanitarias positivas con miras a mejorar su vida en campos tales como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la alimentación insalubre y las prácticas sexuales de riesgo.

RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS

En el *Capítulo 1: Proteger a la población* se presenta el panorama con una introducción general al tema de la medición, comunicación y reducción de los riesgos para la salud – exposición a esos riesgos y papel de los poderes públicos en la protección de la población contra ellos. Se muestra cómo los poderes públicos, particularmente en el siglo XX, han desempeñado un papel decisivo en la reducción de algunos de los principales riesgos para la salud. Pero se explica también la manera en que la actual transición demográfica viene acompañada por una «transición de los riesgos» y por una doble carga de morbilidad en los países en desarrollo: la combinación de enfermedades infecciosas muy arraigadas y mayor importancia relativa de las enfermedades no transmisibles crónicas.

En el *Capítulo 2: Definición y evaluación de los riesgos para la salud* se ofrece una explicación detallada del enfoque adoptado en este informe para los riesgos sanitarios. Se señala que hoy gran parte de la labor científica y la mayor parte de los recursos sanitarios se dedican a tratar las enfermedades, y no a prevenirlas. Se sostiene que centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Las estrategias basadas en la población van encaminadas a hacer que el comportamiento saludable sea la norma, reduciéndose así el riesgo en la población entera. Unos cambios pequeños en algunos riesgos en beneficio de toda la población pueden reportar grandes beneficios para la salud pública.

En consecuencia, se aboga firmemente por que, en las estrategias de reducción de riesgos, se evalúen los riesgos de toda la población a la vez que los de los individuos muy vulnerables. La tarea fundamental estriba en lograr un adecuado equilibrio entre los dos enfoques.

Se describe asimismo cómo surgió la evaluación de riesgos en los últimos años a raíz del estudio de los problemas ambientales. Se muestra cómo se pueden adaptar los pasos seguidos en general en la evaluación de los riesgos ambientales para aplicarlos más específicamente al análisis de los riesgos para la salud, y se explican las ventajas de comparar diferentes riesgos para la salud.

En el *Capítulo 3: Percepción de los riesgos* se explica por qué deben considerarse tanto los riesgos como los beneficios si se desea comprender qué mueve a comportarse de ciertas maneras y por qué algunas intervenciones son más aceptables y eficaces que otras. Suele haber polarización de la percepción de los riesgos entre el punto de vista de los expertos y la del público, entre la evaluación cuantitativa y la cualitativa, o entre las reacciones analíticas y las emotivas.

Se examina el papel que desempeñan los factores sociales, culturales y económicos en la manera en que una persona comprende los riesgos para la salud. Se abordan los factores estructurales que influyen en la adopción de políticas de control de riesgos por parte del gobierno, así como la repercusión de las intervenciones. Se analiza asimismo la importancia que reviste la labor de comprensión y gestión de la percepción de un riesgo dado por los diferentes grupos sociales al tratar de reducirlo. Se llega a la conclusión de que la reducción de la exposición a los riesgos tiene que planificarse en el contexto de la colectividad local, y de que la prevención mediante intervenciones sólo en parte tiene que ver con las circunstancias y educación individuales. Se apunta la necesidad de un programa internacional de investigación concertado para sensibilizar a la población de los países en desarrollo hacia ciertos riesgos importantes, como la epidemia de tabaquismo.

Se afirma que la información sobre los riesgos y sus consecuencias, presentada en términos científicos y basada en la evaluación de los riesgos, tiene que comunicarse con particular insistencia y cuidado. Se subraya por último que un ambiente de confianza y

responsabilidad mutua entre el gobierno y todas las partes interesadas es indispensable para poder adoptar intervenciones y realizarlas con éxito.

En el *Capítulo 4: Cuantificación de determinados riesgos sanitarios importantes* se exponen los principales resultados de un gran proyecto realizado por iniciativa de la OMS para cuantificar los efectos sanitarios de un número seleccionado de riesgos importantes para la salud, a escala mundial y de manera comparable. La mayor parte de esos resultados se han mencionado brevemente en este panorama general.

Tras una presentación de la metodología general, se hace una descripción de los principales riesgos sanitarios por su magnitud y los tipos de amenaza que entrañan. Se resumen los resultados clave del análisis y se examinan en función de las posibilidades que ofrecen para mejorar la esperanza de vida sana centrándose en las causas de las enfermedades y los traumatismos. La finalidad general de los análisis mencionados en este capítulo consiste en obtener estimaciones fiables y comparables de la carga atribuible de morbilidad y traumatismos que sirvan de base para la adopción de diversas medidas de interés para las políticas.

Se señala en este capítulo que la mayor carga de riesgos para la salud pesa muy a menudo sobre los países en desarrollo y sobre las personas desfavorecidas en todas las sociedades. La inmensa mayoría de las amenazas para la salud se ciernen con más frecuencia sobre las personas pobres, poco instruidas y que ocupan empleos de baja consideración social. El estudio de la exposición de las familias y personas pobres a los factores de riesgo y de la carga de enfermedades que originan permite diseñar las políticas más aptas para reducirlos.

En el *Capítulo 5: Algunas estrategias para reducir riesgos* se presentan las mejores pruebas disponibles sobre el costo y la eficacia de determinadas intervenciones para reducir algunos de los principales factores de riesgo examinados en el capítulo 4. Se examina el grado en que esas intervenciones, tanto de manera aislada como combinadas, podrían mejorar la salud de la población. Se recurre al análisis expuesto en este capítulo para identificar tanto las medidas que son muy costoeficaces como las que no parecen ser costoeficaces en entornos diferentes. Es un ejemplo de la manera en que los decisores pueden iniciar el debate de política sobre las prioridades con información sobre los tipos de intervención que más podrían mejorar la salud de la población con los recursos disponibles. Se dice que estos datos serán una contribución fundamental, pero no la única, a la decisión final sobre la combinación óptima de intervenciones.

Se examina toda una serie de estrategias encaminadas a reducir diferentes tipos de riesgo, así como la posible repercusión de esas estrategias en los costos y en la eficacia. Se consideran comportamientos individuales de riesgo tales como la ingestión de ciertos alimentos, el hábito de fumar y ciertas prácticas sexuales. Se analizan asimismo los factores individuales, como los de índole genética, y factores ambientales como el agua y el saneamiento. Se afirma que muchas estrategias de reducción de riesgos llevan en sí un componente de cambio comportamental. Sin embargo, algunos tipos de cambios comportamentales pueden requerir la intervención activa de los poderes públicos para que den resultado. Se examinan maneras alternativas de alcanzar una misma meta, por ejemplo el enfoque basado en toda la población por oposición al basado en el individuo, o el enfoque de la prevención por oposición al tratamiento. Combinar enfoques alternativos probablemente sea la manera óptima de mejorar la salud.

En lo que respecta a la política general, se dice en este capítulo que pueden obtenerse mejoras considerables en la salud dedicando a las intervenciones un gasto relativamente módico. Sin embargo, las máximas mejoras posibles con los recursos disponibles sólo se obtendrán prestando cuidadosa atención a los costos y a los efectos de las intervenciones. Se afirma que una estrategia destinada a proteger el entorno del niño es costoeficaz en todos los contextos. Entre sus componentes figuran la suplementación de micronutrientes, el tratamiento de la diarrea y de la neumonía, y la desinfección del agua en el punto de utilización para reducir la incidencia de la diarrea. Esta última medida es particularmente costoeficaz en las regiones de alta mortalidad infantil. Un cambio de política que favorezca

una buena gestión del agua en el hogar parece ser la intervención de mayor interés para evitar los problemas relacionados con el agua en los países en desarrollo.

Las intervenciones preventivas para reducir la incidencia de la infección por el VIH, en particular las medidas destinadas a fomentar prácticas de inyección más seguras, son muy costoeficaces. El empleo de la terapia antirretrovírica conjuntamente con actividades preventivas es costoeficaz en la mayoría de los contextos.

Se ha comprobado que en todos los contextos hay al menos un tipo de intervención costoeficaz para reducir los riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares. Las estrategias destinadas a reducir la sal y el colesterol en toda la población son siempre muy costoeficaces, tanto si se aplican de manera individual como combinada. Además, sería aconsejable que los gobiernos estudiaran la oportunidad de adoptar medidas para reducir el contenido de sal en los alimentos industriales consumidos por toda la población, ya sea por vía reglamentaria o mediante autorreglamentación.

Se subraya en este capítulo el importante papel que pueden desempeñar los poderes públicos estimulando las estrategias de reducción de riesgos. Los impuestos sobre los productos del tabaco son muy costoeficaces a escala mundial, y la elevación de los tipos de imposición dan lugar a mayores mejoras en la salud de la población. Las mejoras podrían ser aún mayores si la elevación de los impuestos se combinara con prohibiciones de la publicidad del tabaco.

En el *Capítulo 6: Fortalecimiento de las políticas de prevención de riesgos* se sostiene que los gobiernos, en la función rectora que han de desempeñar para mejorar la salud, deben realizar importantes inversiones en la prevención de riesgos, lo cual contribuirá de manera considerable a evitar muertes en el futuro.

La comunidad científica internacional y los encargados de mejorar la salud pública están bastante de acuerdo acerca de lo que debe hacerse. Las estrategias encaminadas a lograr esas posibles mejoras, particularmente en los países en desarrollo, deberían tener en cuenta la necesidad de un equilibrio entre, por una parte, la prioridad consistente en reducir sensiblemente la carga por factores como la insuficiencia ponderal y el agua y el saneamiento deficientes, que afectan principalmente a las poblaciones más pobres, y por otra, la prioridad consistente en reducir o prevenir factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión arterial y el colesterol, a los que sigue expuesta la población.

Se sabe ya mucho sobre la manera de reducir eficazmente los riesgos para la salud. Para reducirlos es necesario mantener las medidas de política y el compromiso de los gobiernos y otros asociados. Es fundamental crear o reforzar las instituciones nacionales encargadas de aplicar y evaluar los programas de reducción de riesgos, logrando a la vez una participación más eficaz de ciertos sectores, como el de los transportes, el educativo y el financiero, para aprovechar las grandes posibilidades de reducción de la exposición humana a los riesgos.

Se ponen de relieve asimismo en este capítulo las importantes consideraciones que habrán de tenerse en cuenta a la hora de decidir medidas para reducir riesgos. Entre ellas figuran los criterios aplicables a la determinación de los riesgos clave; el adecuado equilibrio entre los esfuerzos de prevención primaria, secundaria o posterior; la gestión de los riesgos inciertos; y la cuestión conexas del fortalecimiento de la base de datos objetivos para la acción normativa. También deben tenerse en cuenta las consecuencias éticas de diversas estrategias programáticas, incluida su repercusión en las desigualdades de la población en materia de salud.

En el *Capítulo 7: Prevención de riesgos y adopción de medidas* figuran las conclusiones del informe. Se dice que, a fin de proteger y mejorar la salud en todo el mundo, es preciso prestar mucha más atención a la prevención de las causas reales de enfermedades importantes y al tratamiento de las propias enfermedades. La mejor manera de prevenirlas consiste en concertarse para identificar y reducir los grandes riesgos más comunes aprovechando las oportunidades de prevención que se vayan presentando. Reduciendo esos grandes riesgos se podría mejorar la salud en el mundo mucho más de lo que comúnmente se cree.

