

VISIÓN JOVEN

LA POLÍTICA DE ALCOHOL EN MÉXICO

LISA SÁNCHEZ



La serie *Visión Joven* ofrece un espacio para el análisis y el debate de temas de la agenda pública desde una perspectiva juvenil. Partimos del hecho de que existen jóvenes expert@s, profesionalizad@s y con mucho que aportar a temas de la agenda pública relacionados con las políticas de drogas, la prevención del VIH y la promoción de la igualdad y la equidad género.

Por medio de esta serie se busca recuperar las recomendaciones políticas, mejores prácticas, estudios comparativos y experiencias sociales de jóvenes, contribuyendo a que l@s tomador@s de decisiones y hacedor@s de políticas públicas puedan lograr un mejor entendimiento de las realidades juveniles.

Las opiniones vertidas en los textos que se presentan, las cuales no han sido sometidas a revisión editorial, así como los análisis y las interpretaciones que en ellos se contienen, son de exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las opiniones y puntos de vista de Espolea A.C.

Espolea A.C.  
Mazatlán 152A-4, Col. Condesa, 06140, México, D.F.  
+52(55) 6265-4078

[www.espolea.org](http://www.espolea.org)

ISBN: 978-607-9162-04-7  
Primera edición: 2012 Tiraje: 500 ejemplares  
Impreso en México

Portada, diseño y formación: Enrico Gianfranchi

VISIÓN JOVEN

LA POLÍTICA DE ALCOHOL EN MÉXICO

LISA SÁNCHEZ



# LA POLÍTICA DE ALCOHOL EN MÉXICO

Lisa Sánchez

---

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años México ha sido testigo de un incremento sin precedentes en el uso de drogas legales e ilegales. Diversos son los estudios que demuestran que nuestro país pasó de ser un lugar de tránsito a uno de producción, distribución y destino final de una variedad de estupefacientes que, en términos de salud pública, convirtieron a una población otrora resiliente en una más proclive al consumo: mayor disponibilidad de drogas, más oportunidades de consumo, menor edad de inicio y homogeneización de patrones de consumo entre hombres y mujeres, son sólo algunas de las tendencias observadas por la autoridad sanitaria desde 1988.

Pero ¿son realmente los *churros*, las *metas*, las *tachas*, la *mona* y el *speed* las drogas que causan más daño? ¿Es la ilegalidad el único criterio que determina la peligrosidad y nivel de prioridad con el que se debe abordar el fenómeno drogas? ¿Es cierto que las sustancias ilegales son siempre más dañinas que las legales? La respuesta es simple, binaria y única: No. Pues en México, hoy como siempre, el uso y abuso de drogas ilegales no supera ni suplanta al consumo de alcohol.

Según datos provistos por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), el alcohol es la primera sustancia de consumo en todos los sectores de la población mexicana con prevalencias que oscilan entre el 72 y el 77% en los hombres y el 36 y el 43% en las mujeres entre 1988 y 2002.

De acuerdo al Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, en su actualización 2011-2012, el consumo de alcohol per cápita promedio en México es de 7.7 litros al año mientras que la forma de consumo típica entre la población es de grandes cantidades por ocasión. Esto es, aunque la mayoría de las y los mexicanos no acostumbramos beber a diario, 8 de cada 1,000 connacionales registran patrones de consumo diario en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Sin duda un número mucho mayor al de usuarios “problemáticos” de drogas ilegales.

Entonces, ¿por qué si el consumo de alcohol es un problema de salud pública que supera al de otras drogas nadie habla de él? ¿Cómo es que un fenómeno así de importante se omite o minimiza cuando hablamos de política de drogas? ¿Cómo este sesgo afecta nuestras percepciones de riesgo e influye en la toma de decisiones sobre el consumo? Éstas y otras preguntas serán abordadas a lo largo de las siguientes páginas con el objetivo de invitar a la reflexión y analizar las necesidades de información, prevención y tratamiento que las y los jóvenes tenemos respecto al consumo de alcohol.

Para orientar el debate, proponemos dos razones fundamentales por las que consideramos que el consumo de bebidas alcohólicas debe ser abordado de manera seria, coherente y prioritaria a fin de construir una política de drogas integral con perspectiva de salud pública:

Primero, los efectos nocivos del consumo de alcohol rebasan en número y gravedad al daño provocado por el consumo de otras drogas;

Segundo, como droga legal sujeta a las reglas nacionales e internacionales de producción y comercio, el alcohol constituye un excelente ejemplo para analizar los límites del debate entre legalización, regulación y prohibición, así como para revelar el carácter selectivo de las políticas prohibicionistas en vigor.

Con este documento no pretendemos explicar a detalle el impacto del consumo de alcohol en todas las dinámicas sociales y económicas en las que interviene. Tampoco buscamos hacer un análisis exhaustivo de las políticas, programas y estrategias nacionales en materia de regulación, consumo y control de las adicciones.

Por el contrario, la opinión aquí vertida constituye únicamente una mirada joven al tema a partir de la cual sensibilizar a pares y tomadorxs de decisiones sobre la necesidad de plantear una política de drogas honesta. Con ello, pretendemos contribuir a la discusión informada sobre los efectos y consecuencias del uso, abuso y dependencia al alcohol, mismos que consideramos han permanecido ocultos tras un discurso que magnifica la peligrosidad de las drogas ilegales y favorece la persecución de sus usarixs.

