

Políticas para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes:

UN ENFOQUE AMBIENTAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Políticas para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes:

Un enfoque ambiental

Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven
Área de Salud Familiar y Comunitaria

Control de tabaco, Alcohol y Abuso de Otras Drogas
Desarrollo Sustentable y Salud Ambiental

Unidad Evaluación y Gestión de Riesgos
Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Políticas para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes: un enfoque ambiental.

Washington, D.C: OPS © 2008.

ISBN 978 92 7 532 833 0

I. Título

1. VIOLENCIA -- prevención & control
2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS -- prevención & control
3. SALUD DEL ADOLESCENTE
4. CONDUCTA DEL ADOLESCENTE
5. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

NLM WS 462

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Área Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA).

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C 20037
EE.UU

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras. La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Equipo técnico del proyecto

Matilde Maddaleno
Alberto Concha-Eastman
Sara Marques
Ana Isabel Moreno

Revisión técnica

Maristela Monterio

German Technical Cooperation (GTZ)

Prolongación Arenales 801
Lima 18, Perú
Teléfono: (511) 422-9067
gtz-peru@pe.gtz.de

Autores

Anthony Ramírez
Catalina Ruge
Instituto del Pacífico para la Investigación y la Evaluación (PIRE)

Esta publicación se ha elaborado en el marco de la Promoción del Desarrollo de la Juventud y del Proyecto de Prevención de la Violencia (OPS y GTZ)

Tabla de Contenidos

Presentación	7
I. Introducción	9
II. Índices de consumo de alcohol en Latinoamérica y el Caribe	11
III. Consumo de alcohol y violencia juvenil.	15
Costos de la violencia	15
Los efectos del alcohol	15
IV. Estrategias para abordar la violencia relacionada con el alcohol.	19
Un enfoque ambiental.	19
1. Políticas dirigidas a reducir el acceso de los jóvenes al alcohol (mediante el control del suministro)	20
1.1 Aumento de los precios	20
1.2. Edad legal mínima autorizada para el consumo de alcohol	21
1.3 Control de los horarios de apertura (restricciones de las ventas)	21
1.4 Controles de la ubicación y densidad de los puntos de venta de alcohol	22
1.5 Sanciones apropiadas a las infracciones (imposición de la ley)	23
1.6 Controles del cumplimiento.	23
2. Políticas eficaces en relación con los entornos de alto riesgo	24
2.1 Servicio de bebidas alcohólicas responsable	24
2.2 Eliminación de los <i>happy hours</i> y de ofertas como “todo lo que usted pueda beber”	25
2.3 Estrategias de control local	25
3. Otras políticas dirigidas a reducir el acceso de los jóvenes al alcohol	26
3.1 Restricciones de la publicidad del alcohol	26
4. Prevención de la conducción en estado de ebriedad	27
4.1 Leyes de tolerancia cero	27
4.2 Puntos de control de sobriedad.	27
5. Programas dirigidos a las personas	28
5.1 Tamizaje e intervenciones breves	28
5.2 Educación en la escuela	28

V. Recomendaciones	31
VI. Anexos	35
Anexo 1 Reglamento en materia de alcohol	35
Anexo 2 Restricciones de la venta de alcohol para su consumo fuera del establecimiento y nivel de imposición del cumplimiento	36
Anexo 3 Estudio de caso número 1: <i>Prevención de la violencia en Diadema, Brasil</i>	36
Anexo 4 Estudio de caso número 2: <i>El Viejo San Juan y el Código de Orden</i>	37
VII. Bibliografía	39

Presentación

Según el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* preparado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 2003, América Latina es el área con mayor impacto de violencia en el mundo. La tasa promedio de homicidio en jóvenes entre 15 y 29 años es de 101,7 por 100.000 en hombres, y de 11,5 por 100.000 en mujeres, siendo el homicidio la manifestación más extrema de la violencia. Se calcula que por cada asesinato hay entre 20 y 40 víctimas -adultas y jóvenes- que se han involucrado en actos de violencia sin consecuencias mortales, pero que requieren atención hospitalaria. Los adolescentes y jóvenes constituyen la población más afectada por situaciones violentas (abuso físico, sexual, verbal y emocional, o abandono), y ya sea como testigos, víctimas o agresores, la posibilidad de que tengan un desarrollo sano se ven limitadas.

En casi todos los países de América Latina se reconoce que la violencia que afecta a los jóvenes es un problema político y de salud pública. Su prevalencia no solamente tiene repercusiones en el desarrollo juvenil, sino que también afecta los fundamentos democráticos de la sociedad y es responsable por costos humanos, económicos y sociales enormes.

Los gobiernos dedican recursos considerables a la lucha contra la violencia juvenil; sin embargo, muchas iniciativas fracasan porque se ha invertido poco en la evaluación de impacto de los proyectos y en la participación de los jóvenes en el proceso.

El Proyecto Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia, financiado por el Gobierno alemán e implementado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Cooperación Técnica Alemana (GTZ), tiene como objetivo mejorar la participación de los jóvenes en la gestión de los programas de desarrollo juvenil y prevención de la violencia en los países seleccionados —Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú.

En este contexto, una de las principales líneas de acción es la gerencia de conocimientos, que busca generar evidencia de experiencias y políticas exitosas en la prevención de la violencia relacionada con jóvenes en la Región, desde una perspectiva de salud pública que incorpora género, desarrollo y participación.

Esta publicación, *Políticas para la reducción de la violencia relacionadas con el alcohol en los jóvenes: un enfoque ambiental*, es un componente de los esfuerzos en la gerencia de conocimientos, y esperamos que contribuya a fortalecer las capacidades de los profesionales que trabajan en esta temática en los diferentes países.

Matilde Maddaleno	Alberto Concha-Eastman	Wilfried Liehr	Ana Isabel Moreno
Asesora regional	Asesor regional	Asesor principal	Coordinadora regional
Salud del Adolescente	Prevención de Violencia	Proyecto Fomento del	Proyecto Fomento del
Proyecto de Salud del Recién	y Lesiones	Desarrollo Juvenil y Prevención	Desarrollo Juvenil y
Nacido, Niño y Joven	Unidad Evaluación y	de la Violencia Juvenil	Prevención de la Violencia
Área de Salud Familiar	Gestión de Riesgos	Cooperación Técnica	Cooperación Técnica
y Comunitaria	Área de Desarrollo Sostenible	Alemana-GTZ	Alemana-GTZ
Organización Panamericana	y Salud Ambiental		
de la Salud	Organización Panamericana		
Organización Mundial de la Salud	de la Salud		
	Organización Mundial de la Salud		

I. Introducción

En Latinoamérica y el Caribe (ALC), se considera que el aumento de la violencia constituye una de las amenazas más apremiantes para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Las principales causas de muerte entre jóvenes de 10 a 19 años en la Región son el suicidio, los accidentes automovilísticos y los homicidios. De estos últimos, veintinueve por ciento de todos los que tienen lugar en ALC, ocurren en este grupo etario (Breinbauer y Maddelano, 2005).

El alcohol suele ser un factor importante de causa de muerte y lesiones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol provoca 3,2% de las defunciones anuales a nivel mundial (1,8 millones) - lo que equivale al 4% de la carga global de enfermedades- y existen relaciones causales entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y lesiones (WHO, 2002)¹. El consumo de alcohol constituye también un factor de riesgo de muchos otros problemas graves, tales como traumatismos, ahogo por inmersión, quemaduras, delitos contra la propiedad, relaciones sexuales de alto riesgo, síndrome alcohólico fetal, intoxicación alcohólica y necesidad de tratamiento por abuso y dependencia etílica.

La reducción del consumo nocivo de alcohol y de la violencia entre los jóvenes constituye una prioridad para muchos países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, es escasa la investigación llevada a cabo en la Región en cuanto a la eficacia de las estrategias para prevenir o reducir la violencia juvenil relacionada con el alcohol. Como consecuencia, los funcionarios de salud pública y los profesionales dedicados a la prevención -especialmente a escala local- disponen de poca orientación para seleccionar estrategias que sean potencialmente eficaces.

El objetivo de este documento es proporcionar un completo resumen de las estrategias y políticas obtenidas desde un enfoque ambiental, las que aportan evidencia en cuanto a la prevención o reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes a nivel regional. Las estrategias y políticas incluidas en este documento pueden clasificarse en dos grupos: 1) estrategias y políticas que tratan directamente de reducir el acceso de los jóvenes² al alcohol, y 2) estrategias y políticas que intervienen en las condiciones de su consumo. Las primeras buscan prevenir o reducir la violencia relacionada con el consumo de alcohol a partir del supuesto de que los jóvenes tienen mayores probabilidades de incurrir en comportamientos violentos cuando están bajo la influencia del alcohol, por lo que la restricción al acceso a bebidas alcohólicas probablemente reduciría la violencia juvenil; y las segundas operan a partir del supuesto de que existe una mayor probabilidad de que los jóvenes (y los adultos) incurran en comportamientos violentos en ciertas circunstancias o condiciones en las que es probable que exista un alto consumo de alcohol, como en bares o acontecimientos deportivos.

Este documento se divide en tres secciones: la primera trata de forma resumida el tema del consumo de alcohol en los jóvenes y su influencia en la violencia juvenil en ALC; también proporciona información

1 *The World Health Report 2002* - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization, 2002. Available at: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

2 En este informe, se definen a los jóvenes como las personas de edades comprendidas entre los 10 y los 29 años, en concordancia con la definición señalada en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Krug, 2002).

básica sobre la importancia de abordar la prevención del consumo del alcohol como un medio para prevenir o reducir la violencia; la segunda sección proporciona un resumen de las estrategias y políticas de prevención ambiental que se han mostrado como reductoras de la violencia relacionada con el

alcohol en los jóvenes, e incluye algunos ejemplos llevados a cabo en la Región; y la tercera contiene recomendaciones sobre nuevas iniciativas y señala aquellas áreas que requieren investigación y evaluación adicionales.

II. Índices de consumo de alcohol en Latinoamérica y el Caribe

El consumo de alcohol contribuye de manera significativa a la ocurrencia de daños físicos, sociales y mentales en los habitantes de Latinoamérica y el Caribe. Según Rehm y Monteiro (2005), el consumo medio de alcohol per cápita en la Región era a la fecha 50% mayor que el consumo a escala mundial (8,9 vs. 5,8 litros, respectivamente) y una porción sustancial de ese consumo se producía en forma de episodios de ingesta excesiva e irregular. En ALC, 4,8% de todas las defunciones y 9,7% de todos los cambios de vida por discapacidad (AVAD) ocurridos en el año 2000 fueron atribuibles al consumo de alcohol, lo que lo sitúa como el más importante factor de morbilidad y enfermedad, por encima del tabaquismo.

Aunque los índices de consumo de alcohol en los jóvenes varían considerablemente en toda la Región, en general se trata de una sustancia ampliamente consumida, tanto por jóvenes por debajo de la edad legal mínima permitida para consumir alcohol (18 años en la mayoría de países) como por adultos jóvenes de 18 a 29 años. Los datos del informe comparativo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, basado en encuestas llevadas a cabo en escuelas a escala nacional y en niños de 13 a 17 años de edad en el Caribe, indicaban que la prevalencia del consumo de alcohol en el curso de la vida oscilaba del 58% en mujeres de Guyana a 78.6% en mujeres en Barbados (Figura 1). Las tasas de consumo de alcohol notificadas en el mes anterior (Figura 1) indicaban que 35% de los alumnos de Belice habían consumido alcohol durante el mes anterior, en comparación con 29,7% de Barbados y 18% de Guyana (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2003).

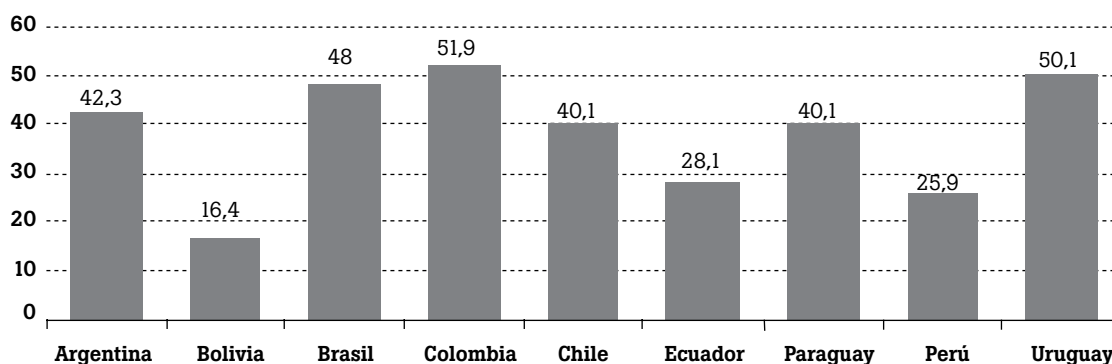
Una encuesta reciente sobre el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de 13 a 17 años de edad en nueve países sudamericanos (Gráfico 1) también

FIGURA 1 Índices de consumo de alcohol por género en determinados países del Caribe

País	Género	Consumo en el curso de la vida	Consumo en el año anterior	Consumo en el mes anterior
Barbados	Mujeres	78,6	56	28,7
	Varones	78,4	57	30,9
	Total	78,6	56,5	29,7
Belice	Mujeres	69,7	51,3	29,7
	Varones	77,4	60,6	40,3
	Total	73,6	55,9	35
Guyana	Mujeres	58	30,4	15,7
	Varones	66,2	42,2	20,8
	Total	61,7	35,7	18

mostró tasas variables de consumo durante los 30 días anteriores (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2006). Los alumnos de Colombia presentaban las tasas de prevalencia más altas (51,9%) seguidos por los de Uruguay (50,1%). Por el contrario, los alumnos de Bolivia (16,4%) mostraban las menores tasas de consumo durante los 30 días anteriores, seguidos por los del Perú (25,9%).