Se afirma que el informe ofrece una oportunidad excepcional a los gobiernos. Pueden aprovecharla para adoptar medidas audaces y resueltas contra sólo un número relativamente pequeño de riesgos importantes para la salud, conscientes de que el resultado probable de su acción a lo largo de los diez próximos años será un aumento considerable de la esperanza de vida sana de los ciudadanos. Ello podría redundar en beneficio tanto de los países pobres como de los ricos, aun cuando algunos de los factores de riesgo sean diferentes.

Se necesitan políticas audaces. Por ejemplo, los gobiernos pueden decidir aumentar los impuestos sobre el tabaco y el alcohol; promulgar legislación destinada a reducir el contenido de sal y de otros componentes malsanos en los alimentos; adoptar controles medioambientales más estrictos y ambiciosas políticas energéticas; y emprender campañas más enérgicas para promover la salud y la seguridad sanitaria.

Se trata sin duda de un planteamiento radical. Presupone que los gobiernos vean el interés de centrarse menos en la minoría de personas de alto riesgo y más en la necesidad de adoptar medidas preventivas en beneficio de toda la población.

Hay razones poderosas para que los gobiernos desempeñen un papel más importante a la hora de abordar esos grandes riesgos. Deberán asumir su función rectora en lo que respecta a los recursos de salud y su responsabilidad de proteger a los ciudadanos. Además, la reducción de riesgos favorece el desarrollo sostenible y puede reducir las desigualdades en la sociedad.

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* se mide la carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad atribuible en el mundo de hoy a algunos de los más importantes riesgos para la salud humana. Y, más importante todavía, se calcula también la proporción de esa carga que podría evitarse en los 20 próximos años.

Las conclusiones del informe son sumamente interesantes. Parecen indicar que la reducción de esos riesgos podría dar lugar en todos los países a un aumento considerable de la esperanza de vida sana, de hasta diez años posiblemente en algunas poblaciones. Ello se obtendría haciendo mayor uso de las intervenciones y estrategias costoeficaces ya existentes para reducir riesgos en poblaciones enteras.

La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, describe el informe como «un llamamiento a la acción para la comunidad sanitaria mundial».

Concluye el informe que, entre los factores de riesgo seleccionados, los diez principales por la carga de morbilidad que originan en todo el mundo son: la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el agua insalubre y la higiene y el saneamiento deficientes, la carencia de hierro, el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, la hipercolesterolemia y la obesidad.

Esas conclusiones ofrecen una visión singular y a la vez inquietante no sólo de las causas actuales de morbilidad y mortalidad y de los factores subyacentes, sino también de los hábitos de vida y de la manera en que algunos de éstos pueden estar cambiando en todo el mundo mientras que otros perduran poniendo en peligro la salud.

Los hallazgos del informe ponen también de relieve las grandes diferencias existentes en materia de salud entre las poblaciones pobres del globo y las más favorecidas, mostrando por ejemplo que las prácticas sexuales de riesgo crean una carga enorme de morbilidad debida al VIH/SIDA en África y Asia, y que las enfermedades causadas por el agua insalubre, el saneamiento inapropiado y la higiene deficiente siguen siendo un flagelo en muchos países en desarrollo.

Además, subrayan la diferencia existente entre las personas privilegiadas y las desposeídas, mostrando la parte respectiva de la carga mundial de morbilidad atribuible a la insuficiencia ponderal, en un extremo de la escala de factores de riesgo, y al peso excesivo, en el otro. El contraste es aterrador. Según el informe, 170 millones de niños tienen un peso insuficiente en los países pobres, y varios millones mueren cada año como consecuencia de ello. Pero al mismo tiempo, en todo el mundo, más de 1000 millones de adultos tienen un peso excesivo y 300 millones por lo menos son clínicamente obesos.

«El mundo vive peligrosamente, bien sea porque apenas le queda otro remedio o porque adopta decisiones equivocadas,» dice la Dra. Brundtland.

El peso excesivo y la obesidad dan lugar a hipertensión arterial, niveles de colesterol desfavorables y una mayor resistencia a la insulina. Aumentan el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes y numerosas formas de cáncer. La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia guardan estrecha relación con el consumo excesivo de alimentos grasos, azucarados o salados. Provocan más muertes todavía cuando se conjugan con las fuerzas mortíferas del tabaco y del consumo excesivo de alcohol, sustancias causantes de toda una serie de cánceres, de cardiopatías, de accidentes cerebrovasculares y de otras afecciones graves.

Hasta fecha reciente se pensaba que todos estos factores - la tensión arterial, el colesterol, el tabaco, el alcohol y la obesidad, así como las afecciones conexas - eran más frecuentes en los países industrializados. Pero actualmente lo son más en las naciones en desarrollo, donde crean una doble carga al sumarse a las enfermedades infecciosas y a los riesgos para la salud aún sin erradicar.

La Dra. Brundtland dice: «El presente informe ayudará a los distintos países del mundo a determinar cuáles son las medidas más apropiadas y costoeficaces que pueden adoptar para reducir los riesgos y promover una vida sana para sus poblaciones. Reducir los riesgos para la salud no es de la sola incumbencia de los gobiernos: deberá seguir siendo una preocupación esencial de todos los individuos, en todas las poblaciones, y de todos quienes los atienden. En este informe sobre la salud en el mundo hay un mensaje, y posiblemente un beneficio, para todos.»

ANEXO III

alcohol

Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol



Organización
Mundial de la Salud



Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

1. Consumo de bebidas alcohólicas - efectos adversos. 2. Controles formales de la sociedad - métodos. 3. Alcoholismo - prevención y control. 4. Política social. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 359993 9

(NLM classification: WM 274)

© Organización Mundial de la Salud, 2010

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

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

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

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

Diseño y disposición: L'IV Com Sàrl, Le Mont-sur-Lausanne, Suiza.

Impreso en Italia.

ÍNDICE

1. Prefacio	3
2. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	5
Panorama general	5
Retos y oportunidades	6
Fines y objetivos	8
Principios rectores	9
Políticas y medidas nacionales	10
Opciones de política e intervencions	11
Acción mundial: funciones y componentes principales	20
Ejecución de la estrategia	26
3. Resolución de la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2010)	
WHA63.13 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	29
Anexos	29
1. Informe de la Secretaría a la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2010)	31
2. Datos demostrativos de la eficacia y costoeficacia de las intervenciones para a reducir el uso nocivo del alcohol	33
3. Resolución de la 61. ^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2008)	
WHA61.4 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	36
4. Resolución de la 58. ^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2005)	
WHA58.26 Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol	38

PREFACIO

Se calcula que el uso nocivo del alcohol **causa cada año 2,5 millones** de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes. El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo. Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol pueden tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias; además, pueden afectar gravemente a la vida comunitaria. El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención. También están surgiendo indicios de que dicho uso contribuye a aumentar la carga de morbilidad relacionada con enfermedades transmisibles como, por ejemplo, la tuberculosis y la infección por el VIH/sida.

Reducir el uso nocivo del alcohol mediante medidas normativas eficaces y la infraestructura necesaria para aplicarlas correctamente no es una cuestión que se circunscriba a la salud pública. En realidad, es un asunto de desarrollo, pues la magnitud del riesgo correspondiente es mucho mayor en los países en desarrollo que en los países de ingresos altos, donde las personas cada vez están más protegidas por leyes e intervenciones integrales, complementadas por mecanismos para hacerlas cumplir.

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, avalada por la **63.ª Asamblea Mundial de la Salud** en mayo de 2010, reconoce los vínculos estrechos que existen entre dicho uso y el desarrollo socioeconómico. Representa el compromiso de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud para actuar de manera continua a todos los niveles. Asimismo, aprovecha varias iniciativas estratégicas mundiales y regionales para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, en particular el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008.

En efecto, la OMS está atestiguando la manera en que, cada vez más, los formuladores de políticas sanitarias en los países en desarrollo se ven obligados a formular estrategias eficaces para resolver los problemas causados por el uso nocivo del alcohol. Existen soluciones factibles y la estrategia mundial ofrece un conjunto de opciones de políticas e intervenciones que deben tenerse en cuenta para su ejecución en cada país como parte integral de las políticas nacionales, así como en el marco más amplio del desarrollo. La estrategia mundial también establece áreas prioritarias para la actuación mundial dirigida a promover, apoyar y complementar las medidas pertinentes en los niveles local, nacional y regional. Haciendo honor al espíritu de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda, la OMS exhorta a los asociados internacionales para el desarrollo a responder favorablemente a las solicitudes de apoyo técnico por los países en desarrollo para aplicar y adaptar esas opciones de política a las prioridades y el contexto de cada uno.

El consenso logrado con respecto a la estrategia mundial y el respaldo que ésta recibió de la Asamblea Mundial de la Salud son el resultado de la estrecha colaboración entre los Estados Miembros y la Secretaría de la OMS. El proceso que desembocó en la formulación de la estrategia incluyó consultas con otras partes interesadas, como grupos

de la sociedad civil y operadores económicos. De modo parecido, la puesta en práctica de la estrategia mundial exigirá la colaboración activa con los Estados Miembros, así como la participación activa de los asociados internacionales para el desarrollo, la sociedad civil, el sector privado y las instituciones sanitarias y de investigación. A medida que avanzamos, la OMS seguirá involucrando a las partes interesadas en los esfuerzos por lograr las metas y los objetivos de la estrategia.

Confío en que nuestra colaboración para alcanzar los objetivos de la estrategia mundial permita reducir las consecuencias sanitarias y sociales del uso nocivo del alcohol y lograr que nuestras comunidades sean lugares más sanos, más seguros y más agradables para vivir, trabajar y disfrutar de nuestro tiempo libre.

Dr. Ala Alwan
Subdirector General
Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
Organización Mundial de la Salud

ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL¹

Panorama general

1. El uso nocivo del alcohol² tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. En el marco de este proyecto de estrategia, el concepto de uso nocivo del alcohol³ es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.
2. El uso nocivo del alcohol contribuye de forma 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.⁴ Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320 000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, aun teniendo en cuenta el pequeño efecto protector del consumo bajo de alcohol, especialmente contra la cardiopatía coronaria, en algunas personas de más de 40 años.
3. El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. Para algunas enfermedades no hay indicios de un efecto de umbral en la relación entre el riesgo y el nivel de consumo de alcohol. El uso nocivo del alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH/sida, la tuberculosis y la neumonía. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes.

¹ Véase la resolución WHA63.13.

² Una bebida alcohólica es un líquido que contiene etanol (alcohol etílico, comúnmente denominado «alcohol») y está destinado a ser bebido. En la mayoría de los países que cuentan con una definición legal de «bebida alcohólica», el umbral relativo al contenido de etanol por volumen de una bebida está fijado en $\geq 0,5\%$ o $1,0\%$. Las bebidas alcohólicas predominantes son la cerveza, el vino y los licores.

³ En esta estrategia el término «nocivo» se refiere sólo a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales.