## DEL PULQUE AL NO ME ACUERDO

El consumo de bebidas alcohólicas en el territorio nacional se remonta a las raíces culturales de los pueblos mesoamericanos. En el caso de las distintas culturas prehispánicas, el consumo de alcohol se limitaba por lo general al pulque<sup>1</sup> y su uso estaba estrictamente controlado por todo un entramado cultural de sentidos, prácticas, normas, códigos y mitos que no sólo correspondían a la cosmovisión religiosa sino que integraban todo un sistema de prescripciones orientadas a regular el comportamiento cotidiano y las situaciones extraordinarias.<sup>2</sup>

Durante siglos, la distribución temporal codificada por el calendario definió las festividades en las que era perfectamente lícito beber pulque mientras que un ordenamiento espacial, esta vez asociado a la división social en clases, terminaba por delimitar quién, cómo y en dónde se podía acceder al privilegio de la bebida.<sup>3</sup> Para cada grupo existían normas claras y precisas que determinaban la cantidad de pulque autorizada, la frecuencia con la que éste podía ser bebido y los espacios designados a esta práctica.

Con la llegada de los españoles, el control del consumo de alcohol y otras drogas se vinculó a los violentos procesos de

conquista provocando la instauración de un régimen de prohibición que, si bien restringía la venta de “ponzoñas, hierbas u otras cosas venenosas”<sup>3</sup>, contribuía paralelamente al proceso de alcoholización de las comunidades locales. La conquista y la colonia sirvieron para introducir nuevas bebidas destiladas y hacer de las recién traídas cepas de vid una industria floreciente en la Nueva España.

En este nuevo ordenamiento las restricciones de clase permanecieron, aunque ahora asociadas al tipo de bebida más que a la posibilidad –o no– de beberla. Por su parte, la significación religiosa se flexibilizó al punto de dejar de ser una limitante para el consumo, provocando, la consolidación de una cultura de la permisividad que tuvo importantes consecuencias a nivel social. Indixs, criollxs y peninsulares pronto desarrollaron conductas “viciosas” que debieron ser atendidas a través de leyes, encierros hospitalarios, mandas y otros mecanismos sociales y religiosos de rehabilitación de la culpa.

En el México independiente, la proliferación de la industria del pulque y otras bebidas alcohólicas como la cerveza y el tequila adquirió particular relevancia. Grandes fortunas se construyeron en este periodo gracias al auge de la comercialización del alcohol y a la “democratización” de su consumo. Por su parte, las limitaciones

1. El pulque es una bebida alcohólica tradicional que se fabrica a partir de la fermentación del jugo o aguamiel del agave o maguey, cuya concentración alcohólica varía entre los 6 y los 20 grados de acuerdo al nivel de fermentación. Su uso se concentra, sobre todo, en las comunidades rurales del centro del país y su historia puede rastrearse hasta el año 200 d.C. según los registros prehispánicos de la zona de Mesoamérica.

2. Cf. Machín, Juan y del Bosque, Joaquín. “Situación actual del tratamiento en México” en *Modelo Eco2*. Hogar Integral de Juventud, México, 2005.

3. *Ibidem*.

4. Martínez, Mónica. “Fármacos que los mexicanos han tenido a su alcance”. *Recorrido histórico. Nuestra historia* No. 44. Centro de estudios históricos del Porfiriato, México, 2001.

religiosas, culturales, de clase y de temporalidad desaparecieron casi en su totalidad para abrir paso a nuevos mecanismos de regulación, esta vez dictaminados por las dinámicas propias del mercado, con sus leyes de la oferta y la demanda.

Lo anterior, sin embargo, no significa que la producción, distribución, expendio y consumo de alcohol hayan alguna vez escapado a toda forma de control estatal y/o social. Al contrario, la industria de bebidas alcohólicas constituyó, desde siempre, una importante fuente de recursos económicos públicos y privados, sea por comercio legal, contrabando, explotación de campesinos y jornaleros<sup>5</sup> y/o cargas fiscales.

Por su parte, el abuso en el consumo de alcohol fue también aprovechado por propios y ajenos para refinar distintas estrategias de control social. Así, el desarrollo de dependencias y la adopción de comportamientos socialmente “reprobables” como la embriaguez y la indecencia permitieron sancionar lo que pronto se catalogó como una conducta desviante: *borrachxs* y *teporochxs* fueron rápidamente identificados como seres no aptos para la vida en comunidad y encerrados en consecuencia.

De manera paralela, y como un proceso sinérgico con el anterior, se fue creando la figura estigmatizada de lxs consumidorxs, calificadxs como *vagxs*, *raterxs*, *agresivxs* y

*viciosxs*.<sup>6</sup> De manera similar a lo sucedido en los Estados Unidos, donde la política prohibicionista se fue edificando sobre bases racistas,<sup>7</sup> en México se sentaron las bases del prohibicionismo sobre prejuicios clasistas y xenófobos. En consecuencia, a nivel social el consumo de alcohol se “reguló” a través de un vaivén continuo y ambiguo entre la permisividad cotidiana y la persecución moral de la opinión pública y las autoridades.

El México moderno no conocerá mayor cambio sino hasta bien entrado el siglo XX. De hecho, salvo ciertas acciones de carácter sanitario, la legislación emitida en materia de bebidas alcohólicas desde el Porfiriato hasta el sexenio de Miguel de la Madrid dedicó innumerables normas y reglamentos al único objetivo de regular la oferta.<sup>8</sup> En otras palabras, nuestro país pasó décadas otorgando permisos para la producción, venta y consumo de bebidas alcohólicas sin prestar nunca el mismo nivel de atención a la reducción de la demanda.

La política de control del consumo no salió del ámbito médico-sanitario –y de su bajo nivel de priorización– sino hasta la década de los sesenta, cuando diversos estudios a nivel mundial mostraron que el abuso y la dependencia al alcohol no eran sólo enfermedades de índole psicológica sino trastornos socio-culturales que trascendían al individuo y generaban importantes daños a nivel social.