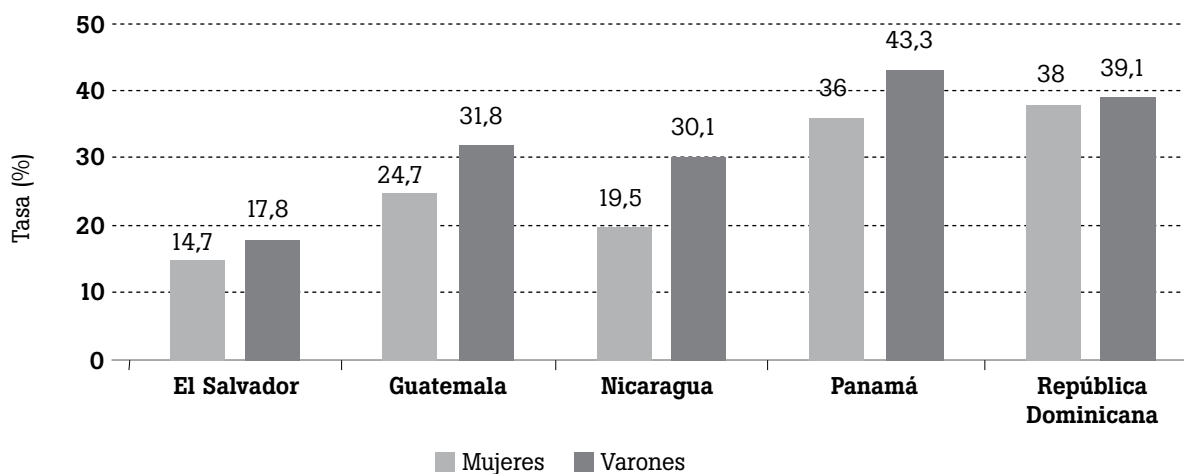
GRÁFICO 1 Alcohol, prevalencia (%) del consumo durante los 30 días anteriores, por países



En una encuesta llevada a cabo en 2003 entre alumnos de 13 a 17 años de edad en cuatro países centroamericanos y en República Dominicana, se desprendió que los adolescentes hombres en Panamá (43,3%) y las adolescentes mujeres en República Dominicana (38%) mostraban las tasas

más elevadas de consumo de alcohol durante el mes anterior (Gráfico 2). En El Salvador, tanto hombres como mujeres indicaron las cifras más bajas (18 y 15% respectivamente) (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2004).

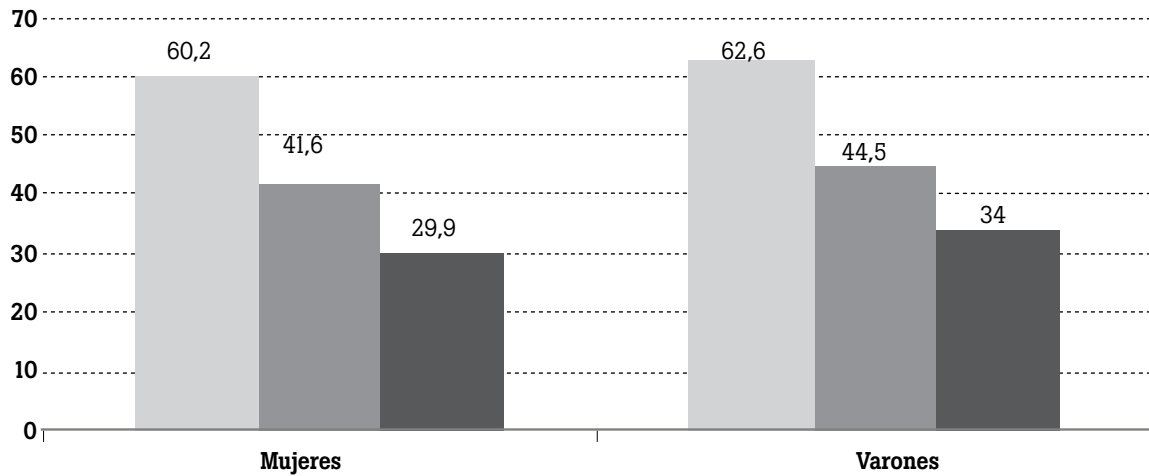
GRÁFICO 2 Prevalencia del consumo de alcohol durante el mes anterior, por género y país



Un estudio llevado a cabo a más de 10.000 alumnos de escuelas secundarias elementales y superiores de Ciudad de México arrojó que 61% de los estudiantes había consumido alcohol por lo menos una vez en el curso de su vida, y de ellos casi 32% indicaba haberlo hecho durante el mes anterior. De este grupo (Gráfico 3), un 34% son hombres y un 29% son mujeres. En términos generales, 60,2% de las adolescentes mujeres y 62,6% de los adolescentes hombres consumieron alcohol en algún momento de sus vidas (Romero Mendoza et al., 2005).

Encuestas recientes llevadas a cabo en ALC entre jóvenes de 18 a 29 años también muestran altos niveles de consumo de alcohol en este grupo etario. En un cuestionario sobre el consumo de alcohol administrado a una muestra de costarricenses de 18 años y más, el número de consumidores de alcohol era mayor entre los encuestados del grupo de 18 a 29 años, que entre el de 30 a 44 años, o 45 años o más. Además, casi 47% de los hombres y 20% de las mujeres del grupo de 18 a 29 años consumían alcohol en exceso en forma frecuente, o poco frecuente (Bejarano-Orozco, 2005).

GRÁFICO 3 Consumo de alcohol entre alumnos de escuelas secundarias en México, por género



El mismo cuestionario se administró en Buenos Aires, Argentina. Al igual que en Costa Rica, los hombres y mujeres de 18 a 29 años de edad referían un consumo de alcohol más frecuente y excesivo que el de otros grupos de edad. Cincuenta y dos por ciento de los hombres de 18 a 29 años referían cinco o más consumos de alcohol al menos una vez

durante el año anterior, en comparación con 26% del grupo de edad de 30 a 44 años, y con 21% del grupo de 45 años o más. En cuanto a las mujeres, 69,2% admitieron cinco o más ingestas de alcohol al menos una vez durante el año anterior, en comparación con 18% de las mujeres de 30 a 44 años y casi un 13% de las de 45 años y más (Munné, 2005).

III. Consumo de alcohol y violencia juvenil

COSTOS DE LA VIOLENCIA

La criminalidad y la violencia³ impiden el crecimiento y el progreso porque erosionan el desarrollo del capital humano, destruyen el capital social y consumen recursos del gobierno que podrían destinarse a otras finalidades (Ayres, 1998). Algunos investigadores también han argumentado que la criminalidad y la violencia se encuentran entre los obstáculos clave para el crecimiento de los países en desarrollo, incluidos algunos países de la Región (Cercone, 1994; Moser y van Bronkhorst, 1999).

Se calcula que el costo de la violencia es de 14,2% del producto interno bruto regional (PIB) (Londoño y Guerrero, 2002). En Colombia, el gasto público en seguridad y justicia criminal en 1996 representaba el 5% del PIB del país (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999). *El informe mundial sobre la violencia y la salud* de la Organización Mundial de la Salud (2002a) calculaba que la tasa de homicidios juveniles en la Región de las Américas era de 36,3 por 100.000 habitantes, el doble de la tasa africana de 17,6 por 100.000.

En América Latina, tanto los perpetradores como las víctimas de la violencia son principalmente hombres jóvenes. Moser y van Bronkhorst (1999), en su estudio sobre la violencia juvenil en ALC, afirman que aproximadamente 80% de los delitos violentos son cometidos por hombres -la mayoría menores de 35 años- con un número cada vez mayor de menores de 14. En Río de Janeiro (1995), 91% de las víctimas de homicidio fueron hombres, y 57% pertenecía a edades comprendidas entre 15 y 29 años (Moser y van Bronkhorst, 1999). Los autores también afirman que las mujeres jóvenes afrontan altos niveles de violencia,

más frecuentemente como víctimas, que como perpetradoras.

LOS EFECTOS DEL ALCOHOL

La investigación antropológica sobre el alcohol citada en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS (2002a) indica que los efectos del alcohol sobre la violencia varían según la cultura y no pueden aplicarse de forma universal.⁴ Asimismo, otro estudio llevado a cabo a escala mundial ha demostrado que existe una relación entre la violencia y el consumo de sustancias (alcohol y drogas). Osgood (1998), en su extenso análisis de la investigación sobre el consumo de alcohol y drogas y la violencia en los adolescentes, observó que -a pesar de las discrepancias sobre si el comportamiento violento en los jóvenes provoca un incremento del abuso de sustancias, o si este constituye un factor causante de comportamientos violentos posteriores - sí existe relación entre la violencia y el consumo de drogas y esta relación se mantiene para los diferentes tipos de sustancias (alcohol y otras drogas ilícitas) y tipos de violencia.

³ La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (WHO, 1996). En este documento la violencia juvenil hace referencia a aquella en la que participan los jóvenes como perpetradores o como víctimas. Esta violencia puede manifestarse de diversas formas que incluyen la intimidación, la violencia de bandas, la agresión sexual, el suicidio, y las agresiones en las calles, bares y clubes nocturnos.

⁴ La nota descriptiva de la OMS *Violencia juvenil y alcohol* (2006a) señala que en los Estados Unidos se ha registrado una relación más estrecha entre el alcohol y las peleas en los jóvenes mexicano-norteamericanos que en los jóvenes blancos no hispanos.

El estudio del Banco Mundial *La voz de los pobres* (2002), que encuestó a personas de escasos recursos de las zonas rurales de 60 países, notificó que “como consecuencia de la creciente precariedad de los medios de vida, la exclusión de servicios e instituciones, la pérdida de la cohesión social y la mayor exposición a factores negativos tales como el crimen y el alcohol, la vida empezó a ser menos segura, más marginal y con más amenazas en los últimos decenios”.

Esta relación también se ha demostrado mediante estudios basados en los cambios de los índices de mortalidad, lesiones y criminalidad luego de restricciones de alcohol o de incremento en la oferta del mismo en diversas poblaciones, por ejemplo Groenlandia, Micronesia, y entre los aborígenes australianos (WHO, 2002b). Además, la investigación mostró que en países de ingresos medios y altos, con datos fidedignos y extensos con respecto a las defunciones y las lesiones violentas tratadas en los servicios de urgencia hospitalarios, las tasas de homicidios y lesiones no mortales en los jóvenes (incluidos los de 15 a 18 años de edad) son particularmente sensibles a los cambios en los factores de riesgo sociales y comunitarios. Estos factores incluyen la oferta de alcohol.

El resumen de las políticas sobre *Violencia interpersonal y alcohol* (2006b) de la Organización Mundial de la Salud, señala que el consumo nocivo de alcohol y la violencia interpersonal actúan como catalizadores recíprocos, y citan numerosos estudios que demuestran su vinculación. Entre ellos:

- En Rusia, aproximadamente tres cuartas partes de las personas detenidas por homicidio habían consumido alcohol poco antes del incidente.
- En Sudáfrica, 44% de las víctimas de violencia interpersonal creían que su agresor estaba bajo los efectos del alcohol.
- En Tianjin, China, en un estudio llevado a cabo entre presidiarios se observó que 50% de los perpetradores de agresiones habían consumido alcohol antes del incidente.

El resumen de las políticas sobre *Violencia interpersonal y alcohol* señala que el consumo nocivo de alcohol reduce el autocontrol y la capacidad para procesar la información, por lo tanto reduce la capacidad de un bebedor para reconocer los signos

de alerta en situaciones potencialmente violentas, convirtiéndole en un objetivo fácil para los agresores. Los estudios relacionados al consumo nocivo de alcohol por parte de las víctimas de la violencia han descubierto que:

- Entre las víctimas de lesiones violentas que acudieron a servicios de urgencia de seis países, el porcentaje de personas en las que se detectaba consumo previo de alcohol iba desde 24% en Argentina, hasta 43% en Australia.
- En Sao Paulo, Brasil, 42% de las víctimas de homicidio habían consumido bebidas alcohólicas antes de su muerte y en 46% de las víctimas de agresión que acudían a un centro de traumatología se detectaba consumo previo de alcohol.
- Entre 1999 y 2001, entre 43 y 90% de las víctimas que acudían a los servicios de traumatología de los hospitales de tres ciudades sudafricanas se detectaba consumo previo de alcohol.

El consumo de alcohol no sólo se vincula con actos violentos, sino con una intensificación de la violencia. El estudio de Martín y Bachmann (1997) sobre situaciones de asalto o agresión, comparó lo severo de los actos violentos cometidos por agresores que consumieron alcohol antes de perpetrarlos, con aquellos que no consumieron. En las situaciones donde no había consumo previo de alcohol, 42 % de los incidentes de agresión pasaron de las simples amenazas a los ataques físicos. En situaciones en donde sí hubo ingesta de alcohol, el porcentaje subió a 50.