⁴ Véase el documento A60/14 Add.1, donde se hace una evaluación global de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

4. 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. Al mismo tiempo, las pautas de consumo de alcohol que entrañan poco riesgo a nivel individual pueden no estar asociadas con la aparición de efectos sanitarios y sociales negativos ni con un aumento significativo de las probabilidades de que éstos ocurran.
5. Los formuladores de políticas tienen a su alcance una importante base de conocimientos científicos sobre la eficacia y la costoeficacia de las estrategias y las intervenciones de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol.¹ Aunque gran parte de la evidencia procede de países de ingresos altos, los resultados de metaanálisis y exámenes de los datos disponibles² aportan suficientes conocimientos para fundamentar las recomendaciones de política en lo que se refiere a la eficacia y el costoeficacia comparativos de algunas medidas de política. Si la concienciación es mayor, también es mayor la respuesta a nivel nacional, regional y mundial. No obstante, esas respuestas de política suelen ser fragmentarias y no siempre se corresponden con la magnitud del impacto en la salud y el desarrollo social.

Retos y oportunidades

6. El presente compromiso de reducir el uso nocivo del alcohol ofrece una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social y aliviar la actual carga de morbilidad atribuible al alcohol. Sin embargo, existen grandes desafíos que se han de tener en cuenta en las iniciativas o programas mundiales o nacionales; se trata de:
 - a) **Reforzar la acción mundial y la cooperación internacional.** Las actuales tendencias sanitarias, culturales y comerciales pertinentes a nivel mundial indican que el uso nocivo del alcohol seguirá siendo un problema de salud en el mundo entero. Es necesario reconocer esas tendencias y aportar respuestas apropiadas a todos los niveles. A este respecto, hace falta orientación global y una mayor colaboración internacional para respaldar y complementar las iniciativas regionales y nacionales.
 - b) **Posibilitar la acción intersectorial.** La diversidad de los problemas asociados con el alcohol y de las medidas necesarias para reducir los daños relacionados con él apuntan a la necesidad de una acción integral en muchos sectores. Las políticas destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol deben trascender el sector de la salud y hacer participar oportunamente a sectores como los del desarrollo, el transporte, la justicia, el bienestar social, la política fiscal, el comercio, la agricultura, la política sobre consumo, la educación y el empleo, así como a actores económicos y de la sociedad civil.
 - c) **Prestar la atención necesaria.** Las instancias decisorias a menudo conceden poca prioridad a la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol, pese a

¹ Véase el documento A60/14, en el que se presentan estrategias e intervenciones basadas en la evidencia para reducir los daños relacionados con el alcohol.

² Véase, por ejemplo: OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 944, 2007 y *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2009.

la contundente evidencia disponible acerca de sus graves efectos en la salud pública. Además, existe una clara discrepancia entre la creciente disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas en muchos países en desarrollo y de ingresos bajos y medios y la capacidad de esos países para hacer frente a la carga de salud pública adicional que provoca dicha tendencia. De no conceder a este problema la atención que merece, no se detendrá la propagación de prácticas y normas de uso nocivo del alcohol.

- d) **Equilibrar los distintos intereses.** La producción, la distribución, el marketing y la venta de alcohol crean empleo y reportan unos ingresos considerables a los operadores económicos, así como ingresos fiscales a distintos niveles. En ocasiones se considera que las medidas de salud pública orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol chocan con otros objetivos, como la libertad de mercado y la posibilidad de elección de los consumidores, y que afectan a los intereses económicos y reducen los ingresos públicos. Los formuladores de políticas se hallan ante el reto de conceder una prioridad adecuada a la promoción y protección de la salud de la población, teniendo presentes al mismo tiempo otros objetivos, intereses y obligaciones, entre ellas las obligaciones jurídicas internacionales. Cabe señalar a este respecto que los acuerdos comerciales internacionales suelen reconocer el derecho de los países a adoptar medidas que protejan la salud humana, siempre que esas medidas no se apliquen de manera que constituyan un medio de discriminación injustificable o arbitraria o restricciones encubiertas del comercio. En este sentido, las iniciativas nacionales, regionales e internacionales deberían tener en cuenta las repercusiones del uso nocivo del 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. Sin embargo, para un mismo consumo, las poblaciones más pobres pueden sufrir daños desproporcionadamente más graves atribuibles al alcohol. Urge formular y aplicar políticas y programas eficaces que reduzcan esas disparidades sociales, tanto dentro de los países como entre ellos. También hacen falta políticas eficaces para generar y difundir nuevos conocimientos sobre la compleja interacción entre el consumo nocivo de alcohol y las inequidades sociales y sanitarias, sobre todo entre las poblaciones indígenas y los grupos minoritarios o marginados y en los países en desarrollo.
- f) **Tener en cuenta el «contexto» al recomendar medidas.** 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 esas intervenciones dependa del contexto y de que éstas puedan no ser reproducibles en otros entornos. Sin embargo, muchas intervenciones destinadas a reducir el uso 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 la base evidencial reunida en áreas similares de la salud pública. Los responsables del desarrollo y la aplicación de las políticas deben aspirar fundamentalmente a idear intervenciones eficaces adaptadas a los contextos locales y a desarrollar mecanismos idóneos de seguimiento y evaluación que proporcionen retroinformación para fundamentar las medidas ulteriores.

- g) **Mejorar la información.** Los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, y otros interesados directos han desarrollado sistemas para reunir, 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 difusión de información y conocimientos para seguir avanzando en este ámbito, especialmente en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud, de la OMS, 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.

Fines y objetivos

7. 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 es apoyar y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros.
8. La visión que anima a la estrategia mundial es la mejora de los resultados sanitarios y sociales de los individuos, 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. Se prevé que la estrategia mundial promoverá y respaldará las iniciativas locales, regionales y mundiales destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.
9. La estrategia mundial tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles; determinar esferas prioritarias para una acción mundial, y recomendar una serie de opciones de política y medidas que podrían estudiarse para su posible aplicación, adaptándolas según proceda, a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública y los recursos y capacidades.
10. La estrategia tiene cinco objetivos:
 - a) aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol;
 - b) consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños;
 - c) incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados;

- d) fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol;
 - e) mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.
- 11.** El uso nocivo del alcohol y los problemas de salud pública que conlleva están determinados por el nivel general de consumo de alcohol entre la población, las pautas de consumo y los contextos locales. Para alcanzar los cinco objetivos señalados será necesario adoptar medidas de ámbito mundial, regional y nacional con respecto a los niveles, las pautas y los contextos del consumo de alcohol y otros determinantes sociales más amplios de la salud. Se debe hacer especial hincapié en reducir los daños sufridos por las personas del entorno del bebedor y por las poblaciones expuestas a un mayor riesgo en caso de uso nocivo del alcohol, como niños, adolescentes, mujeres en edad fecunda, mujeres gestantes y lactantes, poblaciones indígenas y otros grupos minoritarios o con un estatus socioeconómico bajo.

Principios rectores

- 12.** La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública. Los principios expuestos a continuación, 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 públicas 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 claramente definidos y en la mejor evidencia disponible.
 - b) Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos nacionales, religiosos y culturales.
 - 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 deferencia 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 a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención.

- g) Los niños, adolescentes y 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 beban.
- h) Las políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol deberían abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución.¹

Políticas y medidas nacionales

- 13.** El uso nocivo del alcohol se puede reducir si los países adoptan medidas eficaces para proteger a su población. Los Estados Miembros tienen 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 y tratamiento orientadas a la salud pública. Todos los países, independientemente de su nivel de recursos, se verán beneficiados si cuentan con una estrategia nacional y marcos jurídicos apropiados para reducir el uso nocivo del alcohol. En función de las características de las opciones de política y las circunstancias nacionales, algunas políticas se podrán aplicar con arreglo a marcos no jurídicos, como directrices o limitaciones voluntarias. Para que las medidas se apliquen con éxito, habrá que respaldarlas con actividades de vigilancia del impacto y el cumplimiento y estableciendo e imponiendo sanciones para los casos en que no se cumplan las leyes y reglamentaciones adoptadas.
- 14.** Un compromiso político sostenido, una coordinación eficaz, una financiación sostenible y la participación oportuna de las administraciones subnacionales, así como de la sociedad civil y los agentes económicos, son esenciales para el éxito de esa empresa. Numerosas instancias decisorias, como ministerios de salud, organismos de transporte u organismos fiscales, deberán tomar parte en la formulación y aplicación de las políticas relativas al alcohol. 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.
- 15.** Los ministerios de salud tienen un papel crucial que desempeñar en la concertación con los demás ministerios y las partes interesadas que se necesitan para formular y aplicar eficazmente las políticas. También deben velar por que la planificación y la aplicación de las estrategias e intervenciones de prevención y tratamiento se coordinen con las correspondientes a otros problemas de salud conexos de alta prioridad para la salud pública, como el consumo ilícito de drogas, las enfermedades mentales, la violencia y los traumatismos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la tuberculosis y el VIH/sida.

¹ En esta estrategia se habla de «alcohol de sustitución» para referirse a líquidos que por lo general contienen etanol y no se han concebido como bebidas, pero son consumidos por vía oral como sucedáneo de las bebidas alcohólicas con el fin de experimentar un estado de intoxicación u otros efectos asociados al consumo de alcohol.

16. Las opciones de política y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en 10 esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí, a saber:

- a) liderazgo, concienciación y compromiso
- b) respuesta de los servicios de salud
- c) acción comunitaria
- d) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- e) disponibilidad de alcohol
- f) marketing de las bebidas alcohólicas
- g) políticas de precios
- h) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- i) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal¹
- j) seguimiento y vigilancia.

17. Las opciones de política y las intervenciones que a continuación se someten a la consideración de los Estados Miembros para cada una de las 10 esferas de acción recomendadas se basan en los conocimientos científicos actuales, en la evidencia disponible sobre su eficacia y costoeficacia, en la experiencia y en las prácticas adecuadas. No todas las opciones de política e intervenciones serán aplicables en todos los Estados Miembros o de interés para ellos, y algunas pueden requerir más recursos de los disponibles. Por lo tanto, la aplicación de las medidas queda a la discreción de cada Estado Miembro, en función de sus contextos nacionales, religiosos y culturales, prioridades nacionales de salud pública y recursos disponibles, y de conformidad con sus principios constitucionales y obligaciones jurídicas internacionales. Las medidas de política y las intervenciones a nivel nacional se verán respaldadas y complementadas con iniciativas mundiales y regionales para reducir el uso nocivo del alcohol.

Opciones de política e intervenciones

Esfera 1. Liderazgo, concienciación y compromiso

18. Para que la acción sea sostenible, hace falta un firme liderazgo y una sólida base de concienciación, voluntad política y compromiso. La expresión ideal de

¹ Por alcohol de producción informal se entiende las bebidas alcohólicas producidas en el hogar o a nivel local mediante la fermentación y destilación de frutas, cereales, hortalizas y productos similares, y a menudo en el contexto de prácticas culturales y tradicionales locales. Como ejemplo de bebidas alcohólicas de producción informal cabe citar la cerveza de sorgo, el vino de palma y los licores preparados a partir de caña de azúcar, cereales y otros productos.

esos compromisos sería adoptar políticas nacionales integrales e intersectoriales, suficientemente financiadas, en las que se definieran claramente la contribución y las responsabilidades de los distintos asociados. Las políticas deben estar basadas en la evidencia disponible, ajustarse a las circunstancias locales y comprender estrategias, metas y objetivos claros. Asimismo, la política de que se trate debe ir acompañada de un plan de acción concreto y tener el respaldo de mecanismos de aplicación y evaluación eficaces y sostenibles. La participación oportuna de la sociedad civil y los actores económicos es fundamental.

19. Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:

- a) formulación de estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales, o fortalecimiento de los existentes, para reducir el uso nocivo del alcohol;
- b) establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales;
- c) coordinación de las estrategias relativas al alcohol con la labor de otros sectores pertinentes, lo que incluye la cooperación entre los distintos niveles de gobierno y con otros planes y estrategias pertinentes del sector de la salud;
- d) fomento de un acceso amplio a información y programas eficaces de educación y concienciación a todos los niveles de la sociedad sobre toda la serie de daños relacionados con el alcohol que se registren en el país y sobre las medidas preventivas eficaces ya existentes o que se necesiten;
- e) aumento del conocimiento sobre los daños que el consumo de alcohol causa a terceros y entre grupos vulnerables, evitando la estigmatización y desalentando de forma activa la discriminación de las personas y los grupos afectados.

Esfera 2. Respuesta de los servicios de salud

20. Los servicios de salud son fundamentales para abordar los daños a nivel individual entre las personas con trastornos debidos al uso nocivo del alcohol y otros problemas de salud provocados por el alcohol. Los servicios de salud deben ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a los individuos y las familias que corren el riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas, o que ya los padecen. Otro cometido importante de los servicios de salud y los profesionales sanitarios consiste en informar a la sociedad acerca de las repercusiones de salud pública y sociales del uso nocivo del alcohol, en ayudar a las comunidades en sus intentos por reducir el uso nocivo del alcohol y en preconizar la articulación de respuestas sociales eficaces. Los servicios de salud deben llegar a una amplia gama de actores ajenos al sector de la salud, movilizarlos y recabar 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 uso nocivo del alcohol.

21. Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:

- a) ampliación de la capacidad de los sistemas de salud y bienestar social para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo

de alcohol o inducidos por el alcohol y las afecciones comórbidas, con inclusión de servicios de apoyo y tratamiento para las familias afectadas y respaldo de las actividades y los programas de ayuda mutua o autoayuda;

- b) apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo peligroso y nocivo de alcohol en la atención primaria de salud y otros entornos; esas iniciativas deben incluir la identificación precoz y la gestión del consumo nocivo de alcohol entre las embarazadas y las mujeres en edad de procrear;
- c) refuerzo de la capacidad para prevenir y detectar los casos de personas y familias que viven con el síndrome alcohólico fetal y toda una serie de trastornos asociados, y para llevar a cabo las intervenciones adecuadas;
- d) desarrollo y coordinación eficaz de estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas, incluidos los trastornos por consumo de drogas, la depresión, los suicidios, el VIH/sida y la tuberculosis;
- e) logro del acceso universal a la salud, en particular mediante un aumento de la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de tratamiento de grupos con un estatus socioeconómico bajo;
- f) creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol, con mecanismos de presentación de informes periódicos;
- g) provisión de servicios de salud y sociales culturalmente adaptados cuando proceda.

Esfera 3. Acción comunitaria

22. El impacto del uso nocivo del alcohol en las comunidades puede desencadenar y fomentar iniciativas y soluciones locales para problemas locales. Los gobiernos y otros interesados pueden ayudar a las comunidades y potenciar su capacidad para que utilicen conocimientos teóricos y prácticos locales para adoptar enfoques eficaces que permitan prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol modificando el comportamiento colectivo, antes que el individual, sin dejar de respetar las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores.

23. Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:

- a) apoyo a la realización de evaluaciones rápidas para identificar las lagunas y las esferas de acción prioritarias en las intervenciones a nivel de las comunidades;
- b) fomento de un mayor reconocimiento de los daños relacionados con el alcohol a nivel local y promoción de respuestas eficaces y costoeficaces adecuadas a los determinantes locales del uso nocivo del alcohol y de problemas conexos;
- c) refuerzo de la capacidad de las autoridades locales para fomentar y coordinar una acción comunitaria concertada, respaldando e impulsando el desarrollo de políticas municipales destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y su

capacidad para robustecer las alianzas y las redes de instituciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales;

- d) suministro de información sobre las intervenciones comunitarias eficaces y creación de capacidad a nivel de las comunidades para su aplicación;
- e) movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas entre ese grupo de población, y para crear y apoyar entornos sin alcohol, sobre todo para los jóvenes y otros grupos de riesgo;
- f) prestación de atención y apoyo en las comunidades a las personas afectadas y sus familias;
- g) desarrollo o respaldo de programas y políticas comunitarios para subpoblaciones en especial situación de riesgo, como jóvenes, desempleados y poblaciones indígenas, y referentes a problemas concretos como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o de producción informal y a eventos comunitarios, como acontecimientos deportivos y festivales locales.

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

- 24.** La conducción bajo los efectos del alcohol afecta gravemente a la capacidad de juicio, la coordinación y otras funciones motrices. La conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol es un importante problema de salud pública que afecta al bebedor y, en muchos casos, a partes inocentes. Existen intervenciones respaldadas por datos muy sólidos que permiten reducir la conducción bajo la influencia del alcohol. Las estrategias de reducción de los daños asociados al alcohol al volante deben incluir medidas disuasorias destinadas a disminuir las probabilidades de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual serán menores la probabilidad y la gravedad de los daños por colisiones propiciadas por el alcohol.
- 25.** En algunos países, el número de traumatismos por accidentes de tránsito relacionados con peatones ebrios es considerable, por lo que las intervenciones a este respecto deben ser consideradas de alta prioridad.
- 26.** Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:
- a) implantación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre, que debe ser más bajo para los conductores profesionales y los conductores jóvenes o noveles;
 - b) incremento de los puntos de control y las pruebas de alcoholemia aleatorias;
 - c) suspensión administrativa del permiso de conducir;
 - d) permiso progresivo para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante;
 - e) permiso progresivo para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante;

- f) programas obligatorios de formación, asesoramiento y, cuando proceda, de tratamiento de conductores;
- g) promoción de formas de transporte alternativas, por ejemplo, servicios de transporte públicos tras el cierre de los lugares en que se sirve alcohol;
- h) organización de campañas de concienciación e información pública en apoyo de la política adoptada y con el fin de potenciar el efecto disuasorio general;
- i) organización de campañas cuidadosamente planificadas, de alta intensidad y bien ejecutadas en los medios de información, orientadas a situaciones concretas, como periodos de vacaciones, o un público determinado, como los jóvenes.

Esfera 5. Disponibilidad de alcohol

27. 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 esenciales para evitar el acceso fácil al alcohol por parte de grupos vulnerables o de alto riesgo. La disponibilidad comercial y pública de alcohol puede influir a su vez en la disponibilidad social de alcohol y contribuir así a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso nocivo del alcohol. El grado de reglamentación de la disponibilidad de alcohol dependerá de las circunstancias locales, en particular el contexto social, cultural y económico, y de las obligaciones internacionales vinculantes en vigor. En algunos países en desarrollo y países de ingresos bajos y medios el alcohol se obtiene principalmente en mercados informales, por lo que los controles oficiales de las ventas se tienen que complementar con medidas dirigidas al alcohol ilícito o el alcohol de producción informal. Por otra parte, la imposición de restricciones demasiado severas a la disponibilidad de alcohol puede fomentar la aparición de un mercado ilícito paralelo. El suministro indirecto de alcohol, por ejemplo a través de padres o amigos, se debe tener en cuenta en las medidas sobre la disponibilidad de alcohol.

28. Las opciones de políticas e intervenciones en esta esfera comprenden:

- a) implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas y que imponga límites razonables a la distribución de alcohol y el funcionamiento de los puntos de venta de alcohol, de conformidad con las normas culturales, mediante la aplicación de las siguientes medidas posibles:
 - i) introducir cuando proceda un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales orientados a la salud pública;
 - ii) regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales;
 - iii) regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista;
 - iv) regular las modalidades de venta de alcohol al por menor;

- v) regular la venta al por menor en determinados lugares o durante acontecimientos especiales;
- b) establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos;
- c) adopción de políticas para impedir la venta a personas ebrias y a las que no han cumplido la edad mínima legal, y consideración de la posibilidad de implantar mecanismos para exigir responsabilidad a vendedores y camareros de acuerdo con la legislación nacional;
- d) formulación de políticas relativas al consumo de alcohol en lugares públicos y en actividades y funciones oficiales de organismos públicos;
- e) adopción de políticas orientadas a reducir y eliminar la disponibilidad de bebidas alcohólicas producidas, vendidas y distribuidas de manera informal o ilícita, así como para regular o controlar el alcohol de producción informal.

Esfera 6. Marketing¹ de las bebidas alcohólicas

- 29.** La reducción del impacto del marketing, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes, es un objetivo importante si se quiere reducir el uso nocivo del 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 y la colocación de productos, y nuevas técnicas de mercadotecnia como los correos electrónicos, los mensajes SMS y los podcast, la utilización de los medios sociales y otras técnicas de comunicación. La transmisión de los mensajes de mercadotecnia del alcohol más allá de fronteras y jurisdicciones nacionales por medios como la televisión por satélite y la Internet, y el patrocinio de eventos deportivos y culturales, se están perfilando como un grave motivo de preocupación en algunos países.
- 30.** Es muy difícil orientar la mercadotecnia a consumidores adultos jóvenes sin exponer al mismo tiempo a ella a cohortes de adolescentes que no tienen la edad mínima legal para beber alcohol. La exposición de niños y jóvenes a técnicas de marketing cautivadoras causa especial inquietud, al igual que los proyectos de conseguir nuevos mercados en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios que actualmente presentan una baja prevalencia del consumo de alcohol o tasas de abstinencia elevadas. Tanto el contenido de marketing del alcohol como la magnitud de la exposición de los jóvenes a él son problemas fundamentales. Se debería estudiar la posibilidad de aplicar un criterio de precaución para proteger a los jóvenes contra esas técnicas.
- 31.** Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:
- a) establecimiento de marcos de regulación o corregulación, preferiblemente de carácter legislativo y apoyados, cuando proceda, por medidas de autorregulación, respecto del marketing del alcohol mediante las intervenciones siguientes:
 - i) reglamentación del contenido y la magnitud del marketing;

¹ El concepto de marketing puede abarcar, cuando proceda y así lo permita la legislación nacional, cualquier forma de comunicación o mensaje comercial destinado a potenciar o con el efecto de potenciar el reconocimiento, atractivo y/o consumo de determinados productos o servicios. Puede englobar todo cuanto actúe como publicidad u otra forma de promoción de un producto o servicio.