5. Inducidos al consumo de bebidas alcohólicas y endeudados a vida en tiendas de raya.

6. Astorga, Luis. *El siglo de las drogas*. Espasa Calpe, México, 1996.

7. La primera ley estadounidense antidroga fue la ordenanza de 1875 en San Francisco. Ésta prohibía fumar opio y fue aprobada por el temor a que los chinos llevaran a la pérdida a mujeres blancas. Lo mismo sucedió con la cocaína, que fue prohibida para evitar que las mujeres blancas fueran violadas por los “Cocainizad Niggers”. Cf. Schaffer, Clifford

8. Berruecos Villalobos, L. *Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 2002.



Lamentablemente, la evolución conceptual y los avances registrados en materia de investigación sobre alcoholismo no fueron suficientes para hacer del consumo de alcohol sujeto de políticas públicas y esfuerzos programáticos serios. Una vez más, la prioridad se asignó al endurecimiento de mecanismos de control orientados a impedir el comercio ilícito de otras drogas que, catalogadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como “sustancias nocivas para la salud”, desviaron la atención pública de lxs *teporochxs* a lxs *marihuanxs*, lxs *cocxs* y lxs *tecatxs*.

En resumen, la historia del consumo de alcohol en nuestro país se caracteriza por la constante oposición entre la creciente permisividad con la que éste se solapó y la insuficiente atención con la que sociedad y autoridades enfrentaron los desafíos planteados por éste, en términos de salud pública.

A esta contradicción habría de sumarse, posteriormente, la vehemencia con la que se restringió y castigó el uso de otras sustancias psicoactivas. Semejante política trajo consigo consecuencias particularmente nocivas en el ámbito social, económico y de la salud; pues, como veremos a continuación, los pocos e ineficaces esfuerzos por instrumentar una política de alcohol coherente tuvieron como efecto que, al día de hoy, México sea un país de bebedorxs.

## EPIDEMIOLOGÍA DEL ALCOHOL EN MÉXICO: MAL DE MUCHXS CONSUELO DE...

El abuso en el consumo de alcohol y el alcoholismo constituyen importantes problemas de salud pública debido a sus consecuencias sociales y sanitarias. A nivel mundial, el consumo de alcohol causa 2.5 millones de muertes al año mientras que se relaciona con las causas de muerte de 320 mil jóvenes de entre 15 y 20 años de edad, representando el 9% de las defunciones en este grupo de edad.<sup>9</sup> El consumo de alcohol ocupa además el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad y se coloca como primer factor de riesgo en América Latina, relacionándose con problemas graves de índole social como la violencia, los accidentes y el ausentismo laboral.

En el plano regional, quienes viven en América Latina consumen aproximadamente 40% más alcohol que el promedio mundial. A pesar de las amplias variaciones subregionales en las Américas, el valor promedio de consumo per cápita de alcohol ponderado por población, es de 8.7 litros al año, cifra que se ubica muy por encima de la media global de 6.2 litros.<sup>10</sup> En nuestro país, este indicador alcanza los 7.7 litros anuales considerando incluso las diferencias registradas en función del tipo de bebida y los grupos de edad.

9. Comisión Nacional contra las Adicciones. *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: actualización 2011-2012*. Secretaría de Salud, México, 2011, p. 15

10. *Ídem*, p. 16

De acuerdo con los últimos datos arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, en México la población adulta consume mayores cantidades de aguardiente, alcohol de 96° y pulque respecto a otros grupos de edad. Por su parte, las y los jóvenes y adolescentes hacen lo propio con la cerveza, los destilados, el vino y las bebidas preparadas. Pero más reveladores que las preferencias son los patrones de consumo. De hecho, en nuestro país lo típico es beber grandes cantidades por ocasión. Tan sólo en 2008, casi 27 millones de mexicanxs (26,828.893) de entre 12 y 65 años bebieron con este patrón y presentaron frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario.<sup>11</sup>

Este fenómeno es más grave de lo que se cree. Hace 5 años, alrededor de 4 millones de mexicanas y mexicanos (3,986.461) bebían grandes cantidades de alcohol al menos una vez a la semana o más.<sup>12</sup> Aunque de éstos la mayoría eran hombres, la tendencia a adoptar patrones de abuso crece con rapidez entre las mujeres, afectando de manera especial a las adolescentes. Según cifras del Consejo Nacional contra la Adicciones (CONADIC), la diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que aquella observada entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). Lo que en términos prácticos significa que cada vez más mujeres adoptamos este tipo de

patrones y que lo hacemos en proporción mayor a nuestros pares varones.

Estos datos son particularmente relevantes debido a que, tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años, y a que la proporción de consumidorxs que cumplen con los criterios de abuso o dependencia es mucho más elevada entre usuarixs de alcohol que de otras drogas. Tan sólo en 2008, más de cuatro millones de mexicanxs (4,168.063) cumplían ya con los criterios de abuso y dependencia (3,497.946 hombres, 670.117 mujeres).<sup>13</sup>

Como sabemos, el uso nocivo de alcohol se asocia con más de 60 tipos de enfermedades entre las que destacan la cirrosis hepática, la diabetes y distintos daños al corazón, hígado, estómago y sistema nervioso. Por si esto no fuera suficiente, el abuso de esta droga legal trae consigo fenómenos de violencia que afectan tanto el ámbito familiar como el personal y el social. Un claro ejemplo de esto lo constituye el porcentaje de personas con problemas de abuso de alcohol que han tenido algún tipo de altercado familiar (10.8%), participado en peleas o riñas bajo los efectos de esta sustancia (6%), tenido problemas con la policía (3.7%) y/o sido detenidas en estado de ebriedad (41.3%).<sup>14</sup>

Finalmente, los problemas laborales, aunque menos frecuentes, también generan importantes pérdidas económicas a las

11. *Ibidem.*

12. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. SSA/CONADIC, México, 2008, p. 62.

13. *Ibidem.*

14. *Ibidem.*

familias como consecuencia de despidos, desempleo crónico y/o por el alto costo de la rehabilitación. En suma, y de acuerdo a los datos hasta aquí presentados, México enfrenta un problema de salud pública relacionado al consumo de alcohol que debe atenderse como tal y con la debida prioridad.

## INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

En términos de necesidades de intervención, el uso nocivo de alcohol presenta importantes presiones para los sistemas educativo y de salud.<sup>15</sup> Tan sólo en materia de prevención, existen importantes retos a vencer en lo que respecta a la asignación de recursos, la costo-efectividad de los esfuerzos realizados y la veracidad, pertinencia y adaptabilidad con la que se debe manejar toda información referente al alcohol.

En este sentido, y rompiendo con el paradigma tradicional de abstinencia, es preciso abordar el tema del uso, abuso y dependencia desde una perspectiva anclada en la realidad que reconozca el primero y reduzca los daños asociados a los segundos. Así pues, mitigar las consecuencias nocivas del abuso y dependencia al alcohol requiere de esfuerzos reales en donde se tomen en cuenta la multiplicidad de factores que alientan el consumo y los contextos en los que éste se desarrolla.

En lo que toca a la disponibilidad y calidad de los servicios de tratamiento, el esfuerzo a realizar es aún mayor. Hace falta mayor voluntad política, en todos los niveles, para reconocer el problema y encaminar acciones específicas que comprometan a todos los sectores de la sociedad a reducir el daño y garantizar tratamiento –efectivo y de calidad– para las personas en riesgo y/o dependientes.

La necesidad no es menor. Tan sólo en materia de tratamiento, se sabe que existen alrededor de 60 millones de personas que requieren prevenir y reducir los daños asociados al abuso ocasional en el consumo de bebidas alcohólicas. Por su parte, más de 10 millones de personas requieren de intervenciones selectivas e indicadas mientras que casi 4 millones tendrían que ser atendidas a través de acciones de detección temprana e intervención oportuna. Finalmente, se calcula que el 0,60% de la población cumple con los criterios de abuso y dependencia a drogas ilegales, elevando a más de 428,000 el número de personas que requieren de servicios de tratamiento especializado en adicciones.<sup>16</sup>

En lo que respecta al alcohol, un estudio publicado en 2011 reveló que éste fue la principal droga de impacto en población en tratamiento, superando por mucho a otras drogas como la cocaína, la metanfetamina y los medicamentos sin prescripción.<sup>17</sup> De acuerdo con las y los proveedores

15. El químico más comúnmente usado por miembros de la comunidad científica de investigación es el  $C_8H_{10}N_4O_2$ , seguido del  $C_2H_5OH$ , ambos con impactos en los sistemas mencionados.

16. Se toma en cuenta el número de personas que requieren tratamiento para superar su adicción a drogas ilegales debido a que un gran porcentaje de ellas presenta o ha presentado alguna vez en la vida patrones de consumo problemático de alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, *Op. Cit.* p. 52

17. CENADIC-CICAD. *Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones*. Secretaría de Salud. México, 2011, p. 61 y 114.

de servicios de tratamiento, entre el 51 y 59% de las personas atendidas en establecimientos residenciales reportaron haber buscado tratamiento para superar su adicción al alcohol, incluso cuando ésta no es la única droga consumida.<sup>18</sup>

Otros datos también del 2011 demuestran que el alcohol fue la principal droga de inicio entre la población en rehabilitación, en una proporción que duplica a la marihuana y triplica al tabaco. En este mismo tenor, el alcohol como droga de inicio es 8 veces más común que los inhalables, 16 veces más importante que la metanfetamina fumada y 24 veces más frecuente que la cocaína aspirada.<sup>19</sup> Considerando que la gran mayoría de la población se inicia en el consumo de sustancias antes de los 17 años, no sería imposible afirmar que el alcohol constituye la principal droga utilizada entre adolescentes y jóvenes.

Pero aún más relevante que los números ya registrados, es la urgencia de alcanzar y atender efectivamente al universo oculto de personas que, insertas en sus comunidades, continúan reproduciendo esquemas culturales de consumo nocivo de alcohol –y otras drogas– sin tener acceso a servicios adecuados de prevención, reducción del daño y tratamiento. Así pues, toda estrategia de intervención en adicciones que busque ser efectiva debe orientarse a revertir los factores socio-culturales que provocan y refuerzan el consumo en el lugar mismo donde éstos ocurren. No olvidemos

que si bien la farmacodependencia es un fenómeno de expresiones múltiples, éste no empieza ni termina en el individuo.

En suma, el fenómeno de la farmacodependencia exige reconocer que las personas con abuso y dependencia a sustancias tienen problemas de salud y conflictos sociales no atendidos y, por lo tanto, requieren de un esfuerzo sostenido por aumentar y mejorar la oferta de servicios de prevención y tratamiento.

El primero paso rumbo a la consolidación de una política integral hacia el alcohol es aceptar el contundente fracaso de las estrategias hasta ahora instrumentadas en escuelas, centros deportivos y medios de comunicación. Las estrategias basadas en la abstinencia y la disuasión no han podido ni podrán –aún con toda la maquinaria mediática– disminuir el consumo o retrasar su inicio. Por el contrario, la premisa sobre la que se basan los utópicos esfuerzos públicos es una falacia, pues no ha habido nunca, ni habrá jamás, un mundo 100% libre de alcohol.

La autoridad sanitaria y las múltiples personalidades que hoy se dedican al combate frontal contra las adicciones podrán argumentar que, si bien existen rezagos, nunca antes se habían destinado tantos recursos a la prevención y el tratamiento de las adicciones como se ha hecho en esta administración. Repetirán que desde el 2006 se han construido más

18. *Ibidem*.