La evidencia ha demostrado también que el consumo de alcohol aumenta la frecuencia y gravedad de la violencia doméstica (Brecklin, 2002; Weinsheimer et al., 2005). Por ejemplo, Ramirez et al., (1992) observaron que 26% de las mujeres de zonas urbanas en México que buscan orientación, manifestaban que los malos tratos por parte de sus parejas habían sido exacerbados por la intoxicación.

En un estudio epidemiológico sobre violencia llevado a cabo en los años 90 en Ciudad de México, Cali y Caracas, Londoño y Guerrero (1999) observaron que:

- La mayoría de las víctimas de homicidio tenían edades comprendidas entre 15 y 29 años.

- La mayoría de las víctimas de homicidio eran hombres, y las mujeres eran con más frecuencia víctimas de violencia interpersonal sin consecuencias fatales.
- Los homicidios generalmente se producían a últimas horas de la tarde o en la madrugada, durante los fines de semana y días festivos.
- Existía un fuerte vínculo entre el alcohol y la violencia, tanto en el agresor como en la víctima.
- Los bares y otros lugares públicos en los que se consumía alcohol, a menudo eran escenario de actos violentos.

En su estudio sobre la percepción de la violencia en los habitantes de nueve comunidades urbanas pobres de Guatemala, Moser y McIlwaine (2001) describen cómo la violencia social fuera del hogar se vincula primordialmente con el alcohol. Al respecto señalan que:

El consumo excesivo de alcohol en las nueve comunidades constituye un importante problema en sí mismo, y también por su vinculación con otros tipos de violencia. Fuera del hogar se relaciona estrechamente con peleas y disturbios callejeros en las cantinas locales, mientras que al interior del hogar se vincula con la violencia intrafamiliar, especialmente contra la mujer y los niños. La violencia relacionada con el consumo o abuso de sustancias (alcohol y drogas) está vinculada con 23% de todos los problemas relacionados con la violencia en las comunidades estudiadas; la violencia relacionada con el alcohol representaba como promedio el 10% de todos los problemas relacionados con la violencia.

La relación entre la violencia juvenil y el consumo de alcohol está documentada ampliamente en los informes más recientes sobre los jóvenes y la violencia patrocinados por organizaciones internacionales. En el *World Report on Violence against Children* [Informe mundial sobre la violencia contra los niños] de las Naciones Unidas (2006), el alcohol se cita sistemáticamente como un “factor de riesgo inmediato de la violencia que afecta a los niños y los jóvenes” y como “un factor importante de la violencia con-

tra los niños en entornos comunitarios”. Según el informe, el alcohol constituye uno de los tres factores que conducen sistemáticamente a incidentes de violencia juvenil.⁵

Entre las observaciones citadas en el documento de las Naciones Unidas que han vinculado el consumo de alcohol con la violencia juvenil, se incluyen:

- Que en los estudios realizados para detectar las causas de lesiones en jóvenes con necesidad de cuidado hospitalario, el consumo de alcohol fue detectado en forma sistemática.
- En Finlandia, 45% de todos los incidentes violentos relatados por adolescentes de 12 a 18 años estaban vinculados con el consumo de alcohol por parte del agresor o la víctima.
- En Filipinas, 14% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad referían lesiones físicas como consecuencia de actos violentos durante los tres meses anteriores, y esa violencia se relacionaba de forma significativa con el consumo de alcohol.
- Entre los adolescentes de 10 a 18 años que participaron en la encuesta de Salud de Juventud del Caribe, el consumo de alcohol durante el año anterior se relacionaba de forma significativa con la violencia y uso de armas, tanto en hombres como en mujeres.

La nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre *Violencia juvenil y alcohol* (2006a) confirma el vínculo entre el consumo de alcohol y la violencia juvenil y reitera que “el consumo de alcohol es por sí mismo un factor de riesgo para la violencia juvenil”. Entre las observaciones citadas se incluyen:

- En Inglaterra y Gales, los hombres de 18 a 24 años de edad que refieren episodios de intensa embriaguez al menos una vez al mes, tuvieron más del doble de probabilidades de haberse visto envueltos en alguna pelea durante el año anterior -y las mujeres más del cuádruple- en comparación con los bebedores regulares pero sin episodios de borrachera.
- En Israel, los adolescentes de 11 a 16 años de edad que referían un consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en cada ocasión y que se habían emborrachado alguna vez, tenían el

⁵ Los otros dos factores son el acceso a las armas de fuego y el entorno físico

doble de probabilidades de cometer un acto con intimidación, cinco veces más probabilidades de lesionarse en una pelea y seis veces más probabilidades de llevar armas, en comparación con los adolescentes de la misma edad sin antecedentes de embriaguez ni borracheras prolongadas.

También se han observado intensas conexiones entre el maltrato infantil⁶ y el consumo de alcohol en exceso. Los estudios han mostrado de forma sistemática que la presencia de un padre o madre con antecedentes de consumo nocivo o peligroso de alcohol incrementa el riesgo de maltrato infantil (Dube et al., 2001; Walsh, MacMillan y Jamieson, 2003). La nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud sobre *Maltrato infantil y alcohol* (2006c) señala que la mayoría de los escasos estudios que cuantifican la conexión del consumo de alcohol y el maltrato infantil se han llevado a cabo en países con ingresos altos. Entre las observaciones de esos países se incluye:

- En Alemania, alrededor de 32% de los perpetradores de maltrato infantil con conse-

cuencias letales estaban bajo los efectos del alcohol en el momento del crimen.

- En Estados Unidos, 35% de los padres o madres perpetradores de maltrato infantil habían consumido alcohol o drogas en el momento del incidente.

La mayoría de los estudios sobre la vinculación entre la violencia juvenil y el alcohol se han llevado a cabo en países desarrollados; sin embargo, pueden ser válidos para países en desarrollo al explicar la relación entre el consumo de alcohol y la violencia. La razón es que está demostrado “que las tendencias culturales de la juventud se propagan rápidamente desde los países desarrollados a los países en desarrollo, junto con las nuevas pautas de consumo de alcohol” (WHO, 2002b). Según la nota descriptiva de la OMS sobre *Violencia juvenil y alcohol* (2006a), el aumento reciente del consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes en lugares en que tradicionalmente era bajo (por ejemplo en Israel o Filipinas), puede indicar que “se está propagando internacionalmente una cultura juvenil de consumo excesivo de alcohol”.

⁶ Se define el maltrato infantil como cualquier forma física o emocional de maltrato, abuso sexual, abandono, trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, que ocasiona un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (WHO, 2006c).

IV. Estrategias para abordar la violencia relacionada con el alcohol

A nivel de salud pública, en ALC existe preocupación tanto por el consumo de alcohol como por la violencia entre la juventud. Este problema representa un costo enorme para los países en cuanto a la atención de salud, bajo rendimiento escolar, pérdida de productividad laboral, seguridad personal y pública y calidad de vida básica.

A escala mundial, los gobiernos han aplicado una serie de estrategias, programas y políticas encaminados a reducir el acceso de la juventud al alcohol, y como consecuencia a los problemas relacionados con su consumo. Las iniciativas de prevención abarcan desde proyectos escolares orientados a desarrollar en los niños aptitudes de resistencia al consumo (por ejemplo, formación en habilidades para la vida) hasta campañas de educación pública que divulgan los peligros del alcohol y políticas públicas dirigidas a modificar los entornos que facilitan el consumo.

En el *World Report on Violence Against Children* (2006), las Naciones Unidas presentan 16 recomendaciones para la prevención de la violencia comunitaria contra y entre los jóvenes. Una de estas recomendaciones es reducir el acceso al alcohol y a las armas, incluidas las armas de fuego. En concreto, la recomendación declara:

“Los gobiernos deben asegurar una amplia prevención, y esta requiere la reducción tanto de la oferta como de la demanda de estos dos importantes factores de riesgo de violencia comunitaria, y se deben incluir medidas tales como las reformas en la fijación de los precios y en la reglamentación, la imposición del cumplimiento de las leyes y la educación pública”.

La siguiente sección se dedica a detallar las estrategias de prevención integral orientadas a limitar el acceso al alcohol como medio para reducir la violencia juvenil.

UN ENFOQUE AMBIENTAL

A mediados de los años 70 se produjo un cambio en el abordaje de la prevención del consumo nocivo de alcohol y otras drogas (AOD). Desde entonces se ha considerado cada vez más como un problema de salud pública, en lugar de tratarse desde un punto de vista exclusivamente médico, que lo percibe como una enfermedad que afecta a los individuos. La influencia de este cambio ha tenido como consecuencia la aparición y elaboración de nuevas estrategias centradas en la ejecución de políticas que promueven entornos saludables, en contraposición a las que tratan exclusivamente a los individuos para modificar su comportamiento.

Este enfoque ambiental se basa en el concepto de que el comportamiento de las personas, incluido el consumo de AOD, está intensamente determinado por su entorno, incluidos los mensajes e imágenes emitidos por los medios de difusión, las normas de la comunidad y de otros grupos sociales, la oferta de sustancias, y otros factores. Por tanto, la prevención eficaz requiere modificaciones apropiadas de los procesos físicos, legales, económicos y socioculturales de la comunidad en general, que contribuyen al consumo y a los problemas relacionados con él (Holder, 1998). Al abordar los factores ambientales, este método de prevención difiere de las estrategias más tradicionales orientadas a los individuos, que tienden a dar por sentado el entorno y los riesgos que impone, y en cambio enfatizan en la mejora de las capacidades de los individuos para resistir a sus tentaciones.

Según los partidarios de las estrategias de salud pública y los investigadores que promueven el enfoque ambiental, los problemas relacionados con el consumo de AOD son el resultado de una interacción compleja entre el consumo individual de bebidas alcohólicas o drogas ilegales y los entornos culturales, económicos, físicos, políticos y sociales inmediatos (Edwards et al., 1994). No todos los jóvenes que consumen AOD incurren en conductas violentas, pero ciertos entornos aumentan la probabilidad de aparición de tales comportamientos. Por ejemplo, los actos violentos ocurren con mayor probabilidad entre los hombres, durante las horas vespertinas, en los establecimientos que dispensan alcohol o cerca de éstos, y cuando se consumen drogas ilícitas o alcohol en exceso. Se trata de entornos específicos y, por consiguiente, las políticas promovidas por los gobiernos (federales, estatales o locales) deben preocuparse de estos ambientes de alto riesgo.

A continuación se presenta una lista de políticas y estrategias dirigidas a reducir la violencia relacionada con el alcohol que afecta a los jóvenes. El primer tipo de medidas pretende reducir el acceso de los jóvenes al alcohol mediante la regulación del suministro; y el segundo tiene como objetivo los entornos de alto riesgo que contribuyen a la aparición de la violencia.

1. Políticas dirigidas a reducir el acceso de los jóvenes al alcohol (mediante el control del suministro)

Según se mencionaba anteriormente, los jóvenes y los adultos que consumen bebidas alcohólicas tienen mayores probabilidades de participar en actos violentos o convertirse en víctimas de éstos, en forma de violencia intrafamiliar, agresiones o actos delictivos. Por consiguiente, es imperativo para las autoridades nacionales y comunitarias de América Latina y el Caribe (ALC) promover y ejecutar políticas que dificulten el acceso de los jóvenes al alcohol. Las siguientes medidas tienen como finalidad evitar o reducir este acceso, mediante restricciones generales en cuanto a dónde, cómo y a quién se vende alcohol.

1.1. Aumento de los precios

Las políticas públicas encaminadas a aumentar el precio del alcohol, especialmente a través del alza de impuestos, se han mostrado eficaces para reducir

no sólo el consumo entre los jóvenes, sino también el índice de consumo de alcohol en general, número de intoxicaciones y de episodios de conducción bajo los efectos del alcohol. La premisa básica de tales políticas es que si suben los precios del alcohol, baja el consumo, y si bajan los precios, el consumo aumenta (Edwards et al., 1994). Carlini et al. (2002) han indicado que en Brasil, el bajo precio de ciertas bebidas alcohólicas (la *cachaça*, por ejemplo), ha contribuido al aumento del consumo de alcohol, especialmente entre los jóvenes. Chaloupka, Grossman y Saffer (2002) examinaron diversos estudios sobre la influencia del precio en el consumo de alcohol entre jóvenes de 16 a 21 años de edad en Estados Unidos, y observaron que el aumento del valor tenía mayor efecto en los bebedores constantes que en los ocasionales, recalcando el hecho de que el consumo excesivo o peligroso de alcohol se vincula más estrechamente a comportamientos violentos que el consumo esporádico.

Grossman y Markowitz (2001) analizaron la repercusión del precio de las bebidas alcohólicas sobre los homicidios y otros actos delictivos, incluidos violaciones, robos, agresiones, violencia doméstica y maltrato infantil. Sus estudios indicaron una reducción de 4% en el número de estudiantes universitarios implicados anualmente en actos violentos, hecho atribuyeron a un aumento de 10% en el precio del alcohol.

La evidencia demuestra que los precios del alcohol tienen un impacto en el nivel de consumo y los problemas relacionados, sin embargo, el precio real del alcohol ha disminuido en muchos países durante los últimos decenios. Según Babor et al., (2003) uno de los motivos de la disminución del valor de venta ha sido el fracaso de los gobiernos para aumentar los niveles de impuestos en forma proporcional a los niveles de inflación. La experiencia de Europa y Estados Unidos indica que las iniciativas dirigidas a incrementar los impuestos a las bebidas alcohólicas son parcialmente obstaculizadas por las fuertes presiones de la industria del alcohol.

