

**ALCOHOL, SALUD PÚBLICA Y
RESPONSABILIDAD SOCIAL EN
AMÉRICA LATINA**

**Daniela Pantani e Ilana Pinsky
(Orgs.)**

Copyright © Daniela Pantani e Ilana Pinsky (Orgs.)/2017

Está permitida la reproducción parcial siempre y cuando sea para uso personal y no con fines comerciales con la condición de que la fuente sea mencionada.

Tapa/ Diagramación:
Jailson Freire

Impresión y acabado
PSI7 - Printing Solutions & Internet 7

Daniela Pantani e Ilana Pinsky (Orgs.)/ 2017
Alcohol, Salud Pública y Responsabilidad Social
en América Latina

ISBN: 978-85-93544-00-2 / enero de 2017

76 págs.

Impreso en Brasil

Contacto con las autoras/organizadoras:
Daniela Pantani: daniela.pantani@gmail.com
Ilana Pinsky: pinskyilana@gmail.com

ALCOHOL, SALUD PÚBLICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

Organizadoras

Daniela Pantani e Ilana Pinsky

Autores

Aldana Lichtenberger, Daniela Pantani,
Diego Rodríguez Sendoya, Emanuelle Santos,
Gustavo Sónora, Ilana Pinsky, Karina Conde,
Mariana Cremonte, Raquel Peltzer.

“Este trabajo fue desarrollado con el apoyo financiero del International Development Research Centre, Ottawa, Canadá. Los puntos de vistas expresados aquí no representan necesariamente la posición del IDRC o el de su Consejo de Gobernadores.



International Development Research Centre
Centre de recherches pour le développement international



SOBRE LOS AUTORES

Aldana Lichtenberger: Graduada en Psicología, cursa doctorado y becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en Argentina. Miembro del Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT) de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las áreas de investigación incluyen prevención y políticas públicas para reducir los daños ocasionados por el consumo de alcohol. Contacto: aldanalich@hotmail.com

Daniela Pantani: Doctora de la Universidad Federal de San Pablo. Fellow no Global Tobacco Control Certificate Program de la Universidad Johns Hopkins en los EE.UU., máster en Sociología de la Universidad de Coímbra en Portugal, graduada en Administración de Empresas en la Universidad Presbiteriana Mackenzie. Los temas de investigación incluyen responsabilidad social empresarial y políticas públicas de control del alcohol y el tabaco. Contacto: daniela.pantani@gmail.com

Diego Rodríguez Sendoya: Sociólogo y postulante a la Maestría en Sociología de la Universidad de la República de Uruguay (UdelaR). Docente del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias

Sociales y de la licenciatura en Relaciones Laborales de la Facultad de Derecho, en la Universidad de la República de Uruguay. Investigador del Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo (CIET) en Uruguay. Sociólogo del Departamento de Estadística del Poder Judicial de Uruguay. Consultor sobre temas de evaluación de políticas públicas. Contacto: diego.rodriguez@cienciassociales.edu.uy

Emanuelle Santos: Socióloga, cursa Doctorado en Sociología en la Universidad Humboldt de Berlín en Alemania. Máster en Sociología de la Universidad de Coímbra en Portugal. Fue investigadora en el proyecto “A Gênese Social do Crack - La génesis social de la pasta base” de la Secretaría Nacional Antidrogas del Ministerio de Justicia. Contacto: sant.emanuelle@gmail.com

Gustavo Sónora: Doctor en Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de la República Oriental de Uruguay. Graduado en Ciencias Sociales con mención en Género y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, en Argentina. Contacto: gustavo.soniora@gmail.com

Ilana Pinsky: Psicóloga clínica, Investigadora en The National Center on Addiction and Substance Abuse en los EE.UU. Profesora afiliada del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Federal de San Pablo, Doctora de la Universidad Federal de San Pablo. Los temas de investigación incluyen políticas de control de alcohol, epidemiología y servicios de salud.
Contacto: pinskyilana@gmail.com

Karina Conde: Doctora y Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), en Argentina. Miembro del Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT) de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las áreas de investigación incluyen el estudio de los problemas relacionados al consumo de alcohol y reducción del daño.
Contacto: kaconde@yahoo.com.ar

Mariana Cremonte: Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en Argentina, Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Miembro del Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT) de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las áreas de interés incluyen epidemiología de los

problemas del alcohol y psicometría del diagnóstico y métodos de rastreo.

Contacto: mariana_cremonte@yahoo.com.ar

Raquel Peltzer: Investigadora y profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en Argentina. Miembro del Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT) de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las áreas de interés incluyen los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol y psicometría del diagnóstico y métodos de rastreo. Contacto: ripeltzer@gmail.com

SUMARIO

| | |
|---|----|
| PREFACIO | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 15 |
| CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN AMÉRICA LATINA | 21 |
| El uso nocivo del alcohol | 26 |
| ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DO ALCOHOL | 27 |
| ¿Qué define la estrategia Mundial? | 30 |
| METODOLOGÍA | 39 |
| ¿Cómo fueron analizadas las actividades? | 42 |
| RESULTADOS | 49 |
| CONSIDERACIONES FINALES | 57 |
| RECOMENDACIONES | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 67 |

LISTA DE SIGLAS

AB InBev – Anheuser-Busch InBev

GAPG – Global Alcohol Producers Group

IARD – International Alliance for Responsible Drinking

ICAP – International Center for Alcohol Policies

IDRC – International Development Research Centre

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

RSE – Responsabilidad Social Empresarial

PREFACIO

Ilana Pinsky

1

La investigación incluida en este libro empezó de hecho hace dos décadas. A principios de los 90, empecé mi maestría en el Instituto de Psicología de la USP en un tema muy poco estudiado en la época: la publicidad de las bebidas alcohólicas. En los años siguientes fui entendiendo, a través de la lectura de artículos de investigadores internacionales especializados en políticas públicas sobre alcoholismo, mis propias investigaciones y experiencia clínica, el impacto que tiene el consumo de alcohol en la salud de las poblaciones, así como también cuales son las estrategias que realmente funcionan para reducir estas consecuencias.

El libro “Alcohol: No Ordinary Commodity”, publicado inicialmente en 2003 y considerado el más importante en el área de alcoholismo y políticas públicas, tiene una sección ampliada en su revisión del 2010 sobre el importante impacto que la publicidad (que es mucho más que propagandas de televisión) tiene sobre el consumo de bebidas alcohólicas, principalmente entre los jóvenes. Al presente, la cantidad y la calidad de la literatura sobre el tema son muy significativas.

Luego de muchos años de investigación en el área de publicidad del alcohol, incluye varias publicaciones en revistas científicas y libros, un grupo de investigadores se fue formando en Brasil y nos encontramos con el tema llamado “responsabilidad social” de las empresas de alcohol. Este fenómeno se volvió cada vez más frecuente en Brasil a partir de los años 2000.

De modo general, la responsabilidad social en el área de alcohol, así como está descrita en los capítulos de introducción y metodología de este libro, se refiere a programas creados por varios agentes de la industria (asociaciones comerciales, productores, distribuidores,

etc.) para reducir los impactos negativos generados por el consumo de bebidas alcohólicas. Sería, supuestamente, una forma de: a) admisión de la industria del alcohol sobre los efectos negativos causados por su producto (de forma semejante a lo que sucede con otros productos que traen graves perjuicios para la salud, como el tabaco); y b) tentativa de mitigar estos impactos dañinos.

El problema tomado en cuenta por los defensores de la salud pública mundial, es cuánto estos programas tienen de hecho el efecto de reducir los perjuicios causados por el consumo de bebidas alcohólicas. Más aún, lo cuánto en realidad estas estrategias de responsabilidad social terminan resultando principalmente en una mejora de la imagen de la industria del alcohol, cuando son de hecho, acciones de relaciones públicas y en definitiva, otra forma de publicidad de alcohol.

Después de una primera evaluación de nuestro grupo sobre el tema que dio lugar a publicaciones científicas pertinentes (1,2), surgió la oportunidad de ampliar la investigación con fondos de la organización canadiense International Development Research Centre (IDRC). De este modo, tuvimos la posibilidad (y agradecemos) de contar con la participación de equipos de varios países, entre ellos a Mariana Cremonte, Raquel Peltzer, Karina Conde y Aldana Lichtenberger, de la Universidad de Mar del Plata en Argentina, al equipo de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, Diego Rodríguez Sendoya y Gustavo Sónora, del Centro de Investigación sobre la Epidemia del Tabaquismo en Uruguay; además de la consultoría del Dr. Thomas Babor y Katherine Robaina de la Universidad de Connecticut en los EE.UU. y de Maristela Monteiro, de la Organización Panamericana de la Salud. Del mismo modo que los programas de

responsabilidad social de la industria del alcohol ahora se coordinan a nivel mundial, la investigación y el análisis de este movimiento por la salud pública, también necesita serlo.

Parte del resultado de este esfuerzo, que con los fondos del IDRC duró poco más de tres años, está descrito en la actual publicación. Como se trata de resultados de América Latina este libro podrá ser encontrado en portugués y en español. Los artículos científicos resultantes de este trabajo deben ser publicados en inglés en los próximos meses.

Por último, estamos agradecidos a nuestro patrocinador que no sólo nos apoyó financieramente y nos dio amplia libertad para trabajar en un tema tan delicado sin interferir en ningún momento en el proceso científico, sino que también jugó un papel importante para el desarrollo de la investigación durante todo el proceso.