19. Los datos de la encuesta revelan que 48% de los usuarios tiene como droga de inicio el alcohol seguido por la marihuana (19%) y el tabaco (16%). Drogas como los inhalables, la metanfetamina fumada y la cocaína aspirada obtuvieron porcentajes mucho menores (6, 3 y 2% respectivamente). CENADIC-CICAD, *Op. Cit.* p. 130

de 330 Centros de Atención Primaria en Adicciones y que con campañas de información y capacitación, se ha fortalecido la capacidad de respuesta del Estado frente al flagelo de las adicciones. El mismo sector sostendrá también que sus campañas funcionan, aunque el impacto “sólo será visible en el mediano o largo plazo”. Ojalá, pensamos nosotrxs, pero mientras el futuro nos alcanza lo único cierto es que:

- Los centros de tratamiento, aunque existentes, son insuficientes y no garantizan una atención de calidad pues la gran mayoría permanecen ajenos a casi cualquier esfuerzo de vigilancia y operan sin mayor conocimiento de la normatividad en vigor;
- Los servicios que se ofrecen en los centros de atención primaria en adicciones son ambulatorios, de corta duración y se dirigen a usuarixs experimentales que no constituyen el grueso de dependientes;

Más aún, a la opacidad con la que operan la mayoría de los establecimientos de tratamiento (no pertenecientes al Estado, dicho sea de paso) se debe sumar el prácticamente nulo respeto a los Derechos Humanos que se vive de manera cotidiana en dichas facilidades. La falta de recursos económicos, la poca disponibilidad de ofertas de capacitación y la deficiente infraestructura son también factores que indignan e impactan directamente en las posibilidades de rehabilitación de las y los usuarios en todo el país.

De la misma manera, es necesario reconocer que cuando se trata de personas jóvenes, el daño potencial del abuso de alcohol aumenta a medida que se suman otros comportamientos de riesgo como conducir, tener sexo sin protección, consumir otras sustancias psicoactivas y adoptar conductas violentas. Dejando claro que no estamos a favor del abuso ni de la satanización de ninguna sustancia, es preciso subrayar que en el caso del alcohol las y los jóvenes somos el grupo más proclive a adoptar conductas de riesgo que, a su vez, nos exponen a otras problemáticas como las infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH), los embarazos no planificados, los accidentes de tránsito y las congestiones alcohólicas.

Pero yendo más allá de las consecuencias negativas del uso nocivo ocasional, lo que hoy más nos preocupa es la cantidad de personas que del uso pasan al abuso, y las más que del abuso transitan a la adicción –a veces sin siquiera darse cuenta. Y es que, de nuevo, la prevalencia de uso de alcohol en población en tratamiento se eleva casi al 70%, algo que difícilmente se repite para el caso de otras drogas. Aceptando que las prevalencias acumuladas no son necesariamente el mejor indicador para detonar una señal de alarma, diremos además, que en población en tratamiento, el alcohol y el tabaco son sustancias cuyo uso –por lo general– no se descontinúa.

En fin que razones sobran para decir que el alcohol es un elemento clave que

debe ser tomado en cuenta en el diseño e instrumentación de la política de drogas y las políticas y programas orientados a prevenir y tratar la farmacodependencia... algo que hasta ahora se ha hecho, pero no de manera integrada.

## UNA NUEVA GENERACIÓN DE POLÍTICAS DE ALCOHOL

Adoptar un enfoque de salud pública para las políticas de alcohol implica diseñar e instrumentar una gama de intervenciones apropiadas que, desde una perspectiva poblacional, se prueben benéficas para el mayor número de personas posible. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el desarrollo de una política integral sobre alcohol necesita aceptar que las poblaciones consumen bebidas alcohólicas como resultado de una interacción entre la sustancia (el alcohol como sustancia psicoactiva y tóxica), lo individual (género, características biológicas, historial personal) y los factores ambientales (disponibilidad, precio y promoción del alcohol).<sup>20</sup>

Por consiguiente, toda política de alcohol que pretenda abordar el tema desde y para la salud pública debe utilizar principios epidemiológicos. Lo anterior, con el objetivo de evaluar y comprender mejor la ingesta de bebidas alcohólicas en una determinada población, así como para proporcionar datos fidedignos con los cuales monitorear

tendencias, diseñar mejores intervenciones y evaluar programas y servicios.<sup>21</sup>

Para la OPS/OMS, las políticas de alcohol pueden definirse como decisiones tomadas por los gobiernos mediante leyes, reglas y reglamentaciones relacionadas con el alcohol, la salud y el bienestar social.<sup>22</sup> De la misma manera, “el propósito de [dichas políticas debe] servir a los intereses de la salud pública y el bienestar social, a través de su impacto sobre determinantes sociales y de salud como los patrones de consumo, los entornos de ingesta y los servicios de salud disponibles para tratar a los bebedores con problemas”.<sup>23</sup>

Desafortunadamente, en las Américas –y de manera particular en México– los daños relacionados con el alcohol aún no han sido asociados con políticas integrales de prevención y tratamiento. Si bien existe una amplia gama de respuestas políticas sofisticadas para atender las consecuencias sociales y sanitarias del uso perjudicial de alcohol, su implementación varía geográfica y temporalmente dificultando la integración e integralidad de los esfuerzos. De esta manera, y aunque la mayoría de los países tienen estrategias compatibles con las últimas evidencias en investigación, la realidad demuestra que en términos prácticos éstas no necesariamente se aplican.<sup>24</sup>

20. Organización Panamericana de la Salud. *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. OPS. Washington D.C., 2007, p. 23.

21. Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford University Press, 2003 en Organización Panamericana de la Salud (2007). *Op. Cit.*

22. Longest, BB. *Health policymaking in the United States*. IL: Health Administration Press, Chicago, 1998 en Organización Panamericana de la Salud (2007). *Op. Cit.*

23. Edwards G et al. *Alcohol policy and the public good*. Oxford University Press, New York, 1994 en Organización Panamericana de la Salud (2007). *Op. Cit.*

24. Organización Panamericana de la Salud, *Op. Cit.*

*Grosso modo*, en las Américas existen alrededor de 32 opciones de políticas o estrategias para abordar el uso, abuso y dependencia al alcohol.<sup>25</sup> Éstas, a su vez, pueden agruparse en 9 grandes ámbitos de acción donde se ha concentrado la acción del Estado:

- Edad mínima legal para adquirir alcohol;
- Restricciones sobre la disponibilidad de bebidas alcohólicas;
- Restricciones sobre la venta minorista fuera de los locales;
- Precios e impuestos;
- Legislación sobre el conducir en estado de ebriedad;
- Screening e intervenciones breves para problemas relacionados con alcohol;
- Publicidad y patrocinio;
- Entornos libres de alcohol; y
- Prevención, tratamiento y capacitación de recursos humanos.