Babor et al., (1993) también señalan que el incremento de los impuestos a las bebidas alcohólicas tiene como inconveniente la aparición de potenciales alternativas o sustitutos, en particular en forma de contrabando o producción ilegal en el país. Muchas bebidas alcohólicas que se fabrican en forma masiva también pueden ser elaboradas a nivel doméstico, como es el caso del mezcal y el aguar-

diente en México, la cachaza en Brasil, la chicha en Bolivia y el pisco en Perú. Estas alternativas caseras son más difíciles de vigilar y controlar, tanto en su producción, como en su venta.

1.2. Edad legal mínima autorizada para el consumo de alcohol

Las leyes de edad legal mínima para consumir alcohol (MLDA, por sus siglas en inglés *Minimum legal drinking age*) establecen una edad mínima para adquirir o consumir bebidas alcohólicas. En la mayoría de los países del mundo, es el gobierno federal el que establece estas leyes.

Varios estudios demuestran que mientras más joven se comienza a consumir alcohol, es más probable que este se convierta en un problema en la edad adulta y aparezcan trastornos de salud a corto y largo plazo. York et al., (2004) observaron que las probabilidades de un consumo excesivo de alcohol o de dependencia en etapas posteriores de la vida aumentan en 12% por cada año que disminuye la edad de inicio del consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres. También señalaron que cuanto antes empieza una persona a consumir alcohol, mayor es el grado de intoxicación alcohólica habitual durante los acontecimientos que típicamente se asocian al consumo de alcohol en la edad adulta. En 2003, un análisis de la Encuesta Nacional de los Estados Unidos sobre el consumo de Drogas y la Salud llegó a la misma conclusión. El informe de la encuesta señaló que los adultos que consumieron alcohol por primera vez antes de los 15 años, admitieron dependencia o consumo excesivo durante el año anterior. Esto es cinco veces mayor que en aquellos que consumieron alcohol por primera vez a los 21 años o más tarde (Oficina de Estudios Aplicados, 2004).

Las leyes de MLDA repercuten sobre las tasas de consumo de alcohol en los jóvenes y en particular

sobre las tasas de accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol en este grupo etario. Cuando en Dinamarca (1995) se estableció en 15 años la edad mínima para comprar bebidas alcohólicas para consumo fuera del establecimiento de venta⁷, los índices de consumo en jóvenes menores de 15 años descendieron durante un período (Moller, 2002). En Estados Unidos, cuando la edad mínima para consumir alcohol pasó de los 18 a los 21 años,⁸ disminuyeron las tasas de consumo de alcohol en las cohortes más jóvenes (O'Malley y Wagenaar, 1991).

Los niveles de acceso al alcohol que actualmente tienen los jóvenes pueden disminuir si se imponen eficazmente las leyes de MLDA. En América Latina y el Caribe (ALC), la MLDA oscila entre los 16 y los 19 años de edad (véase en el apéndice 1 la lista de las edades legales mínimas en que está autorizado el consumo de alcohol en algunos países de ALC). Sin embargo, las leyes de MLDA no se hacen cumplir o sólo se impone su cumplimiento de forma esporádica, y a menudo son desconocidas o poco claras para el público en general. En Brasil, Kerr-Corrêa et al., (2005) observaron que el acceso al alcohol es relativamente fácil, y que la ley que impone una edad mínima para adquirirlo no se cumple. En Argentina, Munné (2005) también refiere que los menores pueden acceder fácilmente a las bebidas alcohólicas en discotecas y otros puntos de venta. Por esas razones, aunque en toda ALC existen leyes de MLDA, sigue sin conocerse ni aprovecharse su repercusión sobre las tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes de la Región. Como medida normativa pública, la exigencia activa de su cumplimiento para restringir el acceso de los jóvenes al alcohol debiera ser una prioridad.

1.3. Control de los horarios de apertura (restricciones de las ventas)

La limitación del acceso supone el establecimiento de regulaciones para la obtención de bebidas alco-

7 Las ventas para consumo fuera del establecimiento (*off-premise sales*) son las ventas de bebidas alcohólicas en comercios en que el consumidor compra las bebidas para consumirlas en otro lugar (tales como los mercados y las tiendas de vinos y licores). Las ventas para consumo en el establecimiento (*on-premise sales*) son las ventas de bebidas alcohólicas en bares, restaurantes y clubes donde el alcohol se consume en el mismo local donde se adquiere.

8 En los Estados Unidos, el incremento de la edad mínima autorizada para el consumo de alcohol hasta los 21 años constituyó un importante logro de salud pública y mejoró la seguridad de los adolescentes. La Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras (NHTSA), un organismo federal, calcula que el incremento de la edad mínima para el consumo de alcohol hasta los 21 años ha evitado más de 23.000 muertes por accidentes de tráfico relacionados con esta causa entre 1975 y 2004 (NHTSA, 2006). En Nueva Zelandia, los accidentes de tránsito y los traumatismos sufrieron un incremento de 12% en varones de 18 a 19 años y de 14% en varones de 15 a 17 años durante los años posteriores a la disminución de la edad legal autorizada para el consumo de alcohol de los 20 a los 18 años. En mujeres, el incremento de las tasas de accidentes fue de 51% entre los 18 y 19 años y de 24% entre 15 y 17 años. Los investigadores calculan que cada año se podrían evitar 400 traumatismos graves y 12 muertes entre los jóvenes de 15 a 19 años si se volviera a incrementar la edad mínima para el consumo de alcohol a 20 años (Kypri, 2006).

hólicas: cuándo, dónde y a quién se vende o se sirve. Por lo tanto, la restricción del acceso a las bebidas alcohólicas incluye una variedad de medidas, desde la monopolización de las ventas hasta las restricciones de estas y la fijación de límites de edad (WHO, 2004a). Algunas de las restricciones más prominentes para la venta de bebidas alcohólicas están constituidas por limitaciones en cuanto a horas, días y puntos de venta, y en cuanto al número y ubicación de estos últimos. Chikritzhs y Stockwell (2002) observaron que un aumento de las horas o los días de venta a menudo provocaba un incremento del consumo de alcohol o de las tasas de actos violentos relacionados con el alcohol, tales como los asaltos. En este mismo estudio se observó que la relación inversa también existía. Babor et al., (2003) también observan que la reducción de las horas y días de venta y del número de puntos de venta se asocia con una reducción del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con este (Babor et al., 2003).

En 1999, en Diadema, Brasil, existían unos 4.800 bares, más de un bar por cada 800 habitantes. En 1999 se cometieron 374 homicidios en el distrito y casi la mitad se produjeron entre las nueve de la noche y las seis de la mañana. En 2002, las autoridades del distrito limitaron los horarios de apertura de los bares de las seis de la mañana a las 11 de la noche. Una evaluación realizada dos años más tarde de la entrada en vigor de la ley demostró una disminución de 45% en los homicidios (se habían evitado unas 273 muertes) y una reducción de la violencia contra la mujer de aproximadamente 26% (se evitaron 224 incidentes violentos) (PIRE, 2004) (Véase el estudio de casos número 1 para obtener una visión más detallada de esta normativa).

Cali, en Colombia, proporciona otro ejemplo de reducción de la violencia asociada con el consumo de alcohol mediante la restricción de los horarios de apertura de los bares y los clubes. A mediados de los años noventa, el alcalde de Cali encargó unas encuestas que revelaron que 40% de las víctimas de violencia y 26% de las víctimas de muertes violentas en la ciudad habían consumido alcohol y presentaban estado de embriaguez. Según Guerrero (2004) el gobierno municipal de Cali analizó las estadísticas del programa DESEPAZ, una iniciativa de diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales, que mostraba que 56% de todos los homicidios se producían durante los tres últimos días de la semana

(viernes, sábado y domingo). Como respuesta, el alcalde promovió y aplicó una ley “semiseca” que obligaba a cerrar los bares y discotecas a la 1 a.m. los días hábiles y a las 2 a.m. los viernes y sábados. Durante un período de seis años, las tasas de homicidio se redujeron de 124 por 100.000 en 1994, a 88 por 100.000 habitantes en 1998 (Concha-Eastman et al., 2002).

De manera análoga, se notificó una reducción de 19,4% del consumo de alcohol per cápita en una comunidad de aborígenes de Australia después de una iniciativa del gobierno para cerrar los bares los jueves, el día en que se producía mayor consumo de alcohol en exceso en esta comunidad. Durante los dos años posteriores a la introducción de las restricciones se produjo una reducción del consumo, la que además se acompañó de una disminución de los ingresos hospitalarios por problemas agudos relacionados con el alcohol, así como de las personas sometidas a custodia policial y de la proporción de delitos violentos notificados los jueves (Gray, Saggars y Sputore, 2000).

1.4. Controles de la ubicación y densidad de los puntos de venta de alcohol

Del mismo modo que las restricciones de las horas y días de venta, la restricción al número de locales o establecimientos que expenden bebidas alcohólicas puede influir en el consumo y en los problemas relacionados con el alcohol. Según Babor et al., (2003), cuanto menos puntos de venta de bebidas alcohólicas existan, más se dificultan las oportunidades de obtener alcohol (por ejemplo, se requiere más tiempo, es más lejos, más incomodo), lo que lleva a una situación que probablemente disuada al joven de consumir. En conclusión, otro tipo de políticas que los gobiernos pueden promover para limitar el acceso de los jóvenes al alcohol y la violencia relacionada con su consumo, es restringir el número de puntos de venta de alcohol en las comunidades.

Las comunidades de los Estados Unidos utilizan tres criterios diferentes para limitar la ubicación y el número de puntos de venta de alcohol:

- Prohibir los puntos de venta de alcohol a una determinada distancia de las escuelas, los centros de atención infantil, los centros juveniles y otros lugares donde se congregan los adolescentes. Por ejemplo, el estado

de California impone una zona de protección de unos 200 metros alrededor de las escuelas, los campos de juegos y los establecimientos juveniles (OJJDP, 1999).

- Prohibir nuevos puntos de venta de alcohol a una determinada distancia de los ya existentes.
- Restringir el número total de puntos de venta de alcohol según la población.

En un estudio reciente, Gruenewald et al., (2006) observaron que la existencia de negocios que venden alcohol incrementa los problemas de violencia en todos los vecindarios donde se concentran. Los investigadores examinaron los datos sobre la violencia en toda California y observaron que las zonas con mayor número de incidentes violentos eran los barrios urbanos y poblaciones pobres con elevados niveles de desorganización comunitaria, pobreza e inestabilidad residencial. En tales ubicaciones, la concentración de bares y tiendas que vendían alcohol aumentaban los problemas de violencia ya existentes en la comunidad. En ALC, varios países no tienen establecidas restricciones en cuanto a la densidad de los puntos de venta (en el apéndice 2 se puede consultar una lista de políticas específicas en relación con la ubicación, la densidad y los horarios de venta).

1.5. Sanciones apropiadas a las infracciones (imposición de la ley)

Las sanciones por infringir las restricciones de la oferta comercial son cruciales para una estrategia integral de prevención. Es importante que la legislación apoye el cumplimiento y la vigilancia de las leyes en materia de alcohol, lo que requiere que las leyes proporcionen a los funcionarios que ejecutan la normativa la autoridad y los recursos adecuados para llevar a cabo sus funciones. La aplicación de sanciones apropiadas a los comerciantes infractores puede reducir o disuadir futuras faltas, mejorando así la salud y seguridad comunitarias. La investigación sobre las medidas disuasorias indica que, para que éstas sean eficaces, debe existir una amenaza creíble de que se va a producir una importante consecuencia negativa. La amenaza se debe percibir como rápida y cierta, y para que se mantenga su efecto, debe percibirse como constante en el curso del tiempo (OJJDP, 1999).

La infracción de las leyes en materia de alcohol

puede conducir a diferentes tipos de sanciones, incluidas las administrativas y penales. Las sanciones administrativas apuntan a la licencia del minorista para vender vinos y licores. Por ejemplo, al dueño de un bar se le puede prohibir la venta de alcohol durante una semana o se le puede imponer una multa de una cantidad específica de dinero si es sorprendido vendiendo alcohol a jóvenes que no cumplen con la edad mínima requerida. La prohibición de vender alcohol durante un período específico tiene una repercusión más inmediata ya que la pérdida de ingresos es también inmediata, mientras que una multa puede no llegar a pagarse o se puede demorar en hacerse efectiva. Las sanciones penales se dirigen a la persona que comete la infracción, no a la licencia. Las sanciones impuestas al infractor pueden incluir multas, encarcelamiento o períodos de prueba. La exigencia proactiva del cumplimiento de las leyes relacionadas con el alcohol por parte de los funcionarios policiales es un componente fundamental para la aplicación de las sanciones apropiadas a los infractores. Sin embargo, la imposición del cumplimiento de estas leyes sigue siendo superficial en ALC (Pyne, Claeson y Carreira, 2002).

1.6. Controles del cumplimiento

Los jóvenes pueden conseguir bebidas alcohólicas de diferentes maneras, incluyendo amigos, miembros de la familia u otros adultos, y también en tiendas y bares, y al diseñar estrategias para reducir el acceso de los jóvenes al alcohol deben tenerse en cuenta todas estas fuentes. En general, las estrategias más eficaces para reducir el acceso de los jóvenes al alcohol son las dirigidas hacia los minoristas.