INTRODUCCIÓN

Daniela Pantani

2

En octubre del 2012, once de las mayores empresas productoras de bebidas alcohólicas del mundo y dos asociaciones comerciales¹ lanzaron un documento describiendo un conjunto de cinco compromisos de la industria del alcohol² en respuesta a la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los signatarios del documento se propusieron actuar en cinco áreas: 1) reducción del uso del alcohol por menores de edad; 2) fortalecimiento y expansión de los códigos de conducta de marketing; 3) suministro de información al consumidor e innovación responsable de los productos; 4) reducción de la conducción bajo efectos del alcohol; 5) compromiso de los comercios minoristas para reducir el uso nocivo de alcohol.

El mismo año, el International Center for Alcohol Policies (ICAP)³, una organización de relaciones públicas y aspectos sociales creada por la industria del alcohol en la década del 90, lanzó el sitio Global Actions.

1 Las empresas que firman el documento son Anheuser-Busch InBev, Bacardi, Beam, Asociación Japonesa de Cerveceros, Brown-Forman, Carlsberg, Diageo, Heineken, Asociación Japonesa de Productores de Destilados y Licores, Molson Coors, Pernord Ricard, SABMiller y UB Group.

2 Se entiende por industria de alcohol a todas las empresas nacionales y multinacionales productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y sus socios comerciales, asociaciones comerciales y organizaciones de relaciones públicas y aspectos sociales.

3 Centro Internacional de Políticas de Alcohol, traducción libre.

La iniciativa consistía en una base de datos en línea con más de 3.500 acciones de responsabilidad social empresarial (RSE) conducidas o financiadas por centenares de empresas de alcohol en todo el mundo. Después del final de la ICAP, la International Alliance for Responsible Drinking (IARD)⁴, creada en 2015 por las mayores empresas de alcohol del mundo, absorbe las actividades que eran desarrolladas por ICAP, incluyendo la base de datos de responsabilidad social.

Desde principios de la década del 1980, la industria del alcohol ha invertido en acciones de RSE, principalmente orientadas al consumo responsable (3). El uso de la estrategia creció de modo exponencial en los últimos años, especialmente entre el 2007 y el 2008, cuando la necesidad de una estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol ya estaba en discusión en la Asamblea Mundial de la Salud, promovida por la OMS (4).

Diversos estudios analizaron los intentos de la industria para prevenir los problemas asociados al consumo de alcohol. Investigaciones de la década del 90 ya habían concluido que la adopción de mensajes de advertencia, tales como “si bebe, no maneje”, creaban una imagen favorable de la marca de bebidas alcohólicas, en lugar de estimular el consumo moderado, sin tener ninguna influencia en el control del consumo excesivo (5-7).

4 Alianza Internacional para el Consumo Responsable, traducción libre.

Del mismo modo, otras investigaciones deba-
tieron el rol de las organizaciones de relaciones públicas
y aspectos sociales creados por la industria para promo-
ver la RSE, sobre todo en forma de acciones de consu-
mo responsable. Estas organizaciones buscan establecer
legitimidad política para promover acciones de control
de alcohol, independientemente de que la eficacia de
algunas acciones que direccionan haya sido debatida y
cuestionada por estudios científicos, como es el caso de
la autorregulación publicitaria (8-13). Además, algunos
estudios documentaron la interferencia de las empresas
de alcohol en el proceso científico por medio de la finan-
ciación de investigaciones e investigadores, y el patroci-
nio de congresos científicos. Los investigadores llama-
ron la atención por los conflictos de intereses inherentes
a este tipo de asociaciones, de una forma muy similar a
lo que ocurrió con las empresas de tabaco en el pasado
(14-17).

Por lo tanto, el estudio presentado en este libro
tuvo como objetivo identificar, monitorear y analizar las
prácticas de RSE de la industria del alcohol en los países
de América Latina y Caribe. Para esto, grupos de inves-
tigadores en Argentina, Brasil y Uruguay evaluaron el
contenido de la base de datos del IARD y estimaron la
efectividad de las actividades para el control de los pro-
blemas relacionados al consumo de alcohol.

El primer capítulo del libro discute de modo
general sobre los patrones de consumo de bebidas al-
cohólicas en los países de América Latina y Caribe. La
sección tuvo como base las informaciones divulgadas
por OMS y la Organización Panamericana de la Salud
(OPS) en sus informes periódicos sobre alcohol y salud.
En general, el uso de alcohol se ve afectado por diferen-

tes factores demográficos, sociales y económicos. Por tratarse de una región muy diversa y con situaciones extremas entre países, los autores optaron por abordar los datos de una forma generalizada, poniendo de relieve las discrepancias entre los países. Para informaciones más detalladas sobre los patrones de consumo en cada país, recomendamos especialmente la lectura de los informes en su totalidad.

El segundo capítulo aborda el contexto histórico de la Estrategia Mundial para Reducir el Consumo Nocivo de Alcohol de la OMS y describe algunos puntos de este documento que sirvieron como base para la creación del modelo analítico de la investigación. Uno de los argumentos más usados por la industria del alcohol para justificar el desarrollo de las actividades de responsabilidad social es el apoyo a la Estrategia Mundial (18). Por lo tanto, es necesario entender su texto, principalmente en lo que se refiere a las políticas de control de alcohol sugeridas dentro de las diez áreas de actuación para los Estados Miembros consideradas prioritarias por la OMS.

El tercer capítulo trata sobre los aspectos metodológicos de la investigación que describen la constitución de la muestra, la construcción del modelo analítico y el protocolo de codificación, el entrenamiento de los investigadores y las etapas de recolección de datos. La investigación fue llevada a cabo por grupos de investigación en Brasil, Argentina y Uruguay, liderada por una investigadora brasileña y contó con el respaldo científico de investigadores de la Universidad de Connecticut, en los Estados Unidos, y de la OPS. Además del objetivo general mencionado arriba, la investigación también analizó si las actividades realmente están de

acuerdo con la Estrategia Mundial de la OMS, si poseen el potencial de hacer publicidad de productos y marcas, si pueden causar daños para la población e influir en el desarrollo de políticas públicas. Además, fue estimado el alcance poblacional, y la posibilidad de beneficio económico, entre otros.

El cuarto capítulo muestra los principales resultados de la investigación. Como será presentado, la industria de alcohol ha destinado recursos considerables para promover programas de RSE. AB Inbev por ejemplo, la mayor empresa de bebidas alcohólicas de la región y del mundo y la que más condujo programas de consumo responsable, anunció recientemente una inversión de US\$ mil millones en campañas de marketing social. El esfuerzo es para promover el “Global Smart Drinking Goals”, un conjunto de cuatro objetivos para “estimular el consumo responsable y reducir el uso nocivo de alcohol” en el período del 2015 al 2025 (19). Así, los resultados de esta investigación se enfrentan a la posibilidad del futuro desarrollo de nuevas actividades de RSE de la industria.

Finalmente, los últimos capítulos presentan consideraciones finales a respecto de las actividades de RSE de la industria y la formulación de leyes y políticas públicas de salud. Además, fueron incluidas recomendaciones para representantes del gobierno, sociedad civil, universidades e investigadores con el fin de evitar conflictos de intereses e interferencia de la industria en el proceso científico, en el desarrollo de políticas federales, departamentales/provinciales y municipales de control de alcohol y en los programas de prevención del uso nocivo.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN AMÉRICA LATINA

Diego Rodríguez Sendoya y
Gustavo Sónora

3

La formulación de leyes y políticas públicas eficaces en el control de problemas asociados a la ingestión de bebidas alcohólicas debe considerar los patrones de consumo de una población. Conocer los niveles de abstinencia y dependencia de la población, cuándo, cuánto y con qué frecuencia los individuos consumen alcohol, las variaciones entre sexos y cuáles son los problemas resultantes, son informaciones cruciales para definir los planos de acción.

Los patrones de consumo pueden ser afectados por una serie de factores sociales e individuales (20,21). Algunos ejemplos incluyen el nivel de desarrollo económico y cultural de una sociedad, la disponibilidad de bebidas alcohólicas y la eficacia de las políticas de control del alcohol. Todas estas condiciones son relevantes para comprender las diferencias entre las vulnerabilidades, los daños causados por el uso de alcohol y la tendencia de consumo entre diferentes sociedades (22,23). Adicionalmente, algunas características también impactan en el consumo de alcohol entre los individuos de una población, tales como sexo y género, edad, ingresos y desigualdad social, cultura, mortalidad y morbilidad, costos económicos y daños causados a los otros.

Mundialmente el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades e invalidez. En los países del continente americano, se asocia a más de 200 tipos de enfermedades y problemas relacionados a la salud listados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (24), como VIH/Sida, meningitis, hepatitis A y B, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc. Además, puede estar relacionado a casos de violencia doméstica, accidentes de tránsito y dependencia. Durante 2012 el alco-

hol causó en América, en promedio, una muerte cada 100 segundos (25).

Una de las medidas que ofrece una visión general del consumo es el volumen total de alcohol puro consumido por un adulto⁵. El volumen de alcohol consumido y las formas de uso también presentan diferencias fundamentales entre países, sexos y entre las diferentes culturas y edades, y contribuye a una gran variación en el aumento global de enfermedades asociadas. En la mayoría de los países de América, este número es mayor que el promedio mundial de 6,2 litros de alcohol puro per cápita. El promedio de la región es de aproximadamente 8,4 litros per cápita, pero algunos países de América Latina, como Argentina (9,3 litros), Brasil (8,7 litros) y Chile (9,6 litros) superan este límite (26). Entre 2000 y 2010, la mayoría de los países de América tuvieron un crecimiento en el consumo, de cerca de un 8,3%. En algunos países como Bolivia, El Salvador, Guatemala y Uruguay este crecimiento quedó entre el 10% y el 30%.