- ii) reglamentación del marketing directo o indirecto en todos los medios de comunicación o en algunos de ellos;
 - iii) reglamentación de las actividades de patrocinio que promuevan bebidas alcohólicas;
 - iv) restricción o prohibición de las promociones en relación con actividades dirigidas a los jóvenes;
 - v) reglamentación de las nuevas formas de mercadotecnia del alcohol, por ejemplo los medios sociales;
- b) desarrollo por parte de los organismos públicos u órganos independientes de sistemas de vigilancia eficaces del marketing de los productos de alcohol;
 - c) establecimiento de regímenes administrativos y disuasorios eficaces respecto de las infracciones de las restricciones del marketing.

Esfera 7. Políticas de precios

- 32.** Los consumidores, en particular los grandes bebedores y los jóvenes, 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, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercer influencia en las preferencias de los consumidores. El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol. 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 fiscalidad.
- 33.** Factores como las preferencias y la libertad de elección de los consumidores, la variación de los ingresos, las fuentes alternativas de alcohol en el país o en los países vecinos, y la presencia o ausencia de otras medidas normativas respecto del alcohol, pueden todos ellos influir en la eficacia de esta opción de política. La demanda de las diferentes bebidas puede verse afectada en diversa medida. Los aumentos de impuestos pueden tener distinta repercusión en las ventas, según como afecten a los precios al consumidor. La existencia de un mercado ilícito importante para el alcohol complica las consideraciones de política sobre la imposición tributaria en muchos países. En esas circunstancias, los cambios de la fiscalidad deben ir acompañados de actividades encaminadas a someter los mercados ilícitos e informales a un efectivo control público. El aumento de los impuestos puede tropezar también con la resistencia de grupos de consumidores y operadores económicos, de modo que la política tributaria se beneficiará del apoyo de cualquier medida de información y concienciación tendente a vencer esa resistencia.
- 34.** Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:
- a) establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida;

- b) revisión periódica de los precios en función de la inflación y de los ingresos;
- c) prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades;
- d) fijación de precios mínimos para el alcohol, cuando proceda;
- e) facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas;
- f) disminución o interrupción de las subvenciones destinadas a los operadores económicos en el ramo del alcohol.

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

35. Esta esfera de acción comprende opciones de política 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. A la hora de aplicar estos enfoques a la gestión del entorno de consumo de alcohol o a la información de los consumidores, deberá evitarse que parezca que se está apoyando o promoviendo el consumo de alcohol.

36. Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:

- a) regulación del contexto de consumo de alcohol para reducir al mínimo la violencia y los comportamientos perturbadores, que incluye el uso de recipientes de plástico o de vidrio inastillable para servir el alcohol y la gestión de los problemas relativos al alcohol en los eventos públicos de gran escala;
- b) exigencia del cumplimiento de las leyes que impiden servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol;
- c) adopción de políticas de gestión en relación con el servicio responsable de bebidas alcohólicas en locales y formación del personal de los sectores pertinentes sobre la mejor manera de evitar situaciones de bebedores ebrios y agresivos y de identificar y tratar a tales personas;
- d) reducción del contenido alcohólico de diferentes tipos de bebidas;
- e) provisión de la atención o el abrigo necesarios a las personas con intoxicación etílica grave;
- f) suministro de información a los consumidores acerca de los daños relacionados con el alcohol, y etiquetado de las bebidas alcohólicas que indique esos daños.

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

- 37.** 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. También puede obstaculizar la capacidad de los gobiernos para gravar y controlar el alcohol producido legalmente. Las medidas tendentes a reducir esos efectos negativos adicionales deberían adoptarse en función de la prevalencia del consumo de alcohol ilícito y/o de producción informal y de los daños asociados. Se debe disponer de una buena capacidad científica, técnica e institucional para planificar y aplicar oportunas medidas nacionales, regionales e internacionales. También son importantes un buen conocimiento del mercado y una correcta comprensión de la composición y la producción del alcohol informal o ilícito, además de un marco legislativo adecuado y medidas para su efectivo cumplimiento. Estas intervenciones deben complementar, que no reemplazar, las demás intervenciones encaminadas a la reducción del uso nocivo del alcohol.
- 38.** La producción y la venta de alcohol informal están arraigadas en muchas culturas y a menudo no se controlan estrictamente. Así pues, las medidas de control podrían ser diferentes para el alcohol ilícito y el de producción informal, y deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad. Son también importantes las iniciativas tendentes a propiciar fuentes de ingresos alternativas.
- 39.** Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:
- a) un buen control de la calidad por lo que respecta a la producción y la distribución de bebidas alcohólicas;
 - b) regulación de la venta del alcohol de producción informal, sometiéndolo al régimen impositivo vigente;
 - c) un régimen eficaz de medidas de control y de cumplimiento de la ley, incluidos los timbres fiscales;
 - d) desarrollo o fortalecimiento de sistemas de seguimiento y localización del alcohol ilícito;
 - e) medidas que faciliten la necesaria cooperación y el intercambio de información pertinente sobre la lucha contra el alcohol ilícito entre las autoridades a nivel nacional e internacional;
 - f) emisión de las alertas públicas pertinentes sobre los contaminantes y otras amenazas para la salud asociadas al alcohol informal o ilícito.

Esfera 10. Seguimiento y vigilancia

- 40.** Los datos procedentes de la labor de seguimiento y vigilancia constituyen la base del éxito y de la apropiada ejecución de las otras nueve opciones de política. Se requieren medidas de seguimiento y vigilancia a nivel local, nacional e internacional para monitorear la magnitud y las tendencias de los daños relacionados con el alcohol, fortalecer las actividades de promoción, formular políticas, y evaluar el impacto de las

intervenciones. Las actividades de seguimiento deberían permitir también conocer el perfil de las personas que acceden a los servicios y las razones por las cuales las más afectadas no recurren a los servicios de prevención y tratamiento. Como en otros sectores puede haber datos de interés, se requieren buenos sistemas de coordinación, intercambio de información y colaboración para recoger toda la gama de información posiblemente amplia que se necesita a efectos de un seguimiento y una vigilancia completos.

- 41.** El desarrollo de sistemas de información nacionales sostenibles que usen indicadores, definiciones y procedimientos de recogida 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. La recopilación, comparación y análisis sistemáticos y continuos de los datos, la difusión oportuna de la información y la retroalimentación a las instancias normativas y otros interesados directos, deben ser parte integrante de la aplicación de cualquier política e intervención tendente a reducir el uso nocivo del alcohol. La recopilación, el análisis y la difusión de información sobre el uso nocivo del alcohol son actividades que requieren muchos recursos.
- 42.** Las opciones de políticas e intervenciones en esta esfera comprenden:
- a) establecimiento de marcos eficaces para las actividades de seguimiento y vigilancia, con inclusión de encuestas nacionales periódicas sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol y un plan para el intercambio y la difusión de información;
 - b) establecimiento o designación de una institución u otra entidad organizacional encargada de reunir, comparar, analizar y difundir los datos disponibles, incluida la publicación de informes nacionales;
 - c) definición y seguimiento de un conjunto común de indicadores del uso nocivo del alcohol y de respuestas de política e intervenciones para prevenir y reducir ese uso;
 - d) creación de un repositorio de datos a nivel nacional basado en indicadores internacionalmente acordados y comunicación de los datos en el formato acordado a la OMS y a otras organizaciones internacionales pertinentes;
 - e) creación de mecanismos de evaluación con los datos recogidos para determinar la repercusión de las medidas, las intervenciones y los programas puestos en marcha para reducir el uso nocivo del alcohol.

Acción mundial: funciones y componentes principales

- 43.** Dadas la magnitud y la complejidad del problema se necesita una acción mundial concertada para apoyar a los Estados Miembros en la resolución de los desafíos que afrontan a nivel nacional. Mediante la coordinación y la colaboración internacionales se crean las sinergias necesarias y se incrementan los medios a disposición de los Estados Miembros para aplicar medidas basadas en datos objetivos.

44. La OMS, en cooperación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales:

- a) proporcionará liderazgo;
- b) reforzará las actividades de promoción;
- c) formulará, en colaboración con los Estados Miembros, opciones de políticas con base científica;
- d) promoverá la creación de redes y el intercambio de experiencias entre los países;
- e) fortalecerá las alianzas y la movilización de recursos;
- f) coordinará el seguimiento de los daños relacionados con el alcohol y los progresos que realizan los países para resolver el problema.

45. La OMS y los demás asociados internacionales adoptarán medidas, conforme a sus respectivos mandatos, para apoyar la ejecución de la estrategia mundial. Las organizaciones internacionales no gubernamentales, las asociaciones profesionales, las instituciones de investigación y los operadores económicos en el ramo del alcohol, tienen todos importantes funciones que cumplir respaldando la acción mundial como se indica a continuación.

- a) Se instará a los principales asociados dentro del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales como la OIT, el UNICEF, la OMC, el PNUD, el UNFPA, el ONUSIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y el grupo del Banco Mundial a que aumenten la colaboración y la cooperación para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol, especialmente en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.
- b) La sociedad civil tiene un importante papel que desempeñar advirtiendo acerca de las repercusiones del uso nocivo del alcohol en las personas, las familias y las comunidades, asumiendo un compromiso adicional y aportando más recursos para reducir los daños relacionados con el alcohol. Se alienta especialmente a las organizaciones no gubernamentales a que creen amplias redes y grupos de acción en apoyo de la ejecución de la estrategia mundial.
- c) Las instituciones de investigación y las asociaciones profesionales desempeñan una función central en la generación de datos científicos adicionales para la acción y en su difusión entre los profesionales de la salud y el público en general. Los Centros Colaboradores de la OMS tienen un importante papel que cumplir prestando apoyo a la ejecución y la evaluación de la estrategia mundial.
- d) Los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio de alcohol son actores importantes en su calidad de desarrolladores, productores, distribuidores, comercializadores y vendedores de bebidas alcohólicas. Se los exhorta especialmente a que estudien medios eficaces de prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol en el marco de sus funciones básicas antes mencionadas, incluidas las medidas e iniciativas de autorregulación. También podrían contribuir proporcionando datos sobre la venta y el consumo de bebidas alcohólicas.

- e) Los medios de comunicación desempeñan un papel cada vez más importante, no sólo como transmisores de noticias e información sino también como canal de comunicaciones comerciales, por lo que se los alentará a que presten apoyo a los fines y las actividades de la estrategia mundial.