Los controles rutinarios realizados en lugares de venta de bebidas alcohólicas (tiendas) o en bares, son la estrategia clave para evitar la venta de alcohol a jóvenes. Esto incluye la utilización por parte de los organismos ejecutores legales de compradores menores de edad como agentes para poner a prueba el cumplimiento de las leyes. Grube (1997), al presentar los resultados de un extenso programa aplicado en tres comunidades, observó que los puntos de venta de los sitios experimentales tenían casi la mitad de probabilidades de vender alcohol que los puntos de venta de los sitios de comparación. Preusser, Williams y Weinstein (1994) informaron que un programa de control del cumplimiento en una comunidad dio lugar a una reducción de 58 a 26% de ven-

tas a los agentes policiales menores de edad durante un período de 10 meses, tras tres tandas de exigencia del cumplimiento de la ley.

Aunque los controles del cumplimiento pueden ser una herramienta útil para reducir el acceso de los jóvenes al alcohol, la situación en la Región plantea un reto especial por el hecho de que en algunos países, no todos los minoristas que venden bebidas alcohólicas tienen licencia oficial, por lo que los funcionarios gubernamentales no pueden mantener un control acabado. Sin embargo, si se les proporciona la autoridad y los recursos adecuados, los funcionarios que aplican la normativa pueden lograr una mejor vigilancia del cumplimiento de las leyes en materia de alcohol y garantizar que sólo se venda alcohol en los establecimientos autorizados.

Resumen de medidas de políticas para reducir el acceso juvenil al alcohol a través del control de abastecimiento de alcohol

- Incremento del precio del alcohol a través del incremento de impuestos
- Establecer una edad mínima para la compra y consumo
- Cumplimiento de los límites de edad
- Reducir número de horas en que se permite la venta de alcohol
- Reducir el número de días en que se permite la venta de alcohol
- Reducir las ubicaciones en las que se permite la venta de alcohol
- Establecer mecanismos para controlar la conformidad de la venta de alcohol con las regulaciones

2. Políticas eficaces en relación con los entornos de alto riesgo

Las siguientes estrategias y políticas apuntan al alcohol y a las condiciones de su consumo. Ellas operan a partir del supuesto de que existe una mayor probabilidad de que los jóvenes (y los adultos) incurran en comportamientos violentos en ciertas circunstancias o condiciones en las que es probable que se dé un alto consumo de alcohol, como en los bares y en los acontecimientos deportivos.

A escala mundial, la mayor parte de la violencia relacionada con el alcohol ocurre durante la noche, en particular los fines de semana, y a menudo tiene lugar en locales donde las personas se reúnen para consumir alcohol y en sus alrededores. En general,

las características de ese tipo de locales incluyen aglomeración de gente, calor, ruido, escaso mantenimiento, oferta de bebidas alcohólicas con descuento, porteros violentos, un elevado número de clientes ebrios y una actitud permisiva en cuanto a las leyes relacionadas con el alcohol (por ejemplo, cuando se sirve a clientes menores de edad o en estado etílico) (Hemel, McIlwain y Carvoth, 2001; Graham y Hemel, 1997).

2.1. Servicio de bebidas alcohólicas responsable

Las investigaciones indican con toda claridad que existe una asociación entre la manera en que se sirve una bebida alcohólica y su consumo excesivo (Babor, 1978; Kuo, et al., 2003). Los programas de servicio de bebidas alcohólicas capacitan e instruyen a camareros, barman, vendedores y gerentes acerca de las leyes del alcohol, y están diseñados para reducir las ventas a menores y adultos ebrios. En Estados Unidos, diversas jurisdicciones han ordenado a los titulares de licencias de venta de alcohol que capaciten a su personal en la venta y servicio responsable de bebidas alcohólicas.

Las intervenciones diseñadas a lograr mejores prácticas de venta y servicio y a apoyar la exigencia del cumplimiento de las leyes que rigen tales prácticas se asocian con una disminución del daño relacionado con el alcohol (Wagenaar y Holder, 1991; Toomey et al., 2001; Wiggers, et al., 2001; Wechsler et al., 2003). En general, estas intervenciones tienen mayores probabilidades de tener éxito cuando incluyen instrucciones para los empresarios sobre cómo elaborar políticas apropiadas de venta de alcohol, se centran en el desarrollo de las aptitudes y en el aprendizaje activo por parte de los propietarios y gerentes y de todo el personal, y se ejecutan a escala comunitaria conjuntamente con controles de cumplimiento y campañas en los medios de comunicación (Grube, 1997; Saltz y Stanghetta, 1997).

Otro componente de la capacitación para la venta y servicio responsable se enfoca en prevenir la agresión y administrar problemas de comportamientos en los clientes. Un ejemplo de esta iniciativa es el programa denominado “Bares seguros”, desarrollado en un período de cinco años con propietarios de bares y empleados de 20 establecimientos autorizados. El Programa fue implementado y evaluado en Toronto, Canadá, entre 2000-2003 (Graham y Pur-

cell, ND). Este programa incluye componentes de evaluación del riesgo y de capacitación para adoptar medidas proactivas, y está dirigido a propietarios, gerentes y a todo el personal, incluyendo el personal de seguridad. Su objetivo es modificar el ambiente del bar de manera que se reduzca al mínimo el riesgo de situaciones violentas (Graham, 1999). Resultados de la evaluación muestran que el programa cambió la actitud e incrementó el conocimiento entre el personal capacitado y resultó en una disminución en la agresión entre los clientes (Graham y Purcell, ND).

2.2. Eliminación de los *happy hours* (hora feliz) y de ofertas como "todo lo que usted pueda beber"

Para atraer a los clientes o competir con otros establecimientos, los locales que comercializan alcohol establecen precios de oferta o especiales de sus productos. Estas promociones, que incluyen ofertas tales como *happy hours*, "todo lo que usted pueda beber", "noche de las mujeres", "dos por uno" y otras prácticas similares generalmente limitadas a determinadas horas, estimulan a los clientes de bares y restaurantes a beber grandes cantidades de alcohol en forma rápida, reduciendo así los incentivos para la vigilancia de los niveles de consumo y para que se beba de una forma responsable. Las consecuencias de este consumo de alto riesgo de bebidas alcohólicas incluyen accidentes de automóvil (con posibilidad de traumatismo, lesión o muerte), actividad sexual no planeada, agresiones, violaciones y daños materiales.

Varias jurisdicciones de Estados Unidos han adoptado medidas legislativas para eliminar las promociones especiales en materia de alcohol. Actualmente no hay evidencia que sugiera que estas políticas reduzcan la violencia o las tasas de consumo de alcohol; sin embargo, la investigación demuestra que las tasas de consumo de alcohol, las intoxicaciones alcohólicas y la conducción bajo los efectos del alcohol son sensibles al precio de las bebidas alcohólicas (Chaloupka, et al., 2002), lo que indica que el establecimiento de precios especiales o promocionales para las bebidas alcohólicas constituye una posible amenaza para la salud pública.

Esto no debería estar en Aumento de los Precios?

Por ejemplo, algunos investigadores de los Países Bajos observaron que los descuentos en el precio de las bebidas influyen significativamente en el comportamiento de los jóvenes en cuanto al consumo de alcohol. Una encuesta llevada a cabo en adolescentes de 14 y 15 años de edad mostró que los jóvenes holandeses que frecuentan los bares refieren que los descuentos en el precio de las bebidas alcohólicas habitualmente desempeñan un papel decisivo en la elección de los bares y conllevan un mayor consumo de alcohol (Van Hoff et al, 2007). Sesenta y tres por ciento de los jóvenes que participaron en la encuesta declararon que para elegir el bar al que acudían tenían en cuenta los descuentos en el precio de las bebidas alcohólicas. Más de la mitad (55%) de los adolescentes indicaron que bebían más alcohol del habitual cuando había un descuento sobre su precio (Van Hoff et al, 2007).

2.3. Estrategias de control local

En la esfera pública, la amenaza que supone la violencia, los comportamientos alterados y las lesiones físicas, ha conducido a una variedad de intervenciones que tienen como objetivo perseguir los estados de embriaguez en público, o evitar ante todo la posibilidad de que las personas alcancen ese estado (Rehn, Room y Edwards, 2001).

Estas políticas incluyen prohibiciones o controles del consumo de alcohol durante los acontecimientos comunitarios o en áreas públicas tales como parques y calles. En Estados Unidos, por ejemplo, los promotores de salud pública han creado políticas que prohíben servir alcohol en fiestas populares multitudinarias -como ferias comunitarias- o restringen su consumo a ciertas áreas al interior del recinto. En general, en estos lugares el público sólo puede adquirir ciertas cantidades de bebida alcohólica a la vez (por ejemplo, dos vasos de cerveza), sólo pueden consumir la bebida dentro del área designada, y deben mostrar alguna identificación que indique su edad. Además, el personal a cargo ha sido capacitado para detectar a los bebedores problemáticos.

Una comunidad al interior de San Juan, capital de Puerto Rico, unió sus esfuerzos a los de los funcionarios públicos para ejecutar una serie de políticas encaminadas a cambiar los hábitos sociales con res-

pecto al consumo de alcohol. Los residentes del Viejo San Juan se quejaban de la embriaguez pública, la violencia y los actos de vandalismo que se producían durante la noche los fines de semana, y opinaban que la disminución en la calidad de vida era el resultado de la ausencia de políticas que abordaran el consumo de alcohol. Los funcionarios públicos pusieron en práctica una serie de políticas que incluían la prohibición del consumo de alcohol en las calles, de las ofertas especiales y de la publicidad de bebidas alcohólicas, y la policía se preocupó de hacer cumplir estas leyes. En los tres años posteriores a la aplicación de las nuevas políticas, los índices de criminalidad descendieron en 20% (Harwood et al., 2004) (Véase el estudio de casos número 2 para obtener una visión más detallada de las políticas aplicadas).

3. Otras políticas dirigidas a reducir el acceso de los jóvenes al alcohol

3.1. Restricciones de la publicidad del alcohol

Según Jernigan (2001), el marketing de venta de alcohol a los jóvenes ha cambiado de manera importante durante las dos últimas décadas, principalmente a través de la creación de nuevas bebidas alcohólicas destinadas al segmento juvenil como los *wine coolers* (mezclas de vino, jugos de fruta, bebidas carbónicas y azúcar), *alco-pops* (mezclas ya preparadas de bebidas alcohólicas y refrescos), cócteles premezclados y bebidas energéticas que contienen alcohol. Incluso, actualmente la industria comercializa estos productos a través del Internet, vinculándolos a la música popular o a la promoción de algún deporte, además de las prácticas regulares de promoción en revistas, televisión y radio.

La investigación sobre la publicidad de bebidas alcohólicas en los medios tradicionales (televisión, radio y prensa) indica que esta tiene una repercusión mínima sobre los comportamientos relacionados con el alcohol (WHO, 2004a). Sin embargo, el cambio en materia de publicidad y comercialización del alcohol desde los medios tradicionales hacia las nuevas técnicas publicitarias que procuran entrelazar el nombre del producto con las actividades diarias del público destinatario, ha desempeñado un papel significativo en los modelos de globalización del consumo de alcohol por parte de los jóvenes (Jernigan, 2001).

Es más, la comercialización del alcohol ha contri-

buido significativamente a la creación de identidades asociadas a este, y a la definición de normas sociales con respecto a su consumo. Como lo describe Jernigan (2001), “la opción de beber, de cuánto beber, qué beber, con quién beber y en qué situación, se convierte en un medio para reivindicar y vivir una identidad cada vez más configurada por tendencias a escala mundial, en vez de local”. Y agrega:

“En la cadena de comercialización, el producto se convierte en un objeto simbólico al que los comercializadores multinacionales adjuntan una amplia gama de significados, tratando de implantar nuevos modelos y culturas de consumo de alcohol o de extender los tradicionales, ampliando la variedad de ocasiones, lugares y motivos propicios para consumir los productos”.

En este nuevo esquema de comercialización, la publicidad de bebidas alcohólicas recalca los aspectos deseables de la bebida, pasa por alto el riesgo de su consumo a nivel individual y de salud pública, y puede socavar los objetivos de prevención (WHO, 2004b). Por consiguiente, una estrategia integral para reducir el consumo de alcohol entre los jóvenes debe incluir restricciones de la publicidad.

En América Latina y el Caribe (ALC) muchos países tienen restricciones publicitarias, aunque la mayoría son de carácter parcial o voluntario (en el apéndice 1 aparece una lista de países con restricciones a la publicidad de alcohol). Por ejemplo, Argentina establece restricciones de la publicidad de bebidas alcohólicas dirigida a menores de 18 años; esto es, los menores de 18 años no deben aparecer consumiendo alcohol, no se debe sugerir que el consumo de alcohol mejora el desempeño físico o intelectual, y el alcohol no debe vincularse con la estimulación sexual o la violencia de ninguna manera (Munné, 2005). No obstante, son muy pocos los países latinoamericanos que tienen restricciones a la publicidad de alcohol y que realmente hacen cumplir estas leyes.

Los patrocinios que realizan empresas ligadas a la comercialización de alcohol de actividades deportivas, conciertos y actos culturales, constituyen una parte importante de su marketing y promoción. Según el *Global Status Report on Alcohol Policy* (Informe sobre la situación mundial de las políticas sobre el alcohol) de la OMS, sólo 24% de los países de todo el mundo tienen controles legales sobre el

patrocinio a las actividades deportivas o a los eventos juveniles; 11 países, incluidos dos países latinoamericanos (Costa Rica y Guatemala), prohíben totalmente ambos tipos de patrocinio, y cinco países –entre ellos Panamá y Venezuela- prohíben el patrocinio de los acontecimientos juveniles (WHO, 2004b).