En todos los países, el promedio de consumo entre los hombres es más que el doble comparado al de las mujeres (25). Aun así, el promedio de consumo per cápita de las mujeres en América está por encima del promedio mundial. Históricamente, los hombres son los mayores consumidores de alcohol y por eso, están más susceptibles a la morbilidad⁶ atribuida a las bebidas alcohólicas. Venezuela, Guyana y Brasil son los países con las mayores incidencias de muerte asociadas al consumo de alcohol entre los hombres. Aunque, con

5 De acuerdo con la OPS, es considerado adulto un individuo de más de 15 años.

6 Morbilidad es la relación entre morbilidad y mortalidad, o sea, entre el número de casos de enfermedades o de muertes y el número de habitantes en un lugar y momento dado.

el pasar del tiempo, se ha notado un cambio en el paradigma y las mujeres están bebiendo cada vez más y de forma más frecuente. Biológicamente la mujer tiende a sufrir más que los hombres los efectos del alcohol en su organismo, aún en dosis bajas. El consumo nocivo aumenta los riesgos de cáncer de mama, enfermedades cardíacas, incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles y embarazo no deseado.

El consumo de diferentes tipos de bebida alcohólicas varía de acuerdo a los hábitos culturales y a los esfuerzos de marketing de la industria del alcohol (25). Por lo general, la bebida más consumida en la región es la cerveza, seguida por los destilados y el vino. La excepción es Argentina, Chile y Uruguay, donde el vino es la bebida alcohólica más consumida y en algunos países del Caribe y América Central, donde los destilados están en primer lugar. En Perú el nivel de consumo de cerveza y destilados prácticamente se igualan. Con todo, en la mayoría de esos países la cerveza contribuye considerablemente al consumo per cápita (24). En 24 países de la región, el consumo de cerveza creció comparativamente al de otras bebidas alcohólicas entre 2000 y 2010.

Además de saber cuánto se bebe, es necesario saber cuántas personas no consumen alcohol. Aunque el 61,5% de la población de América consuma bebidas alcohólicas (bastante más que el promedio mundial de 38,3%), el 38,4% es abstemio, y el 19,5% no ingirió alcohol en los últimos 12 meses y el 18,9% nunca consumió alcohol en la vida (25). Sin embargo, esta proporción puede variar bastante entre países. En Chile, por ejemplo, el 34,1% de la población es abstemia, mientras que en Guatemala este número es el 57,7%.

Otro aspecto importante a ser observado es

el consumo abusivo en episodios únicos (denominado *binge drinking*). La definición de *binge drinking* puede variar conforme el sexo: para los hombres es el consumo de cinco o más dosis estándares de cualquier bebida alcohólica; para las mujeres, la clasificación se refiere a cuatro o más dosis. Una dosis de alcohol es definida como próxima a 10 gramos de alcohol puro (aproximadamente lo que se encuentra en un vaso de chop o en una copa pequeña de vino). En América, la incidencia de *binge drinking* es del 22%, o sea, mayor que el promedio mundial del 16%. Paraguay es un ejemplo muy preocupante, el 50% de la población consume alcohol en *binge*. Chile, por su parte, a pesar de tener un consumo per cápita alto, tiene la menor incidencia de *binge drinking*.

Entre los sexos, los hombres son más propensos a vivenciar episodios de *binge drinking* y también los más jóvenes. La incidencia de adolescentes entre 15 y 19 años, en episodios de *binge*, es más común en América que en cualquier otra región del mundo (25). El consumo de bebidas alcohólicas entre jóvenes es preocupante por las consecuencias en el desarrollo cerebral de estos individuos, por la mayor probabilidad de dependencia y el involucramiento en accidentes. La tendencia es de aumento de consumo en el caso de que ninguna política de control sea adoptada por los gobiernos.

Finalmente, países con mayor desigualdad económica deben estar más atentos a la distribución de los daños causados por el alcohol. Según la OPS (25), en general individuos en situación socioeconómica desventajosa sufren más daños que personas más pudientes dentro del mismo nivel de consumo, posiblemente porque ellos enfrentan mayor exclusión social y tienen me-

nos acceso a los tratamientos. Así mismo, otros factores como creencias religiosas, tradiciones étnicas y roles entre género, pueden disminuir o agravar el consumo de alcohol.

El uso nocivo del alcohol

En el próximo capítulo, discutiremos sobre la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el consumo nocivo del alcohol. Basado en lo que ya sabemos sobre patrones de consumo, ¿qué se entiende por “uso nocivo”?

Ya vimos que lo que define los patrones de consumo de una población está íntimamente relacionado a factores demográficos, económicos y sociales de una determinada población. Así, la idea de nocividad considera las consecuencias del consumo de alcohol de forma integral en la salud pública, tanto a nivel individual como colectivo. Por eso, esta no está solo relacionada al consumo en binge o por menores de edad, sino que también está asociada con la morbimortalidad, con las variaciones y consecuencias del consumo entre las diferentes clases sociales, sexo y género y diferentes culturas y manifestaciones religiosas.

ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

Emanuelle Santos y
Daniela Pantani

4

Conocer el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el control de los problemas asociados al consumo de bebidas alcohólicas es esencial para entender la importancia de sus recomendaciones para las políticas públicas de salud nacional e internacional.

En términos generales, el objetivo de la OMS es trabajar en conjunto con los gobiernos de los Estados Miembros para garantizar la salud de la población, tanto en el combate de las enfermedades infecciosas, tales como la gripe y el VIH, como en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, como cánceres, enfermedades respiratorias y cardíacas (27). Las estrategias son adoptadas y estructuradas de acuerdo con la percepción y definición de los problemas enfrentados por los países⁷. Así son incorporadas en la agenda de la organización como un problema mundial de índole sanitaria y formuladas e implementadas que respeta la diversidad cultural, religiosa y social de cada país.

Anualmente, la OMS promueve la Asamblea Mundial de la Salud, que cuenta con la presencia de las delegaciones de todos los Estados Miembros con el propósito de debatir una agenda específica preparada por el Consejo Ejecutivo.

Durante la 61ª Asamblea Mundial de la Salud en 2008 las delegaciones le solicitaron a la OMS la elaboración de una estrategia mundial para el control del uso nocivo del alcohol.

7 Todos los 20 países de América Latina y los 15 países del Caribe son Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud.

La propuesta tuvo como base informes y discusiones previas acerca de la necesidad de enfrentar los problemas causados por el consumo de bebidas alcohólicas, además del establecer intervenciones basadas en evidencias, para controlarlos.

De esta forma, a lo largo de dos años, la Secretaría de la OMS trabajó en conjunto con los países para crear una estrategia que llevase en consideración la complejidad y las diferentes dimensiones de los problemas, así como las variaciones significativas entre países y regiones con relación a los patrones de consumo de alcohol. La secretaría también realizó consultas nacionales con diferentes partes interesadas, incluyendo gobiernos, organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud, organizaciones intergubernamentales y agentes económicos. El objetivo de las consultas fue garantizar que la estrategia se basase en la mayor cantidad de datos y en las mejores prácticas existentes, además de asegurar que la propuesta considerase también los problemas, carencias y prioridades nacionales de salud pública, así como las diferencias de recursos y capacidades de los Estados Miembros (28).

En el inicio del 2010, la propuesta fue debatida y acatada durante la 126ª sesión de la Secretaría Ejecutiva y su aprobación fue recomendada a la Asamblea. Así, durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2010, las delegaciones de los 193 Estados Miembros aprobaron por consenso la resolución WHA63.13 para el combate del uso nocivo del alcohol. La estrategia orienta a los países miembros y a la Secretaría Ejecutiva en la formulación de recomendaciones, leyes y políticas públicas de control de alcohol.

¿Qué define la Estrategia Mundial?

La estrategia tiene ocho principios básicos que sirven como guía para el desarrollo e implementación de las políticas en todos los niveles (federal, departamental/provincial o municipal). En términos generales, establecen la protección de la salud de las poblaciones contra el uso nocivo del alcohol como una prioridad para la salud pública. Los principios son:

a) Las políticas e intervenciones públicas para prevenir y reducir los daños asociados al consumo de alcohol deben ser guiados y formulados teniendo en cuenta los intereses de la salud pública, basados en objetivos claros, y soportados por las mejores evidencias existentes;

b) Las políticas deben ser equitativas y sensibles a los contextos nacionales, religiosos y culturales;

c) Todas las partes involucradas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no perjudiquen la implementación de las políticas públicas e intervenciones para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol;

d) La salud pública debe tener prioridad en relación a otros intereses. Enfoques que sigan este principio deben ser incentivados;

e) La protección de las poblaciones vulnerables a los problemas del alcohol y de las mencionadas consecuencias del uso nocivo, debe ser parte esencial de una política de control del consumo nocivo;

f) Individuos y familias afectadas por el uso nocivo deben tener acceso a programas de asistencia y prevención de bajo costo;

g) Niños, adolescentes y adultos que eligieron

no consumir bebidas alcohólicas tienen el derecho de ser apoyados en sus elecciones y protegidos contra presiones para que consuman alcohol;

h) Políticas públicas e intervenciones para prevenir y reducir los riesgos asociados a uso de alcohol deben abarcar todos los tipos de bebidas alcohólicas y sus sustitutos⁸.