Promoción y alianzas en materia de salud pública

- 46. Se necesitan actividades de promoción y alianzas en materia de salud pública en el plano internacional para reforzar el compromiso y la capacidad de los gobiernos y de todas las partes pertinentes en todos los niveles a fin de reducir el uso nocivo del alcohol en el mundo entero.
- 47. La OMS está empeñada en crear mayor conciencia acerca de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y de los pasos que pueden darse para prevenir y reducir ese uso a fin de salvar vidas y mitigar el sufrimiento. La OMS colaborará con otras organizaciones intergubernamentales internacionales y, cuando proceda, con los órganos internacionales que representan a las principales partes interesadas para que los actores pertinentes puedan contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol.
- 48. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
 - a) creando conciencia acerca de la magnitud de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y promoviendo la adopción de las medidas apropiadas en todos los niveles para prevenir y paliar esos problemas;
 - b) preconizando que en los programas de las organizaciones internacionales e intergubernamentales pertinentes se preste atención al tema del uso nocivo del alcohol a fin de mantener la coherencia de las políticas entre el sector sanitario y otros sectores en los planos regional y mundial;
 - c) promoviendo y facilitando la coordinación, la colaboración las alianzas y el intercambio de información en el plano internacional con miras a la creación de las necesarias sinergias y la adopción de medidas concertadas entre todas las partes pertinentes;
 - d) velando por la coherencia, la solidez científica y la claridad de los mensajes fundamentales acerca de la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol;
 - e) promoviendo la creación de redes y el intercambio de experiencias entre los países;
 - f) facilitando la creación de redes en el plano internacional con objeto de abordar problemas concretos y similares (por ejemplo, problemas específicos de grupos indígenas u otros grupos minoritarios, o cambios de los hábitos de bebida de los jóvenes);
 - g) propiciando la debida consideración por las partes en negociaciones comerciales internacionales, regionales y bilaterales de la necesidad y la posibilidad de que las administraciones nacionales y subnacionales regulen la distribución, la venta y el

marketing del alcohol, y de ese modo gestionen los costos sanitarios y sociales relacionados con el alcohol;

- h) velando por que la Secretaría de la OMS establezca procedimientos para trabajar con las organizaciones no gubernamentales y otros grupos de la sociedad civil, teniendo en cuenta cualquier conflicto de intereses que pueda plantearse en algunas organizaciones no gubernamentales;
- i) prosiguiendo su diálogo con el sector privado sobre la manera en que éste puede contribuir mejor a reducir los daños relacionados con el alcohol. Se prestará la debida atención a los intereses comerciales en juego y a su posible conflicto con los objetivos de salud pública.

Apoyo técnico y creación de capacidad

- 49.** Muchos Estados Miembros necesitan una mayor capacidad para crear, aplicar y mantener los marcos normativos y jurídicos y los mecanismos de implementación que se precisan. Con la acción mundial se respaldarán las medidas nacionales mediante la elaboración de mecanismos sostenibles y la facilitación de la orientación normativa y los instrumentos técnicos que el apoyo técnico y la creación de capacidad requieren para ser eficaces, con especial referencia a los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios. Esas medidas deben ser conformes con los contextos, las necesidades y las prioridades nacionales. La creación de la infraestructura necesaria para dar respuestas de política eficaces en los países con una carga más alta o creciente atribuible al alcohol es un requisito importante para alcanzar objetivos más amplios en materia de salud pública y desarrollo.
- 50.** La OMS está resuelta a cooperar con otros actores pertinentes en los planos regional y mundial a fin de dar orientación y apoyo técnicos con miras al fortalecimiento de la capacidad institucional para afrontar los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. La OMS se centrará especialmente en la prestación de apoyo y la creación de capacidad en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.
- 51.** La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
 - a) documentando y difundiendo modelos idóneos de respuestas de los servicios sanitarios a los problemas relacionados con el alcohol;
 - b) documentando y difundiendo las mejores prácticas y modelos de respuesta de diferentes sectores a los problemas relacionados con el alcohol;
 - c) aprovechando la competencia técnica en otras áreas, como seguridad vial, fiscalidad y justicia, junto con la competencia en salud pública a fin de diseñar modelos eficaces para prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol;
 - d) facilitando orientación normativa sobre intervenciones de prevención y tratamiento efectivas y costoeficaces en diferentes entornos;
 - e) estableciendo y fortaleciendo redes mundiales, regionales e interpaíses a fin de ayudar a compartir las mejores prácticas y facilitar la creación de capacidad;

- f) respondiendo a las solicitudes de apoyo de los Estados Miembros para sus actividades encaminadas a crear la capacidad necesaria para comprender las implicaciones del comercio internacional y los acuerdos comerciales para la salud.

Producción y difusión de conocimientos

- 52. La vigilancia de las tendencias del consumo de alcohol de los daños atribuibles al alcohol y de las respuestas de la sociedad, así como el análisis de esa información y la facilitación de su oportuna difusión serán importantes esferas de acción a nivel mundial. Los conocimientos disponibles sobre la magnitud del uso nocivo del alcohol y la costoeficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas se seguirán consolidando y ampliando sistemáticamente a nivel mundial, especialmente la información sobre la epidemiología del uso de alcohol y los daños relacionados con éste, el impacto del uso nocivo del alcohol en el desarrollo económico y social, y la propagación de enfermedades infecciosas en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.
- 53. La OMS concibió el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud y sus componentes regionales para la presentación dinámica de los datos sobre los niveles y las pautas de consumo de alcohol, las consecuencias sanitarias y sociales atribuibles al alcohol, y las respuestas de política en todos los niveles. El mejoramiento de los datos mundiales y regionales sobre el alcohol y la salud requiere la elaboración de sistemas de seguimiento nacionales, la presentación sistemática de datos a la OMS por los puntos focales designados, y el fortalecimiento de las actividades de vigilancia pertinentes.
- 54. La OMS está decidida a colaborar con los socios que corresponda para definir el programa internacional de investigaciones sobre el alcohol y la salud, crear capacidad de investigación, y promover y apoyar las redes y proyectos internacionales de investigación a fin de generar y difundir datos que sirvan de base para la elaboración de políticas y programas.
- 55. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
 - a) proporcionando un centro de intercambio internacional de información sobre intervenciones efectivas y costoeficaces para reducir el uso nocivo del alcohol, incluidas la promoción y facilitación del intercambio de información acerca de servicios de tratamiento eficaces;
 - b) fortaleciendo el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud y la evaluación comparativa de riesgos en relación con la carga de morbilidad atribuible al alcohol;
 - c) elaborando o perfeccionando mecanismos apropiados de reunión de datos, utilizando datos comparables e indicadores y definiciones acordados, a fin de facilitar la recogida, la comparación, el análisis y la difusión de datos a nivel mundial, regional y nacional;
 - d) facilitando la creación de redes nacionales y mundiales que apoyen y complementen las actividades nacionales, con especial referencia a la producción de conocimientos y el intercambio de información;

- e) prosiguiendo su colaboración con las redes internacionales de científicos y expertos en salud para promover las investigaciones sobre diversos aspectos del uso nocivo del alcohol;
- f) facilitando estudios comparativos de la eficacia de diferentes medidas de política aplicadas en distintos contextos culturales y de desarrollo;
- g) facilitando la investigación operacional para ampliar las intervenciones eficaces y las investigaciones sobre la relación entre el uso nocivo del alcohol y las inequidades sociales y sanitarias.

Mobilización de recursos

- 56.** La magnitud de la morbilidad y la carga social atribuibles al alcohol está en franca contradicción con la disponibilidad de recursos en todos los niveles para reducir el uso nocivo del alcohol. En las iniciativas mundiales de desarrollo se debe tener en cuenta que los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios necesitan apoyo técnico - en forma de ayudas y competencias - para establecer y reforzar las políticas y los planes nacionales de prevención del uso nocivo del alcohol y crear infraestructuras apropiadas, en particular en los sistemas de atención de salud. Los organismos de desarrollo podrían considerar la reducción del uso nocivo del alcohol como una esfera prioritaria en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios con una alta carga de morbilidad atribuible al uso nocivo del alcohol. La asistencia oficial para el desarrollo brinda oportunidades de crear capacidad institucional sostenible en esta esfera en esos países, al igual que los mecanismos de colaboración entre los países en desarrollo. En este sentido, se exhorta a los Estados Miembros a apoyarse mutuamente en la aplicación de la estrategia mundial mediante la cooperación internacional y la asistencia financiera, incluida la asistencia oficial para el desarrollo en el caso de los países en desarrollo.
- 57.** La OMS se ha comprometido a ayudar a los países que lo soliciten a movilizar recursos y poner en común los recursos disponibles en apoyo de la acción mundial y nacional encaminada a reducir el uso nocivo del alcohol en las esferas que se consideren prioritarias.
- 58.** La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
- a) promoviendo el intercambio de experiencias y prácticas idóneas en relación con la financiación de las políticas e intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol;
 - b) estudiando medios nuevos o innovadores de conseguir financiación suficiente para la ejecución de la estrategia mundial;
 - c) colaborando con los asociados internacionales, los asociados intergubernamentales y los donantes para movilizar los recursos necesarios a fin de prestar apoyo a los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios en sus actividades de reducción del uso nocivo del alcohol.

Ejecución de la estrategia

- 59.** Para aplicar con provecho la estrategia se requerirá una acción concertada por parte de los Estados Miembros, una gobernanza mundial eficaz y la adecuada participación de todos los interesados directos pertinentes. Todas las medidas enumeradas en la estrategia se proponen para facilitar el logro de los cinco objetivos.
- 60.** La Secretaría informará regularmente sobre la carga mundial de daños relacionados con el alcohol, formulará recomendaciones basadas en la evidencia y preconizará la adopción de medidas en todos los niveles para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol. Colaborará con otras organizaciones intergubernamentales y, cuando corresponda, con otros órganos internacionales que representen a interesados directos clave, para conseguir que las medidas encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol reciban la prioridad y los recursos necesarios.

Vínculos e interfaces con otras estrategias, planes y programas

- 61.** Esta estrategia mundial aprovecha iniciativas regionales, como el Marco de política en materia de alcohol en la Región de Europa de la OMS (resolución EUR/RC55/R1), la Estrategia regional de reducción de los daños relacionados con el alcohol en la Región del Pacífico Occidental (resolución WPR/RC57.R5), el Control del consumo de alcohol - opciones de política en la Región de Asia Sudoriental (resolución SEA/RC59/R8), los Problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol en la Región del Mediterráneo Oriental (resolución EM/RC53/R.5) y las Medidas destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de África (documento AFR/RC58/3).
- 62.** El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo principales destacados en el Plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (resolución WHA61.14). La estrategia de reducción del uso nocivo del alcohol tiene en cuenta, vinculándose a ellos, los demás factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y los programas contra enfermedades específicas de este tipo, en especial la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (resolución WHA57.17), el control del tabaco (resolución WHA56.1), la promoción de la salud y modos de vida sanos (resolución WHA57.16), y la prevención y el control del cáncer (resolución WHA58.22).
- 63.** La estrategia también está vinculada y armonizada con otras actividades afines llevadas a cabo en la OMS, en particular con el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, incluyéndose aquí la prevención del suicidio y el manejo de otros trastornos por abuso de sustancias así como las actividades programáticas en materia de violencia y salud (resolución WHA56.24), seguridad vial y salud (resolución WHA57.10), salud y desarrollo del niño y del adolescente (resolución WHA56.21) y salud reproductiva (resolución WHA57.12).
- 64.** A la luz de la evidencia más reciente, se está prestando mayor atención a la relación entre el uso nocivo del alcohol y algunas enfermedades infecciosas y entre el consumo nocivo de alcohol y el desarrollo. La estrategia también está vinculada con los programas actuales de la OMS sobre el VIH/sida y la tuberculosis y con la labor de la Organización encaminada a reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud (resolución WHA62.14) y a alcanzar los objetivos

de desarrollo relacionados con la salud, en particular los recogidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (resolución WHA58.30).