Las Américas tiene el número más alto de países con restricciones al patrocinio de competencias deportivas por parte de la industria cervecera (42%) (WHO, 2004b). Se requiere una mayor investigación para evaluar el cumplimiento de tales restricciones en América Latina. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) observó que la Región parece tener el menor número de países con bajos niveles de cumplimiento. Es importante señalar, sin embargo, que el nivel de cumplimiento percibido aumenta con la frecuencia y el rigor de las restricciones en materia de publicidad (WHO, 2004b).

4. Prevención de la conducción en estado de ebriedad

En muchos países, los costos personales y sociales asociados con la conducción en estado de ebriedad son altísimos. Por ejemplo, en Estados Unidos los accidentes automovilísticos constituyen una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 20 años, doblando el promedio de la población general, y el alcohol está implicado en más de 35% de estos accidentes (NHTSA, 1995). La Figura 2 muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito estandarizadas por 100.000 habitantes en determinados países de ALC (en comparación con Estados Unidos y Canadá).

En los países en que existe un alto flujo de vehículos, los accidentes por conducción en estado de ebriedad son motivo de preocupación. Con objeto de reducir las muertes y las lesiones asociadas a este hecho, los diferentes países han aplicado estrategias, como la ley de tolerancia cero, y la vigilancia estricta y ampliamente divulgada del cumplimiento de las leyes en esta materia.

4.1. Leyes de tolerancia cero

Las leyes de tolerancia cero limitan la concentración de alcohol en sangre (CAS) a un nivel inferior para los jóvenes que para los adultos. Las sanciones por

Figura 2 Tasas de mortalidad estandarizadas por 100. 000 habitantes

País	Muertes por accidentes de tránsito
Argentina	9,56
Brasil	16,63
Chile	10,69
Colombia	17,71
Costa Rica	17,83
Cuba	12,19
Ecuador	11,95
El Salvador	33,51
México	11,64
Panamá	15,25
Paraguay	10,42
Trinidad y Tabago	11,87
Uruguay	10,05
Venezuela	23,20
Estados Unidos	15
Canadá	8,45

Fuente: WHO Global Status Report on alcohol 2004 (WHO, 2004a)

infringir estas leyes generalmente dan lugar a la pérdida automática de la licencia de conducir de una persona. En un estudio sobre el efecto de las leyes de tolerancia cero en los doce primeros estados de los Estados Unidos que las promulgaron, se observó una reducción relativa de 20% en la proporción de accidentes mortales nocturnos con la participación de un único vehículo y con conductores menores de 21 años, en comparación con los estados vecinos que no disponían de leyes de tolerancia cero (Hingson et al., 1994).

4.2. Puntos de control de sobriedad

Una estrategia para incrementar la credibilidad en los arrestos y sanciones es aumentar la frecuencia y visibilidad de las medidas de vigilancia a los conductores que han bebido; por ejemplo, mediante puntos de control de sobriedad en los que se detiene a vehículos según una secuencia específica (por ejemplo, cada dos o cada cuatro) y se evalúa a los conductores para verificar si existen signos de disminución de sus habilidades como consecuencia del alcohol o las drogas. Fell et al., (2004), observaron en Estados Unidos que una mayor frecuencia y divulgación de los controles de sobriedad podía reducir los accidentes mortales por conducción en estado de ebriedad en 20%.

Roeper et al. (2000) señalaron que en un período de tres años se redujo en 116 el número de accidentes con lesiones, lo que representó un ahorro de aproximadamente 7 millones de dólares como consecuencia del aumento de la vigilancia del cumplimiento de la ley mediante puntos de control de sobriedad y de la amplia divulgación a través de los medios de comunicación en una comunidad de California.

5. Programas dirigidos a las personas

5.1. Tamizaje e intervenciones breves

La detección temprana de los problemas de abuso de sustancias, incluido el alcohol, se ha convertido en una herramienta cada vez más valiosa para su tratamiento. El tamizaje y las intervenciones breves (SBI, por sus siglas en inglés) forman parte de las estrategias más eficaces y económicas para la detección temprana de tales problemas a nivel de la atención primaria de salud. El primer paso en el proceso de SBI es el tamizaje, que consiste en el uso por parte de un profesional sanitario de un instrumento para detectar si el paciente presenta un problema relacionado con el alcohol. Una vez que se ha realizado esta prueba, el método de SBI orienta al trabajador sanitario para que utilice intervenciones breves como respuesta a tres niveles de riesgo: consumo peligroso de alcohol, consumo nocivo de alcohol y dependencia del alcohol (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

En una comparación entre instrumentos de tamizaje para detectar la dependencia del alcohol, su consumo excesivo o su consumo nocivo entre una población mexicano-estadounidense que acudía a los servicios de urgencias de California, y entre los pacientes que acudían a los servicios de urgencias en Pachuca, México, Cherpital y Borges (2000) observaron que el rendimiento de los instrumentos que mostraban mayor sensibilidad para detectar la dependencia del alcohol era adecuado en ambas muestras.

Wilk et al., (1997) analizaron 12 estudios aleatorizados y controlados de tamizaje e intervenciones breves y llegaron a la conclusión de que los bebedores objeto de intervenciones breves tenían el doble de probabilidades de reducir su consumo de alcohol durante los siguientes seis a 12 meses, en comparación con los que no habían sido objeto de ninguna intervención.

Moyer et al., (2002) cuando analizaron una serie de estudios que comparaban las intervenciones breves en grupos testigos no tratados y en otros que recibían tratamientos más extensos, observaron evidencia de la eficacia de las intervenciones breves.

En Costa Rica, Montero (1992) observó una reducción significativa del consumo de alcohol en los grupos que participaron en diversas intervenciones breves. Serrano et al. (1992), en su estudio llevado a cabo en México, hallaron evidencia de que el número de días en que se consumía alcohol en exceso variaba cuando las personas eran objeto de intervenciones breves. Actualmente, el tamizaje y las intervenciones breves se utilizan en diversos países de ALC, tales como Brasil, Argentina, México, Perú y Panamá.

5.2 Educación en la escuela

Los programas de educación en materia de alcohol en los entornos escolares tienen como objetivo modificar las creencias, actitudes y comportamientos de la juventud en cuanto al consumo de alcohol, así como fortalecer las aptitudes sociales y la autoestima, ya que se considera que estos son factores subyacentes al consumo de alcohol en los jóvenes. En un análisis de la investigación sobre intervenciones en las escuelas, Anderson y Baumberg (2006) observaron que, aunque estos programas aumentaban los conocimientos y modificaban las actitudes en cuanto al consumo de alcohol, no parecían influir en el consumo real de éste.

Foxcroft et al. (2003) seleccionaron y resumieron 56 estudios de intervenciones psicosociales y educativas dirigidas a la prevención primaria del consumo excesivo de alcohol en jóvenes menores de 25 años. En el análisis se incluían estudios a largo plazo (más de tres años) así como programas populares a escala internacional tales como los de Educación para la Resistencia al Abuso de Drogas (DARE, por sus siglas en inglés) y los de Capacitación en Aptitudes para la Vida. Observaron que 20 de los 56 estudios demostraban la falta de eficacia, y que no se podían obtener conclusiones decisivas acerca de la eficacia de las intervenciones preventivas a corto y mediano plazo.

Los resultados a más largo plazo del proyecto Northland⁹ mostraron que, tras un seguimiento de cua-

9 El proyecto Northland consistía en una serie de sesiones escolares sobre aptitudes para la resistencia, conocimientos básicos de los medios de comunicación y educación en materia de normativa

tro años, no se observaba ningún efecto significativo luego de la intervención, en comparación con el grupo testigo (Perry et al., 1996). La evaluación mostró, que si bien tenía una influencia positiva sobre los conocimientos y sobre la comunicación familiar en materia del consumo de alcohol, no repercutía de forma mantenida en su consumo. Clayton et al.,

(1991) realizaron el seguimiento de una intervención de DARE 5, 10 años después de la participación de los alumnos en el programa, y observaron que no existía ninguna relación entre la participación y el consumo de alcohol. Ringwalt et al., (1991) observaron resultados similares tras evaluar el programa de DARE.

V. Recomendaciones

Durante los últimos decenios, los promotores de la salud pública han dirigido su atención hacia las políticas reguladoras de los factores ambientales que generan los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, tales como los actos delictivos y la violencia. A medida que estos promotores han aplicado políticas basadas en el entorno, los investigadores han señalado que muchas de ellas han resultado eficaces para reducir diversos problemas relacionados con AOD, incluido el acceso de los jóvenes al alcohol, la violencia y las muertes causadas por conducción en estado de ebriedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los métodos individuales de prevención, tales como los programas preventivos en la escuela, han resultado mucho menos eficaces para modificar los modelos de conducta y los problemas relacionados con el alcohol que los enfoques poblacionales o ambientales, que inciden en la disponibilidad de bebidas alcohólicas y en los lugares en que se consumen (WHO, 2004a).

Aunque en América Latina y el Caribe es escasa la investigación llevada a cabo sobre la eficacia de las estrategias de prevención basadas en el ambiente, algunas de las aquí mencionadas se han aplicado con resultados exitosos. Diversos estudios de casos proporcionan un indicio de las posibles estrategias que se podrían emplear para reducir la violencia juvenil relacionada con el alcohol en la Región. A continuación se indican una serie de recomendaciones dirigidas a las instancias normativas, los funcionarios de salud pública y los promotores comunitarios interesados en la aplicación de estrategias eficaces para reducir la violencia juvenil relacionada con el alcohol. Las recomendaciones se dividen en dos categorías: investigación y ejecución de políticas.

INVESTIGACIÓN

Con objeto de crear políticas eficaces para prevenir la violencia juvenil relacionada con AOD, los funcionarios de salud pública necesitan tener datos en relación a la magnitud del problema y las áreas altamente prioritarias. El primer paso para determinar

la política apropiada es descubrir cuál es el área que causa mayor inquietud. Entre las preguntas necesarias en el proceso de investigación y recopilación de datos se incluyen:

- **Quiénes:** ¿Quiénes participan en hechos violentos? ¿Quiénes participan en hechos violentos relacionados con alcohol? ¿Quiénes participan en hechos violentos relacionados con drogas ilegales? ¿En qué grupo de edad existe un alto riesgo de que ocurran hechos de violencia relacionados con AOD? ¿El riesgo es mayor en los hombres o en las mujeres? ¿Cuáles son las dinámicas sociodemográficas de los jóvenes involucrados en hechos de violencia relacionados con AOD? ¿El riesgo de episodios de violencia relacionados con AOD es mayor en los jóvenes que forman parte de pandillas?
- **Cuándo:** ¿Cuándo es más probable que se produzcan actividades violentas relacionadas con AOD? ¿Durante los fines de semana? ¿A últimas horas de la tarde? ¿De madrugada? ¿Durante las vacaciones?

- **Dónde:** ¿Dónde tienen lugar los hechos de violencia relacionados con AOD? ¿En los bares, clubes nocturnos u otros establecimientos que dispensan alcohol? ¿Tienen lugar en bares con ciertas características (por ejemplo bares de vecindarios, grandes clubes nocturnos, locales que venden alcohol a bajo precio)? ¿En las fiestas populares? ¿Los hechos violentos relacionados con AOD ocurren en espacios públicos (calles, bares, etc.) o privados (hogares residenciales)?
- **Cómo:** ¿Cómo pueden conseguir alcohol los jóvenes, especialmente aquellos por debajo de la edad legal mínima para consumir alcohol en su país? ¿Cómo pueden los jóvenes tener acceso a drogas ilícitas? ¿De qué manera consumen alcohol y otras drogas? ¿Beben alcohol en exceso cuando lo consumen?

Las respuestas a este tipo de preguntas pueden obtenerse de diversas fuentes, aunque con frecuencia se logran por medio de encuestas y recopilaciones de datos de carácter público. Las encuestas más típicas se llevan a cabo en las escuelas (o en los centros de enseñanza para jóvenes) y en los hogares. Sin embargo, la información también puede obtenerse a partir de encuestas especializadas que tienen como objetivo una determinada población, como aquellas dirigidas a jóvenes detenidos o encarcelados, o las que apuntan a jóvenes que no van a la escuela.

Otros datos provienen de aquellos relacionados a hechos en donde ha tenido que intervenir la ley. A través de ellos es posible averiguar, generalmente, dónde y cuándo se produjeron los actos de violencia, quiénes participaron y si estos hechos estuvieron relacionados con alcohol u otras drogas. Los registros de hospitales también pueden proporcionar información sobre los pacientes involucrados en incidentes relacionados con AOD.