Con base en estos principios, cada país es responsable de formular, implementar, monitorear y evaluar sus leyes y políticas públicas orientadas al control del alcohol. Para auxiliar en esta tarea, la estrategia recomienda diez áreas prioritarias de acción, que agrupan diversas opciones de políticas de intervención que se complementan entre sí (29). Que son:

1. Liderazgo, concienciación y compromiso

La OMS considera esencial que las medidas sugeridas en esta área estén acompañadas por un fuerte liderazgo, compromiso y voluntad política. Aquí los objetivos deben ser idealmente convertidos en políticas públicas de ámbito nacional. Del mismo modo, las contribuciones y la división de responsabilidades de los asociados involucrados tienen que ser clara y previamente establecidos. El desarrollo de estas políticas debe basarse en evidencias científicas y adecuarse al contexto y necesidades específicas del lugar.

Finalmente, el plano de acción debe ser atribuido a una institución o agencia, que será responsable

⁸ La estrategia define como “sustitutos” los líquidos que contienen etanol y no están destinados al consumo como bebidas, pero que son consumidos oralmente con el ánimo de provocar la intoxicación u otros efectos similares al consumo de alcohol.

por acompañar, monitorear y evaluar las intervenciones. Además, las acciones deberán considerar la cooperación con otros trabajos relevantes del sector, incluyendo la cooperación entre los diferentes niveles de gobierno y otras estrategias de salud ya existentes con el objetivo de fortalecerlas.

2. Respuesta de los servicios de salud:

Los servicios de salud son fundamentales para lidiar con los daños individuales causados por el uso nocivo del alcohol y otras enfermedades. Estos pueden ofrecer tratamientos y programas de prevención tanto para un individuo, como para sus familiares en riesgo.

Estas iniciativas también pueden ayudar a identificar el consumo nocivo entre mujeres embarazadas y en edad fértil, personas con dependencia química, depresión, portadores de VIH, etc. Otras funciones importantes de los servicios de salud y principalmente de los profesionales de la salud son informar a las personas sobre las consecuencias del consumo de alcohol, apoyar a las comunidades en sus esfuerzos y movilizarse en favor de respuestas sociales efectivas a los problemas causados. Por eso, deben ser fortalecidos para que puedan ofrecer cuidados continuos y financiados de forma compatible con la magnitud de los problemas de la salud pública causados por el uso nocivo del alcohol.

3. Acción comunitaria:

La participación de las comunidades puede resultar esencial para enfrentar los problemas, pueden actuar rápidamente en la identificación de los daños y de los determinantes sociales y también en establecer prioridades. Por eso los gobiernos precisan apoyar, capacitar

y fortalecer a los liderazgos comunitarios y a las autoridades locales para que puedan usar sus conocimientos y habilidades para actuar localmente por medio de acciones efectivas. Además de ofrecer soporte individual, las comunidades pueden movilizarse en la prevención de la venta de bebidas alcohólicas (lícitas e ilícitas) a menores de edad y desarrollar ambientes libres de alcohol para niños, adolescentes y otros grupos vulnerables.

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

Conducir bajo los efectos del alcohol es un problema grave para la salud pública que afecta tanto al usuario como a otras personas que son víctimas de accidentes de tránsito. En diversos países de América Latina, el número de accidentes causados por embriaguez al volante es alto y por eso, acciones de control son consideradas prioritarias.

Las políticas existentes están basadas en fuertes evidencias e incluyen: a) el establecimiento de límites máximos de concentración de alcohol en sangre para la población en general y niveles aún menores para conductores profesionales y conductores principiantes; b) la promoción de puestos de control y el uso de etilómetros; c) establecimiento de penalidades administrativas a los conductores embriagados, como multas y la suspensión de la licencia para conducir; d) tolerancia cero para nuevos conductores; e) cuando sea aplicable, la utilización de dispositivos de bloqueo de los automóviles en caso de embriaguez del conductor; f) participación obligatoria de los conductores en cursos de formación, asesoramiento y, cuando sea necesario, programas de tratamiento g) estímulo para el uso de transporte alternativo,

incluyendo la oferta de transporte público después del cierre de los locales que sirven bebidas alcohólicas; h) conducción de campañas de educación y concienciación en soporte a leyes y políticas públicas; i) vehiculación de campañas de media cuidadosamente planificadas y ejecutadas, con alta frecuencia de exhibición y orientadas a contextos específicos tales como feriados, o para audiencias específicas como los adolescentes.

5. Disponibilidad de alcohol:

Las acciones que prevén el control de la oferta de bebidas alcohólicas por medio de leyes o políticas públicas son importantes para reducir el consumo nocivo, principalmente entre grupos vulnerables.

La disponibilidad comercial de alcohol puede contribuir para la masificación del producto ante la población y promover el uso nocivo. Por eso, los países pueden establecer sistemas propios de control de la producción, distribución y venta de las bebidas, incluyendo la obligatoriedad de permisos específicos, limitando el número de establecimientos que sirvan bebidas alcohólicas, reglamentando la oferta en eventos o locales específicos, entre otros. El nivel de control dependerá de las circunstancias locales, incluyendo los contextos socioeconómicos, culturales y legales del país en cuestión.

En algunos países, la reglamentación precisará inclusive extenderse para el mercado informal de bebidas alcohólicas. Además, definir una edad mínima legal para el consumo y venta es una acción importante para crear barreras para el consumo por adolescentes. Las acciones también precisan abarcar la oferta de bebidas por parientes o amigos, especialmente para menores de edad, y también el consumo en locales públicos.

6. Marketing de las bebidas alcohólicas:

La Estrategia Mundial entiende como marketing cualquier forma de comunicación comercial o mensaje cuyo objetivo sea aumentar (o que tenga el potencial de aumentar) el reconocimiento, atractivo o consumo de un producto o servicio. Por eso, el concepto abarca cualquier acción que publicite o promueva un producto o servicio.

El marketing de bebidas alcohólicas se ha vuelto cada vez más sofisticado incluyendo la relación del alcohol con deportes y actividades culturales, patrocinios, inserción de productos en programas (lo que se conoce como merchandising o product placement), e-mails marketing, SMS, podcasts, presencia en redes sociales, entre otros. La OMS considera muy difícil direccionar la publicidad en adultos sin exponer individuos menores de edad al mismo marketing. Tanto el contenido del mensaje como la frecuencia de exposición son asuntos muy críticos que necesitan de acciones de control.

Por eso, para la OMS, los países deben considerar en la formulación de intervenciones y políticas públicas el establecimiento de marcos regulatorios, preferentemente con base legal, y si correspondiera, con autorregulación, para regular el contenido y frecuencia del mensaje, el tipo de media utilizada, el patrocinio de actividades, la restricción o prohibición de conexiones con actividades dirigidas a menores de edad y reglamentación de las nuevas formas de marketing, como las redes sociales. Además, los países deben establecer agencias u organismos independientes para el control de las acciones de marketing y la aplicación de penalidades administrativas para empresas transgresoras.

7. Políticas de precios:

Los consumidores son sensibles a las alteraciones de precios de las bebidas alcohólicas. Por eso políticas de precios pueden ser usadas para reducir el consumo, la cantidad y la frecuencia de uso, principalmente entre menores de edad.

El aumento de precios es inclusive, una de las intervenciones que pueden afectar el nivel de consumo y de los problemas asociados (20). Para que esto ocurra, una de las formas más eficientes es la implementación de un sistema de aplicación de gravámenes adecuado, por los gobiernos, acompañado de control y reducción o eliminación de incentivos fiscales para la cadena de suministros de bebidas alcohólicas. La OMS sugiere además la definición de un precio mínimo y la prohibición o restricción de promociones o descuentos por debajo de un límite.

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

En esta área, la OMS propone intervenciones que se dirijan directamente a la reducción de los daños causados por el consumo e intoxicación, ya sea controlando el ambiente o informando a los consumidores. Por eso, estas acciones no deben ser percibidas como aval o promoción de productos o del acto de beber. Intervenciones en esta área incluyen a) regular el ambiente de consumo de forma de minimizar actos de violencia tales como servir las bebidas en vasos plásticos; b) creación leyes que prohíban servir alcohol a personas intoxicadas y control que incluya penalidades para los transgresores; c) entrenamiento para personas que trabajan en el

sector de hotelería para prevenir, identificar y lidiar con bebedores agresivos o intoxicados; d) oferta de cuidados necesarios para personas intoxicadas; e) suministro de informaciones a los consumidores y exposición clara en los rótulos de las bebidas alcohólicas.

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

El consumo de bebidas alcohólicas ilícitas o producidas informalmente puede tener consecuencias muy negativas para la salud por causa de la mayor concentración de etanol y la posibilidad de contaminación por sustancias tóxicas. Acciones en esta área deben considerar la prevalencia del consumo proveniente del mercado ilegal y los riesgos asociados. Por eso, los países deben establecer buenos mecanismos de control de la producción y distribución de bebidas alcohólicas, controlar ventas de alcohol ilícito, crear mecanismos para su fácil identificación y monitoreo de bebidas legales, asegurar la cooperación entre agencias y autoridades en diferentes niveles e informar a la población sobre los daños de la ingestión de bebidas ilegales.