65. La implementación de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol proporciona a las oficinas regionales de la OMS un marco propicio para formular, reexaminar y aplicar políticas específicas para cada región y, junto con las oficinas en los países, prestar apoyo técnico a los Estados Miembros. Se hará hincapié también en la coordinación dentro de la Secretaría para que todas las actividades que guardan relación con el uso nocivo del alcohol estén en consonancia con esta estrategia.

Vigilancia de los progresos y mecanismos de presentación de informes

66. A fin de vigilar los progresos realizados, la estrategia debe incluir a diferentes niveles mecanismos apropiados para las tareas de evaluación, presentación de informes y reprogramación. Se necesita un marco con una perspectiva centrada en el impacto para evaluar la consecución de los objetivos de la estrategia.
67. La Encuesta Mundial de la OMS sobre el Alcohol y la Salud y el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud serán componentes importantes de los mecanismos de vigilancia y presentación de informes. Se procederá a ajustar los instrumentos de recogida de datos de este último para incluir la información pertinente que se comunique sobre el proceso y los resultados de la aplicación de la estrategia a nivel nacional.
68. La celebración de reuniones periódicas de las redes mundiales y regionales de homólogos nacionales es de utilidad para las discusiones técnicas sobre la aplicación de la estrategia mundial a diferentes niveles. Además de hacer un balance sobre la marcha del proceso, los participantes en esas reuniones podrán analizar en detalle otros aspectos prioritarios y temas de interés para la aplicación.
69. Se informará a los Estados Miembros sobre la aplicación de la estrategia mundial mediante informes regulares que se presentarán a los comités regionales de la OMS y a la Asamblea de la Salud. También debería presentarse información sobre la aplicación y los progresos en los foros regionales e internacionales y en las reuniones intergubernamentales pertinentes.

RESOLUCIÓN DE LA 63.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (MAYO 2010)

WHA63.13 ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol¹ y el proyecto de estrategia mundial recogido en su anexo;

Recordando las resoluciones WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol,

1. **HACE SUYA** la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;
2. **AFIRMA** que la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles y determinar esferas prioritarias para la acción mundial; y que se trata de una serie de opciones de política y medidas que pueden estudiarse para aplicarlas y adaptarlas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública, y los recursos y capacidades;
3. **INSTA** a los Estados Miembros:²
 - 1) a que adopten y apliquen la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol según sea oportuno, con el fin de complementar y respaldar las políticas de salud pública de los Estados Miembros destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y a que movilicen la voluntad política y los recursos financieros necesarios para tal fin;
 - 2) a que continúen aplicando las resoluciones WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol, y WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;
 - 3) a que velen por que la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol refuerce las iniciativas nacionales destinadas a proteger a las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo del alcohol de terceros;

¹ Documento A63/13.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 4) a que velen por que la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol quede reflejada en los sistemas de seguimiento nacionales y por que se informe periódicamente al respecto al sistema de información de la OMS sobre el alcohol y la salud;
- 4. PIDE a la Directora General:**
- 1) que asigne una prioridad suficientemente alta en la Organización a la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol y la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, y que asegure los recursos financieros y humanos suficientes a todos los niveles;
 - 2) que colabore con los Estados Miembros y les proporcione apoyo, según proceda, en la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y el fortalecimiento de las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;
 - 3) que siga de cerca los progresos en la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y que informe al respecto, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, cuarto informe)

ANEXO 1

INFORME DE LA SECRETARÍA¹ A LA 63.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (MAYO 2010)

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL: PROYECTO DE ESTRATEGIA MUNDIAL

1. En su resolución WHA61.4 (Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol), la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que presentara a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. La Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a que colaboraran con la Secretaría en la elaboración de un proyecto de estrategia mundial, y además pidió a la Directora General que colaborara y realizara consultas con los Estados Miembros, y que consultara a las organizaciones intergubernamentales, los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y los operadores económicos sobre el modo en que podrían contribuir a la reducción del uso nocivo del alcohol.
2. La Secretaría ha elaborado una estrategia mediante un proceso de colaboración amplio e integrador con los Estados Miembros. En esa tarea tuvo en cuenta los resultados de las consultas celebradas con otros interesados sobre la manera en que podían contribuir a la reducción del uso nocivo del alcohol. El proyecto de estrategia se basa en las mejores prácticas existentes y en los datos disponibles demostrativos de la eficacia y la costoeficacia de las estrategias y las intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol; esos datos se resumen en el anexo 2.
3. El proceso de consulta dio comienzo con una audiencia pública celebrada a través de la web del 3 de octubre al 15 de noviembre de 2008, que ofreció a los Estados Miembros y otras partes interesadas la oportunidad de presentar propuestas sobre la manera de reducir el uso nocivo del alcohol. En noviembre de 2008 se organizaron en Ginebra dos mesas redondas, una con organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud y otra con operadores económicos, a fin de recabar opiniones sobre la forma en que esos interesados podrían contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol. Posteriormente se celebró una consulta con algunas organizaciones intergubernamentales (Ginebra, 8 de septiembre de 2009).²
4. La Secretaría comenzó la labor relacionada con el proyecto de estrategia preparando un documento de trabajo para proseguir las consultas con los Estados Miembros. Ese documento se elaboró sobre la base de los debates celebrados por los órganos deliberantes de la OMS y en varias reuniones de comités regionales, así como de las conclusiones de esos órganos relacionadas con esferas conexas, como las enfermedades no transmisibles, la salud mental, la violencia y la prevención de los traumatismos, el cáncer, la familia y la salud comunitaria, los determinantes sociales de la salud, el VIH/sida y el comercio y la salud. En su contenido también se tuvieron en cuenta los resultados de

¹ Originalmente presentado como documento A63/13.

² El sitio web de la OMS contiene más información sobre el proceso de aplicación de la resolución WHA61.4 y enlaces a los distintos documentos mencionados en el presente informe; véase: http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.

las actividades técnicas de la Secretaría sobre el alcohol y la salud, incluidas las reuniones pertinentes de expertos técnicos. El documento se envió a los Estados Miembros y se publicó en el sitio web de la OMS.

5. Entre febrero y mayo de 2009 tuvieron lugar seis consultas técnicas regionales, a las que asistieron las personas designadas por los gobiernos de 149 Estados Miembros. En las Oficinas Regionales de la OMS para África, Europa y el Mediterráneo Oriental se celebraron tres consultas. Los Gobiernos del Brasil, Tailandia y Nueva Zelandia organizaron las consultas para los Estados Miembros de la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, respectivamente. En todas esas consultas regionales se invitó a los Estados Miembros a dar a conocer su opinión sobre las posibles esferas de acción y coordinación a nivel mundial indicadas en el documento de trabajo y sobre la mejor manera de tener en cuenta en la estrategia las necesidades y prioridades de los países. También, se alentó a los Estados Miembros a facilitar información sobre los procesos nacionales y subregionales en curso que podrían contribuir a la elaboración de la estrategia, y a dar ejemplos de las mejores prácticas, en particular en relación con las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo de alcohol de terceros.
6. Para preparar un documento de trabajo con miras a la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, la Secretaría se basó en los resultados de las consultas regionales con los Estados Miembros, y tuvo en cuenta las conclusiones del anterior proceso de consulta con todas las partes interesadas sobre la manera en que podrían contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol. El texto resultante contenía información de antecedentes y propuestas de fines, objetivos y principios rectores de una estrategia mundial, esferas de acción y un conjunto de medidas de política e intervenciones que podrían aplicar los Estados Miembros a nivel nacional. El documento de trabajo se envió a los Estados Miembros en agosto de 2009, con una invitación a que presentaran observaciones por escrito sobre su contenido, y se publicó en el sitio web de la OMS. La Secretaría recibió respuestas por escrito de 40 Estados Miembros.
7. Con el fin de proseguir la colaboración con los Estados Miembros sobre el proyecto de estrategia, la Secretaría organizó una consulta oficiosa con ellos el 8 de octubre de 2009 en Ginebra; el objetivo era estudiar las respuestas recibidas sobre el documento de trabajo y ofrecer a los Estados Miembros la oportunidad de proporcionar orientación adicional para concluir un proyecto de estrategia mundial. Así pues, la Secretaría ultimó dicho proyecto teniendo presentes también los resultados de esa consulta oficiosa.
8. En enero de 2010, en su 126.^a reunión,¹ el Consejo Ejecutivo examinó una versión previa del presente informe y el proyecto de estrategia. Durante la reunión se celebraron asimismo conversaciones sobre el proyecto de estrategia mundial en un grupo de trabajo oficioso copresidido por Cuba y Suecia. Se alcanzó el consenso sobre un texto revisado. El Consejo adoptó la resolución EB126.R11, en la que recomendaba a la Asamblea de la Salud que hiciera suya la estrategia mundial.

Intervención de la Asamblea de la Salud

9. Se invita a la Asamblea de la Salud a adoptar la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB126.R11.

¹ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la undécima sesión.

ANEXO 2

DATOS DEMOSTRATIVOS DE LA EFICACIA Y COSTOEFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

1. En los últimos años se ha acumulado un corpus sustancial de conocimientos sobre la viabilidad, la eficacia y la costoeficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol. La mayor parte de esos datos proceden de países de altos ingresos, aunque el número de estudios referentes a los países de ingresos bajos y medios no cesa de crecer. En el presente anexo se resumen brevemente las conclusiones principales de las investigaciones que podrán servir de base para la elaboración de políticas y programas destinados a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.
2. Por muchos motivos, se debe hacer hincapié en la educación y la información, incluida la noción de que la población debe saber y comprender qué significa el uso nocivo del alcohol y los riesgos conexos para la salud, aun cuando la base evidencial indique que el impacto de los programas educativos sobre el uso nocivo del alcohol sea pequeño. Para ser provechosa, la educación acerca del alcohol no debe conformarse con proporcionar información sobre los riesgos del uso nocivo del alcohol sino que también ha de fomentar la disponibilidad de intervenciones eficaces, movilizar a la opinión pública y prestar apoyo a la adopción de políticas idóneas en la materia.
3. Existe un amplio acervo de datos, procedentes de un gran número de exámenes sistemáticos realizados en diversos contextos sanitarios de diferentes países, sobre la utilidad de la identificación temprana y el asesoramiento breve de quienes hacen un uso del alcohol peligroso y nocivo. Según esos datos, el asesoramiento más intensivo no parece ser más eficaz que el menos intensivo. Las terapias cognitivo-conductuales y los tratamientos farmacológicos tienen efectos positivos en el tratamiento de la dependencia del alcohol y los problemas conexos. También se debería considerar la posibilidad de ofrecer un tratamiento integrado de las patologías concomitantes, como la hipertensión, la tuberculosis y el VIH/sida, así como de recurrir a grupos de autoayuda.
4. Un componente importante de los programas de acción comunitaria, que se ha demostrado que modifica la pauta de consumo de alcohol de los jóvenes e incide en los daños relacionados con el alcohol como los accidentes de tránsito y los actos de violencia, es la promoción en los medios de comunicación. Otro método de la acción comunitaria en los países de bajos ingresos ha consistido en alentar a las comunidades a movilizar a la opinión pública para abordar los determinantes locales del aumento de los niveles del uso nocivo del alcohol.
5. Hay sólidos datos que respaldan la conclusión de que un límite suficientemente bajo de la concentración de alcohol en sangre (0,02% a 0,05%) es eficaz para reducir el número de víctimas a causa de la conducción bajo los efectos del alcohol. Tanto las pruebas de alcoholemia aleatorias realizadas en forma intensiva, en las cuales la policía detiene sistemáticamente a los conductores al azar para controlar su concentración de

alcohol en sangre, como las selectivas, en las cuales se detiene a los vehículos y se somete a una prueba de alcoholemia a los conductores sospechosos de conducir bajo los efectos del alcohol, permiten reducir los traumatismos y defunciones relacionados con el alcohol. Hay pruebas de que tienen cierta eficacia medidas como la fijación de límites más bajos de las concentraciones de alcohol en sangre (incluido el nivel cero) para los conductores jóvenes o noveles, la suspensión administrativa del permiso de conducir en caso de constatare una concentración de alcohol en sangre superior al límite establecido, el asesoramiento o el tratamiento obligatorio de los trastornos relacionados con el alcohol, y el uso de dispositivos de bloqueo del arranque en el caso de conductores ebrios reincidentes. Una actuación policial firme, acompañada de pruebas de alcoholemia aleatorias o selectivas, seguidas en su caso de sanciones eficaces, es una medida fundamental, que debería ser apoyada mediante campañas sostenidas de publicidad y concienciación.