Ahora bien, que dichas políticas existan no quiere decir que cumplan a cabalidad con los objetivos para los que fueron concebidas. Según un panel de expertos convocado por la OPS en 2005 para calificar las políticas sobre alcohol en las Américas,<sup>26</sup> existe una gran variedad de estrategias que, aunque populares, no responden a las necesidades reales de las comunidades que norman. Tal es el caso de las estrategias de educación y persuasión, que si bien puede aumentar los conocimientos y cambiar ciertas actitudes entre las y los jóvenes, no produce efectos sostenidos sobre la ingesta.

Por el contrario, otras medidas menos populares como el aumento en los impuestos y el control de la producción y la distribución de alcohol demostraron ser más efectivas para reducir la disponibilidad de bebidas alcohólicas, sobre todo entre los sectores más jóvenes de la población. El mismo estudio demuestra que las leyes que abordan las conductas de riesgo, como manejar en estado de ebriedad, son más rentables para el conjunto de la región que otros esfuerzos centrados únicamente en la sustancia.

Sin el afán de realizar un análisis exhaustivo, cabe mencionar que las políticas más eficaces y costo-eficientes se centraron en el establecimiento de una edad mínima para el consumo; los impuestos a la venta de alcohol; la intervención breve para conductores en riesgo y, los programas de imposición de sanciones administrativas basados en la concentración de alcohol en sangre para el manejo en estado de ebriedad. Por su parte, las peor evaluadas fueron: la promoción de actividades y eventos sin alcohol; la educación escolar sobre alcohol; la educación de estudiantes universitarios en temas de alcohol; los anuncios en servicios públicos, y los servicios de viajes como alternativa para reducir los accidentes viales.

Cabe resaltar que el análisis de estas medidas no puede aislarse de los contextos locales, el tipo de institucionalidad pública disponible para el control de la oferta y la demanda de alcohol, los patrones de consumo y otras

25. Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Trinidad y Tobago, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela.

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

variables epidemiológicas. Tampoco se puede asumir que el juicio aquí presentado es inapelable, irrevocable y absoluto, por lo que siempre deben tenerse en cuenta los factores que potencian o disminuyen el efecto de dichas medidas en cada comunidad.

Todo eso dicho, la evidencia existente demuestra que hasta las políticas mejor calificadas tienen sus bemoles y que, hasta las menos efectivas y/o excesivamente costosas pueden tener aspectos positivos no considerados. Claros ejemplos de esta situación son el establecimiento de edades mínimas para el consumo, cuya efectividad depende de la calidad de los mecanismos de vigilancia y aplicación de la ley, y los criticados servicios de viaje, que aunque no tienen un efecto probado en la reducción de accidentes de tráfico sí contribuyen a la concientización de la población y a reducir el número total de conductorxs ebrixs.

El caso de los impuestos ilustra también la necesidad de relativizar cualquier valoración excesiva sobre la efectividad de tal o cual política. En México, por ejemplo, la carga impositiva de los destilados (tequila, mezcal) se ubica alrededor del 50% para el caso del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) y aumenta considerablemente si se suma el 16% de Impuesto al Valor Agregado (IVA) y el 28% de Impuesto Sobre la Renta (ISR).<sup>27</sup> Sin embargo, esto no se traduce directamente en un efecto palpable sobre el consumo. Peor aún, la aplicación de

este tipo de medidas –sin la supervisión adecuada– puede llegar a incentivar la aparición de redes de contrabando dedicadas a la importación de alcohol no supervisado y a la adulteración de bebidas que después terminarán en bares y antros.

Otro ejemplo interesante es el caso de la regulación publicitaria de las bebidas alcohólicas, donde muchas veces prevalecen los intereses económicos en detrimento de la salud pública. Así, y a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido en más de una ocasión sobre los riesgos a la salud causados por la exposición a la publicidad de alcohol, la realidad demuestra que un gran número de países latinoamericanos siguen permitiendo la difusión de campañas publicitarias en las que se promueven actitudes a favor del alcohol. Lo que es más, en los últimos años la industria de las bebidas alcohólicas ha direccionado sus acciones hacia lxs bebedorxs jóvenes, introduciendo al mercado una gama de productos baratos como los refrescos con alcohol, las bebidas energéticas alcohólicas y los cocteles premezclados, con el único fin de aumentar el tamaño del mercado.

Pero el alcohol no es el culpable. Lo que falta es poner a la disposición de las personas los medios para garantizar su salud en caso de decidir consumirlo. Lamentablemente, en países como México esto no siempre se cumple, pues nosotrxs no tenemos el

27. Cabe resaltar que aunque los niveles impositivos de nuestro país son superiores a otros países latinoamericanos, éstos se ubican en último nivel cuando se comparan con los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).



mismo acceso a las protecciones de salud y seguridad que tienen otros jóvenes en países desarrollados.<sup>28</sup>

En resumen, no se trata de hacer un catálogo de buenas o malas políticas pues sabemos que muchas veces la intención legislativa o normativa detrás de ellas es buena. Sin embargo, lo que resulta imperdonable es el descuido y la falta de coordinación en la instrumentación de política y programas; la lentitud con la que se reconocen las realidades epidemiológicas y se toman acciones para revertirlas; y la separación arbitraria de la política en dos ejes que no hacen más que minar la integralidad de los esfuerzos. En este sentido, la verdadera deuda de las políticas sobre alcohol es la selectividad con la que seguimos refiriéndonos a 'las drogas' subestimando el potencial dañino del alcohol.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA POLÍTICA DE ALCOHOL EN MÉXICO

