

ANEXO 4

RESUMEN DE ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS NACIONALES O PROVINCIALES(*)

a) Canadá.....	104
b) British Columbia, Canadá.....	105
c) Nueva Escocia, Canadá.....	106
d) España.....	107
f) Australia.....	108
g) Nueva Zelandia.....	108
h) Inglaterra.....	109
Mirada General de Estrategias Selectivas de Alcohol, según país.....	111
Referencias.....	113

(*) Capítulo realizado por el profesor Normar Giesbrecht

Las políticas que aquí serán bosquejadas no son una lista exhaustiva de las jurisdicciones que tienen estrategias de alcohol, sino más bien, una muestra ilustrativa de ellas. Al final del anexo, se observa una tabla resumen del estado actual de políticas, observadas más arriba, en las regiones y países, específicamente en los ámbitos y temas donde hay evidencia de efectividad basada en Babor et al. (2003).

a) Canadá

Este resumen se basa en los trabajos de Thomas (Thomas 2004) y del National Alcohol Strategy Working Group (2007)

En el año 2002, los daños relacionados con el alcohol tuvieron un costo de US \$ 14.6 mil millones o US \$ 463 por cada canadiense vivo. (rEHM 2006) El alcohol es uno de los tres principales factores de riesgo que contribuyen a la carga de enfermedad, a la discapacidad y a la muerte; el 14% de los canadienses son bebedores en alto riesgo, los niveles de consumo aumentaron de 7.2 litros de alcohol puro en el año 1997 a 7.9 per cápita en el año 2004. Ha habido mayor permisividad en materia de disponibilidad física en los últimos años. Sin embargo, la aplicación de las regulaciones en materia de venta de licores es un tema de gran vigencia en todas las provincias.

La Estrategia Nacional de Alcohol se ha desarrollado en los últimos años y se dispuso de su versión documentada en el año 2007. Los objetivos principales son los siguientes: desarrollar una cultura de moderación y responsabilidad en materia de consumo de alcohol y, reducir los daños asociados al consumo problema. La estrategia combina enfoques a nivel de la población general e intervenciones focalizadas.

- 1) Promoción, prevención y educación de la salud : para aumentar la conciencia pública sobre la responsabilidad en relación al uso del alcohol y para promover una cultura de moderación a través de que la población comprenda lo que constituye beber alcohol con moderación, así como el desarrollo y promoción de orientaciones para el beber sin riesgo a nivel nacional;
- 2) Reducción de los impactos en la salud y tratamiento : expansión de medidas de detección, intervenciones breves y referencia a consultas especializadas, a cargo de profesionales de la salud, dirigidas a personas en riesgo o con problemas relacionados con el consumo de alcohol y tener constantemente presente la contribución del alcohol a las enfermedades crónicas;
- 3) Control más efectivo de la disponibilidad del alcohol (consejos de control de licores, permisos para la venta de licores, edad mínima legal para adquirir alcohol, aplicación de impuestos), precios (para manejar precios que desincentiven el consumo excesivo y mantener los precios de acuerdo a la inflación), y controles publicitarios (para monitorear y asegurar el cumplimiento).
- 4) Crear comunidades más seguras y ambientes donde se ingiere alcohol, más seguros.

b) British Columbia, Canadá

El reciente informe de Kendall et. al. (Kendall, 2008) es una versión corregida y expandida de un informe anterior (Provincial Officer of Health) (2002) (Dirección Provincial de Salud). British Columbia (BC) es la provincia más occidental de Canadá y la tercera más habitada del país. En el año 2002, el gobierno provincial hizo algunos cambios en las políticas de alcohol con el propósito de aumentar el acceso a las bebidas alcohólicas y en ese contexto, la "Provincial Health Officer" recomendó monitorear de cerca los posibles impactos resultantes de esas modificaciones, y como resultado de estas recomendaciones, se han presentado dos informes. El último, titulado "Public Health Approach to Alcohol Policy" ("Propuesta de Salud Pública para una Política de Alcohol) (Kendall, 2008) examina en detalle los niveles y hábitos de consumo de alcohol en la Columbia Británica, los índices y tendencias de los daños relacionados con el consumo del alcohol, el perfil actual de costo y beneficio del alcohol en la provincia y, la relación de las políticas vigentes de alcohol con las mejores prácticas en políticas.

Desde el año 2002, cuando se implementaron los cambios en las políticas, se ha experimentado un aumento en el número de locales comerciales de ventas de bebidas alcohólicas al detalle y, el mayor crecimiento, lo han experimentado las tiendas privadas. El número de lugares que expendieron alcohol entre el 2003 y el 2004 y el 2007 y el 2008, están positiva y significativamente asociados con el consumo (Stockwell, Zhao, Macdonald, Pakula & Gruenland, 2008, citado en Kendall et. al., 2008).

La tendencia de consumo per cápita en la BC (8.8 litros por persona de 15 y más por año) está en constante aumento desde el año 2002 y sigue por encima de los