6. La evidencia obtenida en diversos entornos demuestra que es importante que exista un marco jurídico para reducir la disponibilidad física de alcohol, que incluya restricciones tanto de la venta como del servicio de alcohol. Contar con un régimen de licencias para la venta de alcohol permite ejercer un control, ya que la infracción de la ley se puede sancionar mediante la revocación de la licencia. La aplicación de leyes que establecen una edad mínima para la compra de alcohol redundan en una clara disminución del número de víctimas debidas al alcohol al volante y otros daños relacionados con el alcohol. El medio más efectivo de hacer cumplir la ley es centrarse en los vendedores, que tienen un interés comercial en conservar el derecho a vender alcohol. El aumento de la densidad de los puntos de venta de alcohol se asocia con el incremento de los niveles de consumo de alcohol entre los jóvenes, el aumento de los niveles de agresión y otros daños como homicidios, maltrato y abandono de niños, lesiones autoinfligidas y lesiones por accidentes de tránsito, aunque sobre esto último hay pruebas menos contundentes. La limitación del horario o los días de venta de bebidas alcohólicas permite reducir el número de problemas relacionados con el alcohol, incluidos los homicidios y agresiones.
7. Un volumen creciente de pruebas procedentes de estudios longitudinales sobre los jóvenes señalan el impacto que diversas formas de marketing del alcohol tienen en la iniciación de los jóvenes a la bebida y en la adopción de pautas de bebida más arriesgadas. Algunos resultados son objeto de controversia, en parte debido a las dificultades metodológicas. Para ser eficaces, los regímenes de reglamentación del marketing tienen que contar con incentivos suficientes para el éxito; en general, los marcos reglamentarios funcionan mejor cuanto mayor es la presión que se ejerce desde los poderes públicos, y sólo pueden funcionar en la medida en que prevean exámenes por terceros de las denuncias de violaciones. Se necesitan sanciones y la amenaza de sanciones para hacer cumplir las normas.
8. Cuanto más asequible es el alcohol - ya sea porque su precio es más bajo o porque la gente tiene más ingresos disponibles - más se consume y mayor es la magnitud de los daños conexos tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos. La modelización muestra que cuando se fija un precio mínimo por gramo de alcohol se reduce el consumo y los daños relacionados con el alcohol. Se estima que tanto el aumento del precio como la fijación de un precio mínimo tienen un impacto mucho mayor en los bebedores que consumen más que en aquellos que consumen menos. Los experimentos naturales consecutivos a tratados económicos han demostrado que a medida que se han reducido los impuestos y rebajado los precios del alcohol para

contrarrestar el comercio transfronterizo, también la venta y el consumo de alcohol así como los daños relacionados con éste, por lo general, han aumentado.

- 9.** Algunos datos indican que el diseño de los locales donde se sirven bebidas alcohólicas concebido en función de la seguridad así como el empleo de personal de seguridad, en parte para disminuir las posibilidades de episodios de violencia, permiten reducir los daños relacionados con el alcohol. Aun cuando las intervenciones para modificar la conducta de quienes sirven alcohol parezcan ineficaces por sí solas, pueden ser eficaces cuando están respaldadas por actuaciones de la policía o los inspectores de licencias de venta de alcohol encaminadas a hacer cumplir la ley. El enfoque de reducción de daños se puede apoyar en una promoción más enérgica de productos que tengan una concentración más baja de alcohol, junto con advertencias sanitarias obligatorias en los envases de los productos alcohólicos. Aunque esas advertencias no produzcan cambios en el comportamiento de consumo de alcohol, inciden en la intención de modificar las pautas de consumo y recuerdan a los consumidores los riesgos asociados con el consumo de alcohol.
- 10.** Se debe disponer de una buena capacidad científica, técnica e institucional para planificar y aplicar las medidas nacionales, regionales e internacionales apropiadas. También son importantes un buen conocimiento del mercado y una correcta comprensión de la composición y la producción del alcohol informal o ilícito, además de un marco legislativo adecuado y medidas para su activo cumplimiento de la ley. Las medidas de control deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad.
- 11.** En el sitio web de la OMS se presentará una bibliografía de las principales fuentes de datos.¹

¹ http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html (consultado el 20 de noviembre de 2009).

ANEXO 3

RESOLUCIÓN DE LA 61.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA61.4 ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

La 61.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol¹ y las orientaciones adicionales sobre estrategias y opciones de políticas que figuran en él;

Reafirmando las resoluciones WHA32.40, sobre ejecución del programa de la OMS sobre problemas relacionados con el alcohol, WHA36.12, sobre consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol: establecimiento de políticas y programas nacionales, WHA42.20, sobre prevención y lucha contra el alcoholismo y el uso indebido de drogas, y WHA57.16, sobre promoción de la salud y modos de vida sanos;

Recordando la resolución WHA58.26, sobre problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y la decisión WHA60(10);

Tomando nota del informe de la Secretaría presentado a la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre estrategias e intervenciones de base fáctica para disminuir los daños relacionados con el alcohol, incluido el addendum sobre la evaluación mundial de los problemas de salud pública provocados por el consumo nocivo de alcohol;²

Tomando nota del segundo informe del Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol³ y reconociendo que se dispone de estrategias e intervenciones eficaces dirigidas a la población en general, a grupos y personas vulnerables, y a problemas específicos, que se deberían combinar de modo óptimo con el fin de reducir los daños relacionados con el alcohol;

Consciente de que esas estrategias e intervenciones se tienen que aplicar de modo tal que se tengan en cuenta los diferentes contextos nacionales, religiosos y culturales, incluidos los problemas, las necesidades y las prioridades nacionales de la salud pública, y las diferencias de recursos, capacidades y medios de los Estados Miembros;

Profundamente inquieta por la magnitud de los problemas de salud pública asociados al uso nocivo del alcohol, incluidas las lesiones y la violencia, y los posibles vínculos con determinadas enfermedades transmisibles, lo que agrava la carga de morbilidad, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados;

1 Documento A61/13.

2 Documentos A60/14 y A60/14 Add.1.

3 OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 944, 2007.

Consciente de que la cooperación internacional para reducir los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol se está intensificando, y de que se precisa movilizar el necesario apoyo a escala mundial y regional,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que colaboren con la Secretaría en la elaboración de un proyecto de estrategia mundial sobre uso nocivo del alcohol basada en toda la evidencia disponible y las prácticas óptimas existentes, con el fin de prestar apoyo y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros, haciendo especial hincapié en un planteamiento integrado de protección de las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo de otros;
- 2) a que, interactuando con las partes interesadas pertinentes, desarrollen sistemas nacionales para monitorear el consumo de alcohol, sus consecuencias sanitarias y sociales y las respuestas normativas, e informen periódicamente a los sistemas regionales y mundiales de información de la OMS;
- 3) a que, según convenga y donde proceda, se planteen el reforzamiento de las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, basándose en datos sobre la eficacia y la costoeficacia de las estrategias e intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol obtenidos en diferentes contextos;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que prepare un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol basado en toda la evidencia disponible y las prácticas óptimas existentes y que incorpore las opciones normativas pertinentes, teniendo en cuenta los diferentes contextos nacionales, religiosos y culturales, incluidos los problemas, las necesidades y las prioridades nacionales de la salud pública, y las diferencias de recursos, capacidades y medios de los Estados Miembros;
- 2) que vele por que el proyecto de estrategia mundial contemple un conjunto de posibles medidas recomendadas, que los Estados habrían de aplicar a escala nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de cada país;
- 3) que incluya todos los pormenores de los procesos regionales, subregionales y nacionales en curso y emergentes, como contribuciones vitales a la estrategia mundial;
- 4) que colabore y realice consultas con los Estados Miembros y consulte a las organizaciones internacionales, los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y los operadores económicos, sobre el modo en que podrían contribuir a la reducción del uso nocivo del alcohol;
- 5) que presente a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

ANEXO 4

RESOLUCIÓN DE LA 58.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (MAYO 2005)

WHA58.26 PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA CAUSADOS POR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

La 58.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;¹

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

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

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

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

Alarmada por la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias del consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos Estados Miembros;

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

¹ Documento A58/18.

² *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

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

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

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

Consciente de que hay que responsabilizar a las personas para que tomen decisiones positivas que cambien sus vidas en aspectos tales como el consumo de alcohol;

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

1. PIDE a los Estados Miembros:

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

2. PIDE al Director General:

- 1) que refuerce la capacidad de la Secretaría para prestar asistencia a los Estados Miembros en la vigilancia de los daños relacionados con el alcohol y fortalezca las pruebas empíricas y científicas de la eficacia de las políticas;
- 2) que estudie la posibilidad de intensificar la cooperación internacional para reducir los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y movilice los apoyos necesarios a nivel mundial y regional;
- 3) que examine también la posibilidad de realizar nuevos estudios científicos sobre distintos aspectos del posible impacto del consumo de alcohol en la salud pública;
- 4) que informe a la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre las estrategias e intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir los daños relacionados

con el alcohol, incluyendo una evaluación completa de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;

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

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 –
Comisión B, cuarto informe)



alcohol

El uso nocivo del alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en el mundo. Se calcula que en 2004 murieron por causas relacionadas con el alcohol unos 2,5 millones de personas en todo el mundo, entre ellas 320 000 jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad.



ESCAPE DEL LABERINTO DEL
USO NOCIVO DE SUSTANCIAS Y
AYUDE A MEJORAR LA SALUD MUNDIAL

Contacto

Organización Mundial de la Salud,
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias,
20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza
Tel: + 41 22 791 21 11
Email: msb@who.int
www.who.int/substance_abuse

ISBN 978 92 4 359993 9



9 789243 599939