Como hemos visto hasta ahora, la política de alcohol en México responde casi en su totalidad a la regulación de la oferta de bebidas alcohólicas: oferta, producción; oferta, distribución; oferta, venta. ¿Y la demanda? creciendo. Décadas de intervenciones insuficientes y subestimación sistemática provocaron que a pesar de los avances en materia de investigación sobre los daños producidos por el consumo

nocivo de alcohol, la reducción de la demanda no se tratara más allá de los límites del enfoque médico-sanitario. Un atraso que aplica también para la evolución de la institucionalidad especializada en adicciones, sabiendo que el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) no fue creado sino hasta 1986 por decreto del entonces presidente Miguel de la Madrid.<sup>29</sup>

Pero ¿se trata sólo de una respuesta tardía? No. Porque es un hecho que el esfuerzo llegó tarde, como 300 años, pero que el olvido haya sido accidental, nada. Pues la realidad política y programática de las adicciones no ha adoptado nunca una posición progresista. Todo lo contrario. Frente a las drogas, la evolución teórica casi siempre se ha acompañado de una serie de retrocesos en las libertades individuales y el derecho a la salud, que lejos de incentivar la adopción de enfoques integrales permitieron la prolongación de esfuerzos unidireccionales como el endurecimiento de la política de fiscalización y la paulatina militarización del control de la oferta.

Es precisamente en este sentido, que la acción gubernamental en materia de atención, control y tratamiento de las adicciones mantiene una deuda importante con la sociedad. A manera de ejemplo simplemente diremos que la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones<sup>30</sup> no apareció sino hasta septiembre de 2000, cuando

28. Organización Mundial de la Salud (Ed). *Global Status Report: Alcohol & Young People* 2001. Ginebra, 2001.

29. Diario Oficial de la Federación, 8 de julio de 1986.

30. SSA. (Ed.). *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. NOM-028-SSA2-1999*. Diario Oficial de la Federación, México, 1999-2000.

su entrada en vigor abría la posibilidad de regular y normar la prevención, el tratamiento, la investigación y la capacitación en materia de adicciones.

La limitada visión institucional con la que autoridades locales, estatales y federales han abordado el fenómeno drogas y farmacodependencia se refleja también en el enfoque eminentemente farmacológico sobre el que descansan la mayoría de los esfuerzos de prevención y tratamiento. Hasta el momento, prácticamente ninguna estrategia incide realmente en los aspectos individuales y colectivos que definen y caracterizan el problema del consumo nocivo; situación que sin duda interfiere en la toma de conciencia sobre el conjunto de prácticas sociales que favorecen la normalidad de la adicción como un organizador de la dinámica social.

Este rezago conceptual e instrumental resulta aún más significativo cuando se le compara con la rápida evolución legislativa en materia de control de sustancias psicoactivas y el ininterrumpido desarrollo de mecanismos de sanción para los denominados delitos contra la salud. Y aquí no hay contra-argumento que valga, porque a diferencia del consumo de drogas ilegales, los problemas de abuso y dependencia al alcohol no son novedad.

Sin embargo, lograr una política integral de drogas implica una tarea mucho más compleja que trasciende a las sustancias

mismas y se enmarca en el desarrollo y la seguridad humana. Es por ello que nunca nos cansaremos de repetir que no es el alcohol; es la pobreza, la falta de servicios de atención, la carencia de oportunidades reales de empleo, los bajos niveles educativos, la ausencia de voluntad política y el manipuleo internacional. ¿Hay esperanza? Sí, pero nos queda poco tiempo.

## CONCLUSIÓN: ¿QUÉ PROPONEMOS LAS Y LOS JÓVENES?

Hasta ahora hemos realizado un breve recorrido sobre las características más importantes de la aproximación institucional al fenómeno drogas y su relación con la formulación de políticas orientadas a tratar el uso, abuso y dependencia al alcohol. Abordamos también algunos de los determinantes que marcaron el desarrollo de la infraestructura de servicios de prevención y tratamiento, demostrando como su surgimiento resultó tardío e insuficiente para incidir efectivamente sobre la realidad epidemiológica. A este recuento se sumó también un esbozo sobre la construcción del paradigma predominante en materia de farmacodependencia, concluyendo que éste se ha caracterizado por el desarrollo y consolidación de mecanismos de control que han atacado desproporcionalmente la oferta de drogas ilegales, descuidando otros problemas de salud pública como el uso nocivo de alcohol.

A este recuento debemos sumar, sin embargo, la aportación que las y los jóvenes hacemos al debate de acuerdo a las experiencias y buenas prácticas documentadas en otras partes del mundo. En general, las respuestas efectivas que hemos estudiado y observado en lugares tan distantes como Sudamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda, parten de principios holísticos que buscan enmarcar la acción del Estado y la comunidad en un continuo de prevención / reducción de daños / tratamiento basado en el individuo y su contexto, nunca en las sustancias.

De manera particular, quisiéramos resaltar la relevancia de intervenir en cuatro áreas de acción específicas que incluyen:

1. La participación activa y sensible de miembros de la industria. Para inhibir la venta de alcohol a menores de edad y evitar la intoxicación de jóvenes concientizando a lxs patronxs de establecimientos de venta y consumo de bebidas alcohólicas sobre la importancia de desincentivar el abuso de licores o espíritus de consumo rápido (shots) y promover el consumo de bebidas no-alcohólicas y alimentos;

2. Mejoras en los ámbitos de la seguridad y la salud. A través de la disponibilidad de ambientes de consumo seguro, medidas de reducción de daño en lugares de esparcimiento, acceso y disponibilidad de servicios de salud apropiados y buena comunicación con la policía;

3. La construcción de una ‘cultura del beber’ y de un sentido de responsabilidad comunitaria. A través de información honesta sobre el consumo del alcohol y actividades de construcción de habilidades para enfrentar situaciones emergentes. Se trata de proveer a quien consume con las herramientas necesarias para evitar el uso excesivo y saber dónde y cómo encontrar ayuda en caso de requerirla;

4. Cooperación entre los cuerpos policiales, el sistema judicial y la comunidad. Asegurando que todas las partes estén bien entrenadas con respecto al uso del alcohol, sean sensibles a las necesidades de lxs usuarixs y participen en la gestión de soluciones.