La mayor parte de la investigación que se ha realizado sobre la relación existente entre el alcohol y la violencia se ha llevado a cabo en Estados Unidos, Europa y Canadá. En la Región de ALC, este tipo de investigación puede resultar muy útil para los encargados de la toma de decisiones ya que les entregaría información apropiada con respecto a la magnitud del problema, sus costos sociales y las estrategias que han demostrado ser eficaces. Entre los aspectos

que debieran ser objeto de mayor investigación se incluyen:

- Vigilancia de las lesiones relacionadas con el alcohol
- Investigación de las conexiones entre el alcohol y la violencia y sus costos sociales
- Investigación de la eficacia de la imposición del cumplimiento de la ley y de la vigilancia en la disminución de las tasas de acceso de los jóvenes al alcohol, así como de la violencia relacionada con éste
- Investigación de las lesiones y muertes por accidentes relacionados con el alcohol y la eficacia de las intervenciones dirigidas a reducirlos
- Investigación y vigilancia de las prácticas de comercialización del alcohol dirigidas a los jóvenes

EJECUCIÓN DE POLÍTICAS

La reducción de la violencia juvenil relacionada con el alcohol no es una tarea fácil y requiere de la ejecución de una serie de políticas y estrategias. Los funcionarios de gobierno y las organizaciones comunitarias que tratan de ejecutar las políticas en materia de alcohol pueden encontrarse con que las instancias normativas y el público en general se muestran escépticos y reticentes en cuanto a modificar las leyes, aumentar los precios de las bebidas alcohólicas y hacer cumplir con la legislación que regula el alcohol. Las recomendaciones descritas en este documento proporcionan un resumen de las políticas y estrategias que lograrían una disminución de las tasas de violencia mediante la ejecución de políticas eficaces en materia de alcohol. Estas son:

- **Aumentar el precio del alcohol:** Investigaciones realizadas indican que el incremento del precio de las bebidas alcohólicas, por ejemplo mediante impuesto, constituye una de las políticas más eficaces para controlar su venta, ya que disminuye las tasas generales de consumo de alcohol en todos los grupos de edad. En la mayoría de los países del mundo, el precio del alcohol no se ha incrementado en proporción a los niveles de inflación. Los controles en materia de precios incluyen la restricción de los *happy hours*, de las ofertas especiales como “todo lo que usted pueda beber”, y de los obsequios de bebidas alco-

hólicas gratuitas. En la Región de ALC, los gobiernos deben dar prioridad al incremento del precio del alcohol como un medio para reducir el acceso de los jóvenes a éste.

■ **Controles de la oferta de alcohol, de los horarios y de la densidad de los puntos de venta:**

Se deben priorizar políticas o estrategias de control de los horarios de venta de alcohol, de su disponibilidad física y de la densidad o concentración de los puntos de venta en un área determinada. Por ejemplo, si la mayor parte de la violencia relacionada con AOD se produce durante las noches de los viernes y sábados en los bares del vecindario, quizá sea apropiado establecer una ley que modifique los horarios de venta de alcohol esos días. Este fue el caso de Diadema, Brasil, y del Viejo San Juan, Puerto Rico.

■ **Exigencia del cumplimiento de las leyes en materia de alcohol:**

Es importante el apoyo al cumplimiento y vigilancia de las leyes en materia de alcohol, nuevas o ya existentes. Como se indicó, en Diadema y el Viejo San Juan se crearon nuevas leyes para controlar las horas de disponibilidad física del alcohol y, lo que es igualmente importante, se apoyó la vigilancia del adecuado cumplimiento de esas leyes por parte de los organismos encargados. Establecer y hacer cumplir las leyes que fijan una edad legal mínima para el consumo de alcohol también ayudará a reducir el acceso de los jóvenes a éste.

■ **Restricciones a la publicidad de las bebidas alcohólicas:**

Los gobiernos y organizaciones comunitarias deben priorizar las restricciones a la publicidad relacionada con el alcohol. Actualmente, el alcohol se promociona entre los jóvenes a través de diversos mecanismos, además de la televisión, la radio y los avisos o carteles publicitarios. La comercialización del alcohol ahora se relaciona a la música, los deportes, los acontecimientos culturales, y el Internet. Los gobiernos pueden restringir los horarios y lugares en que aparecen los anuncios de bebidas alcohólicas y las organizaciones comunitarias pueden optar por no aceptar el patrocinio de empresas comercializadores de alcohol en eventos culturales, competiciones deportivas juveniles y otros acontecimientos familiares.

Una vez que se ha optado por una apropiada estrategia integral, su aplicación requerirá el compromiso y la alianza de muchos sectores de la sociedad, entre ellos las instancias normativas públicas (electas y no electas), los funcionarios de salud pública, los jóvenes, los grupos y activistas comunitarios, los encargados de hacer cumplir la ley y otros estamentos interesados en el tema. Si no existen políticas eficaces, deben crearse. Si ya existen, deben aplicarse. En ALC, existen leyes y políticas bien redactadas en relación con AOD pero su ejecución y la exigencia de su cumplimiento se han descuidado.

Una vez implementadas las políticas, los gobiernos y las comunidades también deben poner en marcha un sistema de vigilancia de su eficacia, lo que es útil para las comunidades, las instancias normativas y los funcionarios de salud pública con objeto de determinar si las políticas están teniendo la repercusión deseada. Una buena evaluación no sólo indicará si la violencia juvenil se está reduciendo, sino que determinará también la magnitud de la reducción. Nuevamente, los ejemplos de Brasil y Puerto Rico muestran que los funcionarios de ambas comunidades pudieron demostrar una reducción de la violencia y los actos delictivos.

La mayoría de las comunidades operan en un entorno con recursos escasos y en el que a menudo existe competencia entre los diferentes programas preventivos para conseguir esos recursos. El proceso y el método, descritos en este documento, no son fáciles de llevar a cabo a corto plazo y se requieren recursos para determinar qué proporción de la violencia está relacionada con AOD, quiénes participan en ella y dónde se produce. También se requiere voluntad política y de la comunidad para señalar y aplicar las estrategias apropiadas destinadas a la prevención de la violencia y los actos delictivos relacionados con AOD. Sin embargo, los estudios de América del Norte, Europa y Australia revelan que este enfoque es eficaz y varios ejemplos recientes de ALC muestran que también es muy factible en la Región, especialmente cuando se combina con otros proyectos preventivos tales como los planes de estudios escolares y los programas comunitarios que se ocupan de los jóvenes en situación de riesgo.

VI. Anexos

ANEXO 1. Reglamento en materia de alcohol

País	Edad legal mínima	Restricciones del consumo en parques y calles	Restricciones del patrocinio	Cumplimiento de las restricciones de la publicidad y el patrocinio
Argentina	18	Prohibición	Voluntarias	Parcial
Belice	18	Prohibición	Parciales	No
Bolivia	18	No	Voluntarias	Parcial
Brasil	18	No	No	Parcial
Chile	18	Prohibición	No	Parcial
Colombia	18	Prohibición	Parciales	Pleno
Costa Rica	18	Prohibición	Prohibición	Desconocido
Ecuador	18	Prohibición	Parciales	Parcial
El Salvador	18	Voluntarias	No	Desconocido
Guatemala	18	Prohibición	Prohibición	Parcial
Guyana	18	Prohibición	No	No disponible
Honduras	18	Parcial	No	Parcial
Jamaica	16	No	No	No disponible
México	18	Voluntarias	Parciales	Parcial
Nicaragua	19	No	Desconocidas	Desconocido
Panamá	18	Prohibición	No/prohibición	Parcial
Paraguay	18	Prohibición	Parciales	Parcial
Perú	18	Voluntarias	No	Pleno
República Dominicana	18	No	Parciales	Parcial
Suriname	16	No	No	No disponible
Trinidad y Tabago	18	No	No	No disponible
Uruguay	18	No	No	No disponible
Venezuela	18	Prohibición	Parciales/prohibición	Desconocido

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004). Global Status Report: Alcohol Policy (Informe sobre la situación mundial: política en materia de alcohol). Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

ANEXO 2. Restricciones de la venta de alcohol para su consumo fuera del establecimiento y nivel de imposición del cumplimiento

País	Horarios de venta	Días de venta	Lugares de venta	Densidad de los puntos de venta	Nivel de imposición del cumplimiento
Argentina	Sí	No	Sí	No	Parcial
Belice	Sí	Sí	No	No	Ocasional
Bolivia	No	No	No	Sí	Ocasional
Brasil	No	No	No	No	Desconocido
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial
Colombia	Sí	Sí	Sí	No	Parcial
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Pleno
Ecuador	Sí	Sí	Sí	No	Parcial
El Salvador	Sí	No	Sí	No disponible	Pleno
Guatemala	Sí	No	Sí	No	Desconocido
Guyana	Sí	No *	No *	No *	Parcial
Honduras	Sí	Sí	Sí	No	Parcial
Jamaica	No	No	No **	No	Ocasional
México	Sí	Sí	Sí	No	Parcial
Nicaragua	No	No	Sí	No	No
Panamá	No	Sí	Sí	No	Parcial
Paraguay	No	Sí	Sí	No	Parcial
Perú	No	Sí	No	No	Parcial
República Dominicana	No	No	Sí	No	Parcial
Suriname	Sí	No	Sí	No	Ocasional
Trinidad y Tobago	Sí	Sí	Sí	No	Parcial
Uruguay	Sí	No	No	No	Parcial
Venezuela	Sí	Sí	Sí	Sí ***	Desconocido
* Sólo para licores					
** Sólo para vino y licores					
*** Desconocido para cerveza y vino					

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004). *Global Status Report: Alcohol Policy* [Informe sobre la situación mundial: política en materia de alcohol]. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

ANEXO 3. Estudio de casos número 1: Prevención de la violencia en Diadema, Brasil

En respuesta a las interpelaciones del alcalde, el secretario para la defensa social de Diadema solicitó a la guardia municipal que elaborara un mapa de la criminalidad en Diadema, un suburbio de Sao Paulo. Los datos del informe demostraron que cerca de 60% de los asesinatos en la ciudad se cometían entre las 11 de la noche y las 6 de la mañana, con mayor frecuencia en los barrios con una mayor concentración de bares. Las investigaciones de los asesinatos también revelaban que la mayoría de estos crímenes no habían sido planificados, sino que eran consecuencia de enfrentamientos espontáneos. Además, 45% de las denuncias de actos violentos contra mujeres se producían durante estas mismas horas, y

se asociaban intensamente con el consumo de alcohol. El análisis de los datos demostró que los delitos violentos estaban estrechamente conectados con los horarios y lugares en que se producía un consumo excesivo de alcohol, específicamente durante las primeras horas de la noche.

Por ello, los funcionarios públicos de Diadema establecieron una ley municipal que limitaba los horarios de venta de alcohol al por menor (Ley Ordinaria Municipal número 2107, 15 de julio de 2002). El nuevo código ordenaba que todos los minoristas de Diadema dejaran de vender alcohol a partir de las 11 de la noche. Tras la aprobación de la ley munici-

pal, se distribuyeron por todos los hogares elementos informativos que describían la necesidad de la nueva ley y su contenido. Se insertaron campañas de educación pública en las noticias y anuncios de las radios locales, y se llevaron a cabo reuniones con los líderes de la comunidad.

Seis meses antes de que entrara en vigor la nueva política en materia de alcohol, los miembros de la guardia municipal visitaron a la mayoría de los minoristas y analizaron con los propietarios la nueva ley y su aplicación en las ventas. Tres meses antes de la entrada en vigor de la nueva política se llevaron a cabo nuevas visitas y se pidió a los propietarios que firmaran una declaración conforme conocían la ley y las consecuencias legales de su infracción.

Dos características de la ley municipal de Diadema en materia de ventas de alcohol la hacen particularmente eficaz: en primer lugar, las sanciones por la infracción de la ley se imponen por vía administrativa, no penal; y en segundo lugar, las sanciones tienen un carácter progresivo y están claramente establecidas por la ley. La primera infracción es una advertencia; la segunda recibe una multa; la tercera una multa y la suspensión temporal de licencia; y la cuarta infracción supone una revocación de la licencia.

Las investigaciones calculan que tras la aplicación de la nueva política se evitaron 273 asesinatos durante un período de 24 meses, lo que equivale a un promedio de 11 asesinatos por mes. Las investigaciones también muestran que las tasas de agresiones contra las mujeres se redujeron durante los dos años posteriores a la adopción y exigencia de cumplimiento de la nueva política en materia de alcohol. Encuestas recientes realizadas por la oficina del Alcalde revelan que 98% de los residentes de Diadema conocen la ley y 93% apoyan la nueva política en materia de alcohol (PIRE, 2004).

ANEXO 4. **Estudio de casos número 2: El Viejo San Juan y el Código de Orden**

El distrito histórico de San Juan, Puerto Rico, conocido como 'El Viejo San Juan', es un área muy diversificada que incluye zonas residenciales, comerciales y turísticas. A mediados de los años noventa, este pequeño distrito también estaba saturado de puntos de venta de alcohol, con un número cercano a los

cien. Los residentes del Viejo San Juan se quejaban a las autoridades públicas del gran volumen de personas que consumían alcohol en las calles, de la elevada incidencia del consumo de bebidas alcohólicas por parte de menores de edad, de las basuras, del aumento de los actos delictivos, del vandalismo y del ruido excesivo.

Como respuesta al descenso en la calidad de vida de los residentes del Viejo San Juan, éstos se organizaron y empezaron a colaborar con los comerciantes, el personal encargado de hacer cumplir la ley y los funcionarios públicos, con objeto de elaborar y aplicar un plan de mejora de la seguridad. La atención del grupo se centró en los precios, la publicidad y la alta saturación de puntos de venta de alcohol como principales factores de los problemas de la comunidad. Bajo la dirección de algunos líderes de la comunidad y del alcalde de San Juan, el grupo elaboró un "Código de Orden", que abordaba directamente los problemas relacionados con el alcohol, incluidos el consumo excesivo y la venta de alcohol a los jóvenes. Entre las normas del Código se incluían las siguientes:

- En todas las ventas de bebidas alcohólicas, los vendedores deben solicitar la identificación del comprador
- Prohibición de la venta de bebidas alcohólicas fuera de los establecimientos y a través de las ventanas
- Prohibición de la venta de bebidas alcohólicas desde vehículos, refrigeradores o maleteros de los coches
- Prohibición del ruido innecesario o excesivo
- Prohibición del consumo de bebidas alcohólicas en lugares públicos
- Prohibición de las ofertas especiales de venta de alcohol, incluidas las *happy hours* y los descuentos en el precio de las bebidas alcohólicas
- Prohibición de la señalización o carteles de promoción de la venta de bebidas alcohólicas

Las infracciones de cada una de las normativas establecidas en el Código de Orden conllevan a multas que pueden alcanzar un importe de hasta 1000 dólares. La comunidad inició una campaña de educación pública para informar a los visitantes y comerciantes sobre el nuevo código. Tras un período de sensibilización pública, los funcionarios encargados de hacer

cumplir la ley, con el apoyo de la comunidad y de los funcionarios elegidos, aumentaron sus actividades en el Viejo San Juan y empezaron a entregar citaciones a los infractores de este Código de Orden.