10. Seguimiento y vigilancia:

Los datos provenientes del monitoreo y la vigilancia de las actividades implementadas sirven para alimentar y direccionar otras áreas de actuación. El objetivo es recolectar información sobre la magnitud y las tendencias de los fenómenos, fortalecer el activismo, mejorar las acciones, registrar el perfil de las personas que acuden a los servicios de salud, etc. Para eso, es necesario establecer metodologías para el monitoreo periódico y un plano para la divulgación de informacio-

nes, designar organizaciones responsables por registro, análisis y divulgación de datos, definir indicadores y posibles respuestas de intervención para prevenir y reducir el consumo nocivo, crear un centro de datos público y crear mecanismos de evaluación del impacto de las políticas en el control del uso nocivo del alcohol.

METODOLOGÍA

Aldana Lichtenberger y
Karina Conde

5

Para analizar las actividades de responsabilidad social de las mayores empresas de bebidas alcohólicas en América Latina, los investigadores utilizaron un sitio promocionado por la International Alliance for Responsible Consumption (IARD). El sitio reúne más de 3.500 actividades de responsabilidad social empresarial y consumo responsable en todo el mundo, incluyendo a los países de América Latina y Caribe.

La IARD es una organización fundada en 2015 por las mayores empresas multinacionales de bebidas alcohólicas del mundo, incluyendo la AB InBev, Kirin, Heineken, entre otras. La fundación de la IARD vino a unificar los trabajos desarrollados por el ICAP, desaparecido en 2015, y de la Global Alcohol Producers Group⁹ (GAPG), ambos financiados por la industria de bebidas alcohólicas. La base de datos utilizada para la recolección de datos de esta investigación fue inicialmente creada por el ICAP en 2012 con el objetivo de reunir las iniciativas de la industria en la cuestión del combate al uso nocivo del alcohol, transferida en 2015 para la responsabilidad de la IARD y suspendida en 2016¹⁰.

El sitio mostraba resúmenes breves de las actividades formuladas por la propia industria.

9 Grupo de Productores de Alcohol Mundiales, traducción libre.

10 Hasta la finalización de este libro, la plataforma continuaba suspendida sin previsión de retorno (enlace de acceso: <http://initiatives.producerscommitments.org/>).

Dentro de la información presentada estaba el nombre de la actividad, los asociados participantes, fecha de inicio, área de acción dentro de la Estrategia Mundial (de acuerdo con la evaluación de la industria), descripción de las actividades realizadas y ocasionalmente informaciones relativas a la evaluación de resultados realizados por la industria e imágenes de acuerdo al ejemplo de abajo (figura 1).

"Si Tomaste no Manejes (If You Drink Do Not Drive)"

Organization: AB INBEV - Cervecería y Maltería Quilmes

Partners: Collaborators

Country/region: Argentina

Area of Action: Drink-driving

Date: 1/5/2004

Summary: A campaign that includes outdoor advertisements at the main access points to Buenos Aires City, roads, and tourist centres, as well as static advertisements in stadiums during international soccer matches and major-league championships of the Argentine Soccer Association (AFA), and in the Argentine Polo Field during polo championships. The campaign is complemented by the "Taxi" commercial which was featured on TV and radio. The purpose of all such campaigns is to raise the consumer's awareness of the importance of adopting an attitude of responsible consumption and the incompatibility of drinking and driving. To give added impetus to the message of responsible consumption, 100,000 coasters with the campaign slogan were distributed to bars and discos throughout the country.

Evaluation: The TAXI TV commercial has reached 7,000,000 adults.

Images:

Figura 1. Ejemplo de actividad del banco de datos de la IARD.

Así, 215 actividades correspondientes a América Latina y Caribe fueron identificadas hasta diciembre del 2015 cuando los datos fueron recogidos y constituyeron la muestra para esta investigación.

¿Cómo fueron analizadas las actividades?

El primer paso fue la formación de grupos de trabajo. Como la investigación contó con la participación de equipos de investigación en tres países distintos (Argentina, Brasil y Uruguay), cada grupo tenía un investigador responsable e investigadores especializados en las áreas de salud pública o control del alcohol. Además, los grupos contaron con el apoyo científico y capacitación de investigadores de la Universidad de Connecticut, en los Estados Unidos, donde fue desarrollada la primera versión de la metodología usada.

La capacitación duró varios meses y contó con etapas de evaluación y adaptación del protocolo de investigación, sesiones prácticas de codificación y debates sobre los puntos que suscitaron dudas en los codificadores. Dos sesiones de prueba de codificación fueron promovidas hasta llegar a un nivel aceptable de fiabilidad entre los codificadores ($\kappa \geq 0,5$). En este punto las discrepancias entre los codificadores eran mínimas. Estas etapas fueron esenciales para garantizar el rigor científico de la investigación.

Además, como la información suministrada por la industria en la base de datos era demasiado sucinta o inexistente, se adoptó un procedimiento de control llamado LEAD, que es un acrónimo para las palabras en inglés Longitudinal (longitudinal), Expert (experto) y All Data (todos los datos). El LEAD es un procedimiento utilizado en medicina para acceder a la validez de un instrumento para el diagnóstico de un paciente (30). “Longitudinal” significa que la información no debe estar limitada a un único momento en el tiempo, sino basada en el monitoreo de la acción

a lo largo del tiempo, juntando informaciones sobre el pasado y el presente. “Experto” quiere decir que la evaluación debe ser realizada por uno o más expertos del área de control de alcohol, aptos para realizar un análisis independiente basado en evidencias disponibles en la literatura científica. Finalmente, “Todos los datos” implica el uso sistemático de diversas fuentes de información para la evaluación como entrevistas, participación en eventos, documentos, videos, fotos, etc.

Así, los investigadores buscaron otras informaciones que pudiesen enriquecer el análisis y la codificación por medio del LEAD. El criterio para el fin de la búsqueda era la saturación de la información, o sea, cuando la misma empezaba a volverse repetitiva.

Como algunas actividades contenidas en la base de datos eran demasiado antiguas y la posibilidad de encontrar informaciones era menor, fue definido un criterio de inclusión para la aplicación del LEAD. Sólo fueron consideradas actividades iniciadas a partir del 2010, finalizadas o no, hasta el momento de la recolección de datos y actividades iniciadas antes del 2010, pero que aún ocurrían hasta el momento de la recolección de datos. La elección del período se realizó como consecuencia del lanzamiento de la Estrategia Mundial de la OMS en el 2010 y la observación del aumento considerable de acciones de responsabilidad social por parte de la industria a partir de esta fecha (4). En total, fueron 150 actividades que pasaron por el procedimiento.

Por este motivo fueron realizadas dos etapas de codificación: una antes del LEAD, teniendo como base solo las informaciones reportadas por la industria en base de datos de IARD; y otra después del LEAD, considerando también las informaciones recogidas por

los investigadores. La idea era también verificar cuán precisas eran las informaciones suministradas por las empresas de alcohol y comparar cuánto el acceso a la información más detallada influiría en la evaluación de los codificadores.

El protocolo de codificación usado tuvo como base tanto las variables que ya existían en la base de datos de la IARD, como variables de análisis que corresponden a los objetivos propuestos para la investigación. La creación de las variables fue basada en la literatura científica disponible sobre el tema del alcohol. De esta forma, las actividades fueron codificadas de acuerdo con las siguientes variables:

- Caracterización de la muestra: nombre de la actividad, identificación de la organización responsable (empresa privada nacional o multinacional, asociación comercial, organización de relaciones públicas e interés social), país, empresa matriz (en caso de tratarse de una sucursal/filial), año de inicio y término de la acción;
- Asociados: ¿qué tipo de asociados estaban involucrados en las actividades? Las respuestas posibles eran desde agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y universidades hasta asociaciones comerciales y organizaciones financiadas por la industria;
- Participación de agencias gubernamentales: los codificadores tenían que identificar si había o no participación del gobierno y especificar el área de la agencia gubernamental involucrada (tránsito, salud, ciudades, etc.).
- Evaluación: presencia o ausencia de evaluación de resultados de la actividad realizada por la industria. En los casos en los que hubo evaluación, fue necesario

que el codificador analizara el tipo de evaluación realizada por la industria. Las respuestas variaban desde “la descripción no cumple los criterios mínimos para ser considerada una evaluación”, como la entrega de un premio, por ejemplo, hasta la posibilidad de ensayos clínicos controlados.

- Área prioritaria de la OMS: aunque esta fuese una de las variables relatadas por la industria, los codificadores tuvieron que reevaluarlas con base en las descripciones de la Estrategia Mundial. La intención era identificar si de hecho las actividades se ajustaban en las políticas consideradas como prioritarias por la OMS para el control del uso nocivo de alcohol. Además de las 10 áreas debatidas en el capítulo anterior los codificadores también tenían la opción de responder que la actividad no encajaba en ningún área o que las informaciones suministradas eran insuficientes para el análisis.

- Potencial de daño: aquí el codificador debería evaluar si la actividad podría o no causar daños para el público objetivo según una perspectiva de salud pública. Para eso fue realizado un relevamiento en la literatura científica disponible.

- Potencial de marketing: se evaluó si la actividad poseía el potencial de promover una marca, producto o hasta la empresa, ya sea por medio de la entrega de materiales promocionales o la utilización de mensajes de consumo responsable de forma secundaria al objetivo principal de marketing.