Estos principios, que enmarcan acciones y respuestas por parte todos los actores involucrados –gobierno, sociedad civil, empresas, proveedores de servicios, familias y usuarixs– contribuyen a la generación de ambientes más seguros para el consumo mientras fomentan la adopción de conductas saludables con respecto al uso de alcohol.<sup>31</sup>

La participación de la industria, al hacer a las empresas y proveedores de servicios co-gestores de la política, fomenta el respeto a la legislación en vigor y sirve para construir relaciones con la comunidad, sus residentes y los establecimientos de consumo; generando un balance entre la acción de consumir y la toma de conciencia de la población con respecto a las implicaciones e impactos de

31. Barra, Aram (2011): *Hablemos de alcohol*. [En línea] Disponible en: <http://arambarra.wordpress.com/2011/06/02/hablemos-de-alcohol/> Fecha de acceso: Enero 10, 2012

la intoxicación por abuso de alcohol. Ello, por su parte, conlleva a una reducción de la violencia relacionada con el uso de la droga, los comportamientos antisociales y el crimen, así como una tendencia a la baja en el consumo entre menores de edad.

Otras recomendaciones que, desde nuestra perspectiva, deben ser integradas en el desarrollo e instrumentación de una política de alcohol efectiva, incluyente y pertinente contemplan: a) la adopción de un enfoque de Derechos Humanos con perspectiva generacional b) la participación juvenil en el diseño, instrumentación, seguimiento y evaluación de las estrategias, locales y nacionales, relativas al uso de drogas y c) a la prevención de adicciones y el incremento de acciones destinadas a promover el desarrollo integral de las y los jóvenes, tomando en cuenta nuestras necesidades en materia de educación, empleo y recreación, y considerando las vulnerabilidades específicas que fomentan el uso de drogas.

Finalmente, y de acuerdo con lo citado anteriormente, una política de alcohol con enfoque en salud pública debe contemplar acciones complementarias como el refuerzo de las instituciones para garantizar la aplicación de la ley; la revisión de los mecanismos de reglamentación para la publicidad de alcohol en medios masivos de comunicación; el establecimiento de medidas de prevención de accidentes como los controles de alcoholemia, la educación

y capacitación de lxs profesionales de la salud, y el desarrollo de servicios de tratamiento integrados al sistema general de salud.

Recordemos que ninguna de estas recomendaciones es válida si no se promueve, ante todo, la libertad y responsabilidad de cada persona para ejercer sus derechos y decidir sobre su cuerpo. Después de todo, Estado y sociedad están ahí únicamente para velar por el bien común y garantizar, en todo momento, que hombres y mujeres tengan acceso, en igualdad de condiciones, a la información y los servicios que protejan su salud.

¿Estás de acuerdo?

## BIBLIOGRAFÍA

- Astorga, Luis. *El siglo de las drogas*. Espasa Calpe. México, 1996.
- Babor T, Caetano R. "Evidence-based alcohol policy in the Americas", *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health* 2005; 18 (4/5).
- Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford University Press; 2003.
- Barra, Aram (2011); *Hablemos de alcohol*. [En línea] Disponible en: <http://arambarra.wordpress.com/2011/06/02/hablemos-de-alcohol/> Fecha de acceso: Enero 10, 2012.
- Berruecos Villalobos, L. *Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 2002.
- CENADIC-CICAD. *Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones: Perfil del Recurso Humano vinculado al Tratamiento de Personas con Problemas relacionados al Abuso y Dependencia de Drogas. Perfil del Usuario*. Secretaría de Salud. México, 2011.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: actualización 2011-2012*. Secretaría de Salud, México, 2011.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. *Alcohol policy and the public good*. Oxford University Press, New York, 1994.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. SSA/CONADIC, México, 2008.
- Longest, BB. *Health policymaking in the United States*. IL: Health Administration Press, Chicago, 1998.
- Machín, Juan y del Bosque, Joaquín. "Situación actual del tratamiento en México" en *Modelo Eco2*. Hogar Integral de Juventud, México, 2005.
- Martínez, Mónica. "Fármacos que los mexicanos han tenido a su alcance. Recorrido histórico". *Nuestra historia* No. 44. Centro de estudios históricos del Porfiriato, México, 2001.
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). *Global Status Report: Alcohol and Young People 2001*. Ginebra, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud (Ed.). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington D.C., 2007.
- Schaffer, Clifford. (n.d.). *Basic facts about the War on Drugs*. [En línea] Disponible en Schaffer Library of Drug Policy: <http://druglibrary.net/schaffer/Library/basicfax.htm> Fecha de acceso: Septiembre 2, 2011.
- Secretaría de Salud. (Ed.). *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México, 1999-2000.




## APUNTES

Envía tus ideas y apuntes a [ideas@espolea.org](mailto:ideas@espolea.org)



Corta a lo largo de la línea punteada y enrolla la hoja, así obtendrás un telescopio 1:1 que te permitirá descubrir tu mundo.



ESPOLEA ES UNA ORGANIZACIÓN  
DE JÓVENES Y PARA JÓVENES  
CON BASE EN MÉXICO

ESPOLEA IS A YOUTH-LED  
HUMAN RIGHTS ORGANIZATION  
BASED IN MEXICO

[WWW.ESPOLEA.ORG](http://WWW.ESPOLEA.ORG)

ISBN 978-962-04-0



9 786079 162047