Durante el primer trimestre de entrada en vigor, en 1997, la policía notificó 417 actos delictivos incluidos algunos delitos violentos. Dos años más tarde, En el mismo período, pero 1999, la policía notificó

205 incidentes delictivos. Como resultado del éxito inicial, otras ciudades de Puerto Rico adoptaron medidas similares. En Río Piedras, la policía notificó 2.725 actos delictivos en 1999, cuando se aplicó el Código. En 2000, se notificaron 2.175 actos delictivos, una disminución aproximada de 20% (Harwood et al., 2004).

Bibliografía

- Anderson, P. and Baumberg, B. (2006) *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Ayres, R. L. (1998) *Crime and Violence as Development Issues in Latin American and the Caribbean*. Washington, DC: The World Bank.
- Babor, T., et al. (1978) Experimental Analysis of the 'Happy Hour': Effects of Purchase Price on Alcohol Consumption. *Psychopharmacology*, 58: 35-41.
- Babor, T. and Higgins-Biddle, J. (2001) *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, T. et al. (2003) *Alcohol: No ordinary commodity. Research and Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Bejarano-Orozco, J. (2005) Alcohol, Gender and Partner Aggression: A Study in the Greater Metropolitan Area of Costa Rica. In: Obot, I.S. and Room, R. Eds. *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspective from Low and Middle Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Brecklin, L. (2002) The role of perpetrator alcohol use in the injury outcomes of intimate assaults. *Journal of Family Violence*, 17, 185-197.
- Borkman, T. et al (1998) An Historical and Developmental Analysis of Social Model Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(1), 7-17.
- Breinbauer, C. and Maddaleno, M. (2005) *Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Buvinic, M., Morrison, A., and Shifter, M. (1999) *Violence in Latin American and the Caribbean: A Framework for Action*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Carlini, E.A. et al. (2002) *I National psychotropic use survey in Brazil: study in the 10 biggest cities in the country, 2001*. São Paulo, Brazil: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).
- Cercone, James A. (1994) *Alcohol-Related Problems as an Obstacle to the Development of Human Capital: Issues and Policy Options*. Washington, DC: The World Bank Technical Paper Number 219.
- Chaloupka, F., Grossman M. and Saffer H. (2002) The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research on Health* 26(1), 22-34.
- Cherpital, C. and Borges, G. (2002) Performance of Screening Instruments for Alcohol Problems in the ER: A comparison of Mexican-Americans and Mexicans in Mexico. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(4), 683-702.
- Chikritzhs, T. and Stockwell, T. (2002) The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 591-599.
- Clayton, R.R., Cattarello, A. and Walden, K.P. (1991) Sensation seeking as a potential mediating variable for school based prevention intervention: A two year follow-up of DARE. *Health Communication*, 3, 229-239.
- Concha-Eastman, A., Espitia, V., Espinosa, R. and Guerrero, R. (2002) La epidemiología de los homicidios en Cali, 1993-1998: seis años de un modelo poblacional (Epidemiology of homicides in Cali, Colombia, 1993-1998: Six years of population-based model). *Pan American Journal of Public Health* 12(4), 230-239.
- Dixon, D. and Coffin, P. (1999) Zero Tolerance policing of illegal drug markets. *Drug and Alcohol Review*, 18, 477-486.

- Dube, S.R. et al (2001) Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1627-1640.
- Edwards, G. et al. (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press, Oxford medical publications, World Health Organization Europe.
- Fell, J., Lacey J. and Voas, B. (2004) Sobriety checkpoints: Evidence of effectiveness is strong, but use is limited. *Traffic Injury Prevention*, 5(3), 220-227.
- Foxcroft, D.R., et al. (2003) Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 94 (4), 397-411.
- Graham, K. (1999) *Safer bars: assessing and reducing risks of violence*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Graham, K. and Homel, R. (1997) Creating safer bars. In: Plant, M., Single, E., and Stockwell, T. eds. *Alcohol: minimizing the harms, 1st ed.* London: Free Association Press.
- Graham, K. and Purcell, J. (ND). Preventing Barroom Aggression: A Summary of the Results of the Evaluation of the Safer Bars Program. Prevention and Research Center. Accessed online on May 23, 2008 at <http://resources.prev.org/documents/layreport0403.doc>
- Grey, D., Siggers, S., and Sputore, B. (2000) What Works? A review of evaluated alcohol misuse interventions among Aboriginal Australians. *Addiction* 95, 11-22.
- Greenfield, L., (1998) *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crime by Current or Former Spouses, boyfriends and girlfriends*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics Factbook.
- Grossman, M. and Markowitz, S. (2001) Alcohol Regulation and Violence on College Campuses. In: Grossman, M. and Hsieh CR, Eds. *Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries*. Cheltenham, United Kingdom: Edwin Elgar
- Grube, J. (1997) Preventing sales of alcohol to minors: Results from a community trial. *Addiction*, 92(Suppl. 2), S251-S260.
- Gruenewald, P. et al. (2006) Ecological models of alcohol outlets and violent assaults: crime potentials and geospatial analysis. *Addiction*, 101(5), 666-677.
- Guerrero, R. (2004) *Violence Control at the Municipal Level*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Harwood, E. et al. (2004) Public Opinion in Puerto Rico on Alcohol Control Policies. *Hispanic Journal of Behavior Sciences*, 26(4), 426-445.
- Hingson, R., Heeran, T. and Winter, M. (1994) Effects of lower legal blood alcohol limits for young and adult drivers. *Alcohol, Drugs and Driving* 10, 243-252.
- Holder, H. (1998) *Alcohol and the community: A systems approach to prevention*. New York: Cambridge University Press.
- Homel, R., McIlwain, G. and Carvoth, R. (2001) Creating safer drinking environments. In: Heather, N., Peters, T.J., and Stockwell, T. eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems, 1st ed.* London: John Wiley and Sons.
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. (2003) *Drug Prevalence Survey of Secondary School Students A comparison report of three Caribbean Countries: Barbados, Belize and Guyana*. Washington, DC: Organization of American States.
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. (2004) *Comparative Report on Nationwide School Surveys in Seven Countries: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panama, Paraguay, Dominican Republic, and Uruguay 2003*. Washington, DC: Organization of American States.
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. (2006) *Youth and Drugs in South American Countries: A Public Policy Challenge*. Washington, DC: Organization of American States.
- Jernigan, David. (2001) *World Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Kerr-Corrêa, F. et al (2005) Differences in Drinking Patterns between Men and Women in Brazil. In: Obot, I.S. and Room, R. Eds. *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspective from Low and Middle Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Krug, E. et al., Eds. (2002) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kuo, M., et al. (2003) The Marketing of Alcohol to

- College Students: The Role of Low Prices and Special Promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3): 1-8.
- Kypri, K. et al. (2006) Minimum purchasing age for alcohol and traffic crash injuries among 15 to 19 year-olds in New Zealand. *American Journal of Public Health* 96(1), 126-131.
- Lodoño, J.L. and Guerrero, R. (1999) *Violencia en América Latina Epidemiología y Costos*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Martin, S. and Bachman, R. (1997) The relationship of alcohol to injury in assault cases. In: Galanter, M., Ed. *Recent Developments in Alcoholism, Volume 13*, pp. 42-56. New York: Plenum Press.
- Mattila, V. et al. (2005) Occurrence of violence and violence-related injuries among 12-18 year-old Finns. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 207-313.
- Moller, L. (2002) Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. In: Room, R., ed. *Effects of Nordic Alcohol Policy: What Happens to Drinking and Harm When Alcohol Controls Change?*, pp. 155-166. Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Moser, C. and Van Bronkhorst, B. (1999) *Youth Violence in Latin America and the Caribbean: Costs, Causes, and Interventions*. Washington, DC: The World Bank
- Moser, C. and McIlwaine, C. (2001) *Violence in a post-conflict context: urban poor perceptions from Guatemala*. Washington, DC: The World Bank.
- Moyer, A., et al. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279-292.
- Munné, M.I. (2005) Social Consequences of Alcohol Consumption in Argentina. In: Obot, I.S. and Room, R. Eds. *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspective from Low and Middle Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). (2006) *Traffic Safety Facts 2004 Data: Young drivers*. Washington, DC: NHTSA's National Center for Statistics and Analysis.
- Office of Applied Studies. (2004) *The National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): Alcohol Dependence or Abuse and Age at First Use*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- O'Malley, P., and Wagenaar, A. (1991) Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 478-491.
- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP). (1999) *Regulatory Strategies for Preventing Youth Access to Alcohol: Best Practices*. Calverton, MD: Pacific Institute for Research and Evaluation.
- Osgood, DW. (1998) *Drugs, Alcohol and Adolescent Violence*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
- Pacific Institute for Research and Evaluation (PIRE). (2004) *Prevention of murders in Diadema, Brazil: The influence of new alcohol policies*. Unpublished manuscript.
- Perry, C.L. (1996) Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956-965.
- Preusser, D., Williams, A. and Weinstein, H. (1994) Police underage alcohol sales. *Journal of Safety Research*, 25, 127-133.
- Pyne, H., Claeson, M. and Correia, M. (2002) *Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: The World Bank.
- Ramirez, JC. et al. (1992) Mujer y Violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública* 35(2), 148-160.
- Rehn, N., Room, R. and Edwards, G. (2001) *Alcohol in the European Region –Consumption, Harm and Policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rehm, J. and Montiero, M. (2005) Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*, 18(4/5), 241-248)
- Ringwalt, C., Ennett, S.T. and Holt, K.D. (1991) An outcome evaluation of project DARE. *Health Education Research*, 6, 327-337.
- Roeper, P., Voas, R., Padilla-Sanchez, L. and Esteban, R. (2000) A long-term community-wide intervention to reduce alcohol-related traffic

- injuries: Salinas, California. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 4(1), 51-60.
- Romero-Mendoza, M., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J. and Durand, A. (2005) Alcohol Consumption among Mexican Women: Implications in a Syncretic Culture. In: Obot, I.S. and Room, R. Eds. *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspective from Low and Middle Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Saltz, R. and Stanghetta, P. (1997) A community-wide responsible beverage service program in three communities: Early findings. *Addiction*, 92(Suppl. 2), S237-S249.
- Spunt, B., Brownstein, H., Goldstein, P., Fendrich, M., and Liberty, J. (1995) Drug use by homicide offenders. *Journal of Psychoactive Drugs* 27(2), 125-134.
- Toomey, T. et al. (2001) Project ARM: Alcohol Risk Management to Prevent Sales to Underage and Intoxicated Patrons. *Health Education & Behavior*, 28(2): 186-199.
- United Nations (UN). (2006) *World Report on Violence Against Children*, Geneva, Switzerland.
- Van Hoff, J., Gosselt, J., van Noordenburg, M., and de Jong, M. (2007) Happy hours and other alcohol cash discounts in cafes: prevalence and effects on underage adolescents. Manuscript to be published. *Journal of Public Health Policy*.
- Wagenaar, A. and Holder, H. (1991) Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15(6): 942-947
- Walsh, C. MacMillan, H.L. and Jamieson, E. (2003) The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1409-1425.
- Wechsler, et al. (2003) Drinking and Driving Among College Students: The Influence of Alcohol-Control Policies. *American Journal of Preventive Medicine* 25(3): 212-218.
- Weinsheimer, R. et al. (2005) Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *Journal of Trauma*, 58, 22-29.
- Wiggers, J., et al. (2001) The Linking Project: Pilot Project in the Hunter & Northern Metropolitan Policing Regions of NSW, Final Report. New South Wales, Australia: *Hunter Centre for Health Advancement*.
- Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief intervention in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274-283.
- World Health Organization (WHO). (1996) *Violence: a public health priority*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2001) Global Status report on Alcohol and Young People. Geneva. Mental Health and Substance Dependence Department.
- World Health Organization (WHO). (2002a) *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization (WHO). (2002b) *A Summary of Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Geneva, Switzerland: World Health Organization,
- World Health Organization (WHO). (2004a) *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization (WHO). (2004b) *Global Status Report: Alcohol Policy*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization (WHO). (2006a) *Youth Violence and Alcohol Fact Sheet*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006b) *Violencia interpersonal y alcohol* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, el Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias psicotrópicas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006c) *Maltrato de niños y nota descriptiva de alcohol* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, el Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias psicotrópicas.
- York, J., Welte, J., Hirsch, J., Hoffman, J. y Barnes, G. (2004) la Asociación de edad a primera bebida con variables de consumición de bebidas alcohólicas actuales en una población general nacional muestra. *Alcoholismo: Investigación clínica y experimental* 28 (9), 1379-1387.