- Potencial político: fue analizado si la actividad tenía el potencial de impactar el desarrollo o la aplicación de las políticas públicas y leyes o aumentar la posibilidad de la empresa de comercializar sus productos en un ambiente con menor regulación. La variable incluyó

actividades como lobby y apoyo a la autorregulación.

- Potencial económico: verificación si la empresa obtuvo beneficios económicos directos como resultado de la acción, tal como la reducción de impuestos.

- Tipo de responsabilidad social empresarial: se trató de evaluar el tipo de enfoque de responsabilidad social empresarial en cada actividad. Esta variable está basada en la teoría de que las empresas pueden actuar de tres formas de RSE: “altruista”, ética y estratégica (31). La “altruista” involucra el desarrollo de acciones filantrópicas sin tener obligatoriamente alguna conexión con el negocio principal de la empresa, como por ejemplo la donación de alimentos para víctimas de desastres naturales. La “ética” es la noción de que las empresas deben evitar obligatoriamente causar cualquier daño a la sociedad aun cuando esta no pueda ganar dinero con esto. Para muchos, ser ético debería ser obligatorio para cualquier corporación, pero la historia muestra que esto no siempre sucede, como es el caso de las empresas responsables por la contaminación, deforestación y por colocar en riesgo la salud de la población. La falta de un enfoque ético llevaría a las empresas a adoptar una estrategia de “gestión de riesgo”, mitigando los riesgos y factores externos del negocio. Finalmente, la RSE “estratégica” alinea la idea de filantropía con el lucro, o sea, la empresa acaba lucrando por ser percibida por la sociedad como socialmente responsable. Así como todas las otras variables, los codificadores también tenían la opción de codificar como “no se aplica”.

- Alcance poblacional estimado: se refiere a una estimativa del número de personas que fueron alcanzadas por la actividad. Algunas acciones estaban orientadas a públicos objetivo específicos, como adolescentes

de una determinada comunidad, país o de una determinada escuela. Otras, tenían alcance municipal o nacional, como campañas de televisión o radio.

- Tipo de actividad y efectividad: la literatura científica define acciones que son efectivas desde el punto de vista científico y experimental, o sea, que presentaron buenos resultados en el control de los problemas asociados al consumo de alcohol. El protocolo tomó como base las acciones descritas y analizadas por NELSON et al. (32) e BABOR et al. (9). Los codificadores verificaron si las actividades descritas por la industria poseían los componentes necesarios para que se ajustaran en alguna actividad descrita en la literatura para que así se pudiese determinar su efectividad en términos del control de los problemas.

RESULTADOS

Aldana Lichtenberger, Karina Conde,
Mariana Cremonte y Raquel Peltzer

6

El mapa abajo (figura 2) muestra la distribución de las 215 actividades en los países de América Latina y Caribe. Como se puede observar, los países con mayor cantidad de acciones son Brasil, México, Argentina y Chile, respectivamente. Estos cuatro países concentraron el 60% de todas las actividades de RSE realizadas en las regiones. Algunas acciones (3%) fueron hechas en múltiples países.

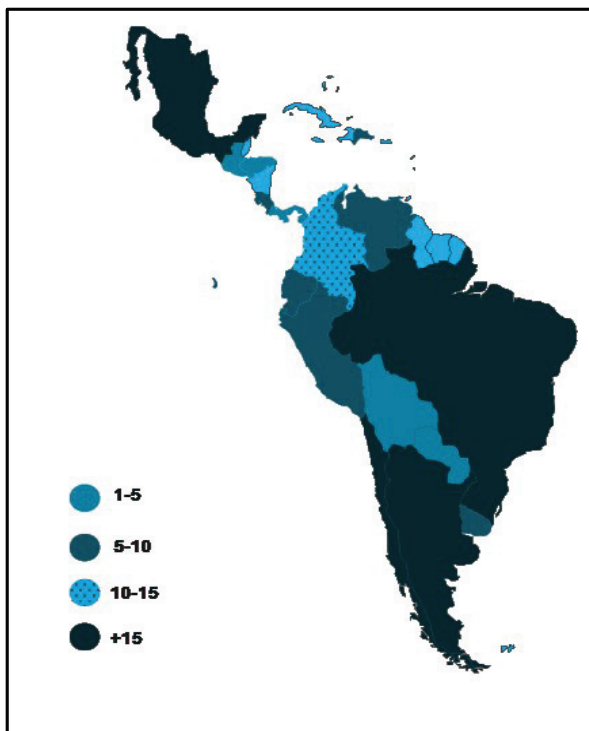


Figura 2. Frecuencia de las actividades de RSE de la industria del alcohol en la región (N=215).

En relación al tipo de organización que realiza las actividades, el 84% fueron grandes empresas privadas productoras de alcohol y un 16% fueron entidades comerciales y organizaciones de relaciones públicas y aspectos sociales. Además más del 50% de las actividades enían un alcance poblacional pequeño, orientadas principalmente a públicos específicos, y el 20 % poseían alcance nacional.

Cerca del 80% de las actividades fueron realizadas en conjunto con asociados. Aunque buena parte de las descripciones de la base de datos no incluían esta información. Fue solo durante el procedimiento LEAD que los investigadores encontraron la presencia de asociados en el 43% de las actividades que inicialmente no lo relataban. De esta forma, fue posible constatar que dentro de las actividades con asociados, el 37% consistían en múltiples alianzas, como gobiernos y ONG, o asociaciones comerciales y ONG. Las agencias de gobierno estuvieron presentes en el 3% de las actividades como socios únicos (9%) o en conjunto con otras instituciones. Las ONG estuvieron presentes en el 13% de las acciones como aliados únicos. Universidades y centros de investigación correspondieron al 4% de los asociados.

Una de las variables contenidas en la base de datos es el área prioritaria de acción de la OMS, que estaba basada en la comprensión y evaluación de la propia industria de la Estrategia Mundial. Se concluyó que el 29% de las actividades fueron clasificadas por las empresas como parte del área “Liderazgo, concienciación y compromiso” y el 28% como “Políticas para el control de alcohol y conducción”. Aunque el análisis de los investigadores por medio del LEAD concluyó que el 58% de las actividades no podrían ser clasificadas bajo las áre-

as de Estrategia Mundial, ya sea por la falta de información o por la falta de componentes efectivos, y basados en evidencias para el control de los problemas asociados al consumo de alcohol. Aun así, los investigadores consideraron que el 23% de las actividades podrían ser clasificadas como “Políticas para el control de alcohol y conducción”. Los ejemplos más comunes fueron la realización de campañas educacionales para evitar conducir luego de la ingestión de bebidas alcohólicas, conductor asignado y provisión de transporte gratuito alternativo durante eventos.

Además, la mayoría de las acciones fue considerada por los investigadores como sin efectividad con base en la literatura disponible (33%) o sin base científica para evaluar su impacto (63%). Menos del 5% de las actividades demostraron algún tipo de efectividad (limitada, moderada o alta). La participación del gobierno en las acciones no estuvo relacionada con la efectividad, o sea, la presencia de agencias gubernamentales como aliadas no significó necesariamente una actividad con resultados efectivos en el control de los problemas.

Incluso, el 73% de las acciones no tuvieron sus resultados relatados por la industria. La importancia de conocer este dato está relacionada con la necesidad de conocer la metodología aplicada, las evidencias y literatura científica que ratifican la acción y principalmente, los resultados en términos de reducción del consumo de bebidas alcohólicas y de los problemas asociados. Entre las acciones que tuvieron algún tipo de resultado relatado, los investigadores consideraron que el 19% no cumplían los requisitos mínimos, pues apenas afirmaban que la acción había finalizado en determinado período, o que el principal resultado consistía en el recibimiento

de un premio, sin especificar qué había sido medido y cuáles eran los resultados de esta medición. Dentro de las actividades que cumplían los requisitos de la evaluación, el 87% consistían en evaluación del proceso, o sea se daba información solo sobre factores tales como la cantidad de folletos distribuidos, el número de personas alcanzadas y el número de bares que adhirieron a la actividad. Un 13% de las acciones presentaron evaluaciones que trajeron algún tipo de cambio, pero con resultados no controlados, o sea, no hubo establecimiento de grupos de control o resultados que pudiesen generar alguna inferencia causal entre la realización de la acción y los resultados alcanzados desde el punto de vista científico. En resumen, la mayoría de las acciones no fue evaluada por las empresas de alcohol o no tuvo sus resultados divulgados, y dentro de las que tuvieron sus resultados relatados, la mayoría se trataba de evaluación de proceso.

Considerando los tipos de enfoque de responsabilidad social empresarial, explicados en el capítulo anterior, un 3% de las acciones fueron consideradas como “altruista”, como la donación de agua potable para víctimas de desastres naturales. Un 47% fueron consideradas como “gestión de riesgo”, tales como actividades de consumo responsable orientadas a adolescentes de comunidades carentes y un 37% consistieron en un enfoque “estratégico” de la RSE, como por ejemplo soporte a la autorregulación de la publicidad o la creación de códigos de conducta voluntarios de marketing. Actividades que no se encajaron en ninguno de los conceptos, representaron el 13% del total (gráfico 1).

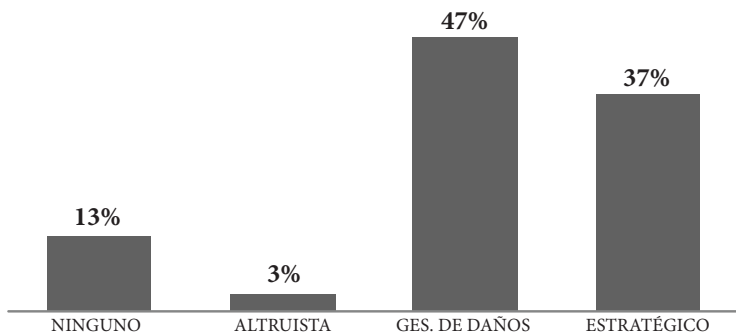


Gráfico1. Tipo de RSE de la industria del alcohol (N=150).

Actividades que fueron clasificadas como “gestión de riesgo” presentaron mayor probabilidad de poseer un potencial de riesgo “posible” para el público objetivo en términos de salud pública. Ejemplos incluyen programas de consumo responsable orientados a niños menores de 12 años de edad, campañas de bebidas y conducción que podrían aumentar el consumo de alcohol. En actividades con enfoque de RSE “estratégico”, la probabilidad era de daño potencial alto, como por ejemplo, la posibilidad de interferencia en el desarrollo de leyes y políticas de forma contraria a los objetivos de la salud pública. Esto quiere decir que además de que tuvieran componentes que probablemente no tendrían efecto en el control de los problemas, las acciones aún podrían traer algún riesgo para las personas afectadas directamente.

Considerando toda la muestra, los investigadores concluyeron que el 30% de las acciones tenían

algún potencial de causar daño (2%) para el público objetivo. Además, en el 55,8% de las actividades fueron encontrados componentes que podrían caracterizarlas con potencial de marketing. Esto quiere decir que estas acciones, según se supone establecidas para prevenir daños relacionados al consumo de alcohol podrían potencialmente vender productos o promover marcas y empresas. Ejemplos incluyen la distribución de materiales promocionales y la utilización de las marcas en los locales donde la actividad era promovida, la difusión de campañas educativas de alcance nacional asociadas a la marca de la bebida alcohólica, etc. En 2011, por ejemplo, una de las marcas de cerveza realizó una campaña de consumo responsable durante un festival de música en Brasil. De acuerdo con la empresa, el objetivo era fomentar el consumo responsable entre los clientes y minimizar los problemas durante el evento. Sin embargo, por tratarse de una fiesta, la publicidad de la empresa estaba en todas partes y el objetivo de responsabilidad social parecía secundario al objetivo de promoción de la marca y del producto.

Acciones que presentaban potencial de marketing tendían a alcanzar el mayor número de personas. De la misma manera, acciones sin componentes de marketing en general tenían menor alcance en la población. En Uruguay, por ejemplo, una marca de cerveza lanzó una campaña televisiva en 2012 invitando a las personas a tomar un taxi siempre que bebieran. Además de la posibilidad de promoción de la marca por medio del uso de su identidad visual, el comercial fue transmitido en todo el país y en horarios pico de audiencia, conquistando un alto alcance de población. Actividades orientadas para públicos específicos, como adolescen-

tes, universitarios o padres, eran en general más elaboradas y con menor probabilidad de contener artimañas de marketing.

CONSIDERACIONES FINALES

7

La industria del alcohol ha destinado recursos considerables para promover sus estrategias de responsabilidad social empresarial por toda América Latina y Caribe. Los resultados presentados en este libro sin embargo, cuestionan la calidad y la importancia de esas actividades en términos de resultados para la salud pública.

El análisis reveló que la gran mayoría de las actividades no fueron evaluadas por la industria en términos de efectividad para el control de los problemas asociados al consumo de alcohol. Del mismo modo que cuando algún tipo de resultado era presentado, se trataba de informaciones procesadas, revelando apenas “cuánto” del servicio fue hecho. Considerando que la mayoría de las actividades tuvo un alcance de la población bajo o que estaba orientada a poblaciones específicas, posibilitando un mayor control sobre los resultados, es curioso que las mayores empresas de alcohol en el mundo no hayan realizado una medición de resultados apropiada, ni hayan divulgado la metodología utilizada, dado que se trata de un asunto de interés público.

Por otra parte, de acuerdo con la evaluación de los investigadores, sólo el 5% de las actividades presentaron algún tipo de efectividad con base en las evidencias y literatura científica sobre el tema. Este resultado contraría uno de los principios fundamentales de la Estrategia Mundial de la OMS que preconiza que las políticas e intervenciones deben estar basadas en las mejores evidencias existentes.

La forma como la industria puede beneficiarse de las acciones de RSE, también genera dudas de si son de hecho pensadas para reducir los problemas. La mayoría de las acciones fue considerada dentro del en-

foque de “gestión de riesgo”. En este caso, el objetivo deja de ser el de no causar mal a la sociedad para dar lugar al desarrollo y administración de actividades con el objetivo de mitigar riesgos y compensar factores externos. Además, el análisis reveló que la mayoría de las acciones presentan potencial de marketing, con promoción de productos, marcas y empresas. El resultado sugiere que el enfoque de RSE puede tener un doble beneficio, pues además de contribuir a la mejora de imagen corporativa, también puede ayudar a consolidar marcas y productos. Aún más importante, el potencial de marketing disminuye la efectividad de las pocas actividades que fueron clasificadas como con potencial para algún nivel de efectividad. Para la Estrategia Mundial, la salud pública debe ser priorizada en relación a otros intereses, lo que deja de suceder cuando las actividades de RSE están inmersas en estrategias de marketing.

Del mismo modo, el intento de ganar legitimidad a través de la Estrategia Mundial es un argumento recurrente de la industria del alcohol. El IARD declara directamente su apoyo al documento de la OMS en su sitio (33). Sin embargo, además de atacar los principios básicos de la Estrategia Mundial, conforme vimos antes, los investigadores encontraron que la mayoría de las actividades no correspondieron a la descripción de las áreas consideradas prioritarias por la OMS.

Esta investigación, como cualquier trabajo científico posee algunas limitaciones, principalmente por el hecho de estar fuertemente basada en informaciones relatadas por la propia industria. Algunas informaciones aún son tratadas por las empresas como confidenciales y a pesar de los esfuerzos de los investigadores en obtenerlas no fueron divulgadas. Sin embargo, los

resultados aquí presentados fueron obtenidos con uso de una metodología científica y rigurosa.

RECOMENDACIONES

8

Con base en los resultados y conclusiones presentados, los autores prepararon un conjunto de recomendaciones para representantes de gobiernos, legisladores, sociedad civil, investigadores y centros de investigación con referencia al establecimiento de alianzas con la industria del alcohol.

Las recomendaciones valen para todos los países de América Latina y Caribe, principalmente para aquellos donde las empresas de alcohol orientan la mayor parte de sus esfuerzos como Brasil, México, Argentina y Chile. No es coincidencia que el programa Global Smart Drinking Goals de AB InBev iniciará sus actividades con un proyecto piloto en seis ciudades: Shanghái, Buenos Aires, San Pablo, Ciudad de México, Bruselas y Nueva York (34). Así, tres de los cuatro países con el mayor número de actividades continuarán recibiendo grandes inversiones en RSE. Además, el proyecto prevé la concesión de financiación para investigadores y organizaciones orientadas a la salud y políticas públicas. Estos profesionales estarían encargados de desarrollar, implementar, monitorear y evaluar el programa, así como hacer disponibles públicamente, los resultados (19).

1. Evitar la interferencia de intereses comerciales.

Es principio fundamental de la Estrategia Mundial que las acciones de prevención y reducción de daños asociados al consumo de alcohol sean guiadas y formuladas con base en intereses de la salud pública. Esta investigación demostró que casi un 60% de las actividades no podrían ser consideradas bajo las áreas prioritarias

de actuación recomendadas por la OMS, el 73% no presentaron evaluación de resultados y el 95% no tuvieron efectividad. Por esto, aunque las actividades de RSE de la industria parezcan loables en un primer momento, el análisis profundo de las actividades reveló que están lejos de cumplir los objetivos que públicamente se proponen. Más grave aún, casi el 56% presentaron potencial de marketing y el 47% de las actividades utilizaron un enfoque de gestión de daños, lo que levanta dudas sobre los reales intereses de la industria en promoverlas.

La experiencia del área del tabaco demostró que el liderazgo del gobierno, el involucramiento de la sociedad civil y la utilización de la ciencia son factores esenciales para prevenir la interferencia de la industria en el proceso político y en la implementación de intervenciones efectivas (1). Pero a pesar de que investigadores del área del alcohol hace años llaman la atención para los asuntos de conflicto de intereses, muchas organizaciones que representan los intereses públicos aún no tiene conciencia del problema. Por esto, tanto las organizaciones gubernamentales, las universidades, los centros de investigación y las organizaciones no gubernamentales precisan estar atentos en sus alianzas para evitar que los intereses comerciales se sobrepongan a los intereses de prevención y promoción de la salud.

2. Los gobiernos deben actuar proactivamente

Los gobiernos estuvieron presentes como aliados en casi la mitad de las actividades desarrolladas e implementadas por la propia industria, conforme los resultados presentados. Aun así apenas el 5% de las acciones presentaron algún tipo de efectividad en el control de

los problemas asociados al uso nocivo del alcohol. Es prerrogativa del gobierno garantizar que las acciones de control estén basadas en las mejores evidencias posibles y que estén libres de intereses comerciales, conforme recomienda la Estrategia Mundial. Por esto es necesario que los gobiernos actúen proactivamente en el desarrollo, implementación y monitoreo de las actividades, y definan de modo claro los objetivos y las atribuciones de los asociados. Establecer alianzas es recomendado por la OMS, pero sin violar los principios básicos de la salud pública. Además, es sumamente recomendable que los gobiernos eviten la interferencia de la industria del alcohol en el desarrollo de leyes y políticas públicas.

3. Considerar la RSE como una nueva forma de marketing

Si casi el 56% de las actividades presentan componentes que puedan caracterizarlas con el potencial de promover productos, marcas y empresa, es necesario que los gobiernos las consideren como una nueva forma de marketing, principalmente en la formulación de leyes que las reglamenten. Esto implica inclusive que, estas actividades estén sometidas a restricciones de público objetivo, como los menores de edad. Existe una vasta literatura disponible sobre el efecto de la publicidad del alcohol en la iniciación del consumo de bebidas alcohólicas, especialmente entre los jóvenes.

4. Organizaciones no gubernamentales deben estar atentas a sus objetivos

Representantes de las ONG deben estar atentos al

establecimiento de alianzas con empresas de bebidas alcohólicas. En general, las actividades desempeñadas por ONG son percibidas como legítimas, libres de intereses comerciales y orientadas al bienestar público. Acciones que no poseen evidencias de efectividad, poseen componentes de marketing y en algunos casos pueden hasta causar daños a las poblaciones involucradas, son contrarios a los objetivos de la mayoría de las ONG.

Además, estos conflictos de interés no están totalmente explícitos para la sociedad, que desconoce los métodos y los resultados de esas actividades. Por esto, estas organizaciones deben estar atentas a la interferencia de las empresas en el desarrollo del contenido de los programas, a la imposición de actividades por las empresas y a la necesidad de agregados de logos, marcas y otros componentes que puedan ser contrarios a los objetivos de la organización.

5. Evitar la interferencia en el proceso científico y el uso de la legitimidad de los investigadores

Aunque alianzas con Universidades y de Investigación hayan representado apenas el 4% de las actividades, estas exigen bastante atención por diversos factores: ayudan a minimizar potenciales críticas al trabajo que está siendo realizado; ayudan a crear una imagen favorable de la industria de alcohol; influyen en el establecimiento de prioridades para el desarrollo de leyes y políticas del alcohol; establecen un vínculo con el nombre de instituciones de enseñanza e investigadores que pasan a transferir y legitimar la estrategia; afectan el proceso científico que precisa ser imparcial; tornan los investigadores dependientes del patrocinio de la indus-

tria y crean una confusión en la sociedad sobre los reales problemas asociados al consumo del alcohol (14).

Por eso, los gobiernos deben aumentar las fuentes de financiación independientes de forma que los investigadores no se sientan incitados a buscar dinero en la industria del alcohol. Además, investigaciones e investigadores que reciben cualquier tipo de financiación de la industria del alcohol deben divulgar claramente el hecho, para que la sociedad comprenda la posibilidad de conflicto de intereses e interferencia en los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9

1. COSTA E SILVA, Vera Luiza et al. Bridging the gap between science and public health: taking advantage of tobacco control experience in Brazil to inform policies to counter risk factors for non-communicable diseases. **Addiction**, v. 108, n. 8, p. 1360-1366, 2013.
2. PANTANI, Daniela et al. 'Responsible drinking' programs and the alcohol industry in Brazil: Killing two birds with one stone?. **Social Science & Medicine**, v. 75, n. 8, p. 1387-1391, 2012.
3. ESSER, Marissa B. et al. Evaluation of the evidence base for the alcohol industry's actions to reduce drink driving globally. **Journal Information**, v. 106, n. 4, 2016.
4. BABOR, Thomas F.; ROBAINA, Katherine. Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 2, p. 206-214, 2013.
5. BARRY, Adam E.; GOODSON, Patricia. Use (and misuse) of the responsible drinking message in public health and alcohol advertising: a review. **Health Education & Behavior**, v. 37, n. 2, p. 288-303, 2010.
6. DEJONG, William; ATKIN, Charles K.; WALLACK, Lawrence. A critical analysis of "moderation" advertising sponsored by the beer industry: are "responsible drinking" commercials done responsibly?. **The Milbank Quarterly**, p. 661-678, 1992.
7. SMITH, Sandi W.; ATKIN, Charles K.; ROZNOWSKI, JoAnn. Are "drink responsibly" alcohol campaigns strategically ambiguous?.

- Health communication**, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2006.
8. ANDERSON, Peter. The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. **Addiction**, v. 99, n. 11, p. 1376-1377, 2004.
 9. BABOR, Thomas; CAETANO, Raul; CASSWELL, Sally; EDWARDS, Griffith; GIESBRECHT, Norman, GRAHAM, Kathryn, et al. Alcohol policies: a consumer's guide. In: BABOR, Thomas; CAETANO, Raul; CASSWELL, Sally; EDWARDS, Griffith; GIESBRECHT, Norman, GRAHAM, Kathryn, et al. **Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy**. Oxford University Press, 2010.
 10. CHUNG, Paul J. et al. Association between adolescent viewership and alcohol advertising on cable television. **American journal of public health**, v. 100, n. 3, p. 555-562, 2010.
 11. HENRIKSEN, Lisa et al. Receptivity to alcohol marketing predicts initiation of alcohol use. **Journal of Adolescent Health**, v. 42, n. 1, p. 28-35, 2008.
 12. MILLER, Peter G. et al. Vested interests in addiction research and policy. Alcohol industry use of social aspect public relations organizations against preventative health measures. **Addiction**, v. 106, n. 9, p. 1560-1567, 2011.
 13. MORGENSTERN, Matthis et al. Exposure to alcohol advertising and teen drinking. **Preventive medicine**, v. 52, n. 2, p. 146-151, 2011.
 14. BABOR, Thomas F. Diageo, University College Dublin and the integrity of alcohol science: it's

- time to draw the line between public health and public relations. **Addiction**, v. 101, n. 10, p. 1375-1377, 2006.
15. BABOR, Thomas F. Alcohol research and the alcoholic beverage industry: issues, concerns and conflicts of interest. **Addiction**, v. 104, n. s1, p. 34-47, 2009.
 16. JERNIGAN, David H. Global alcohol producers, science, and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 1, p. 80-89, 2012.
 17. STENIUS, Kerstin; BABOR, Thomas F. The alcohol industry and public interest science. **Addiction**, v. 105, n. 2, p. 191-198, 2010.
 18. ANHEUSER-BUSCH INBEV; BACARDI; BEAM; BREWERS ASSOCIATION OF JAPAN; BROWN-FORMAN; CARLSBERG et al. **Reducing harmful use of alcohol: beer, wine and spirits producers' commitments**. Disponível em: <<http://www.diageo.com/en-row/ourbrands/infocus/Pages/gapg.aspx>>. 9 Oct 2012. Consulta en: 2 Dic 2016.
 19. ANHEUSER-BUSCH INBEV. **Anheuser-Busch InBev launches Global Smart Drinking Goals: consumers are encouraged to make smart drinking choices at all times**. Disponível em: <<http://www.webcitation.org/6grbTWV1B>>. Consulta en: 1º ene 2016.
 20. BABOR, Thomas; CAETANO, Raul; CASSWELL, Sally; EDWARDS, Griffith; GIESBRECHT, Norman, GRAHAM, Kathryn, et al. **Alcohol: no ordinary commodity: research**

- and public policy.** Oxford University Press, 2010.
21. SHI, Leiyu; STEVENS, Gregory D. Vulnerability and unmet health care needs. **Journal of general internal medicine**, v. 20, n. 2, p. 148-154, 2005.
 22. NELSON, David E. et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 4, p. 641-648, 2013.
 23. WHO EXPERT COMMITTEE ON PROBLEMS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION et al. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report. **World Health Organization technical report series**, n. 944, p. 1, 2007.
 24. CHERPITEL, Cheryl J. et al. **Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action.** Pan American Health Organization, 2013.
 25. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Regional Status Report on Alcohol and Public Health in the Americas.** Washington, DC, 2015.
 26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on alcohol and health 2014 - Country Profiles.** World Health Organization, p. 88-288, 2014.
 27. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. About WHO - Who we are, what we do. Disponível em: <<http://www.who.int/about/en/>>. Consulta em: 8 aug. 2016.
 28. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

- Com vista a uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool.** Organização Mundial da Saúde, 2009.
29. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.** World Health Organization, 2010.
 30. SPITZER, Robert L. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? **Comprehensive psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 399-411, 1983.
 31. LANTOS, Geoffrey P. The boundaries of strategic corporate social responsibility. **Journal of consumer marketing**, v. 18, n. 7, p. 595-632, 2001.
 32. NELSON, Toben F. et al. Efficacy and the strength of evidence of US alcohol control policies. **American journal of preventive medicine**, v. 45, n. 1, p. 19-28, 2013.
 33. INTERNATIONAL ALLIANCE FOR RESPONSIBLE DRINKING. **About the Commitments.** Disponível em: <<http://www.webcitation.org/6gsENZvZ5>>. Consulta em: 1 jan. 2016.
 34. ANHEUSER-BUSCH INBEV. **AB InBev Global Smart Drinking Goals 2015-2025.** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=lnNRJgSForU>>. Consulta em: 3 sep. 2016.

Impresión y Terminación

*Ψ*psi7 | *β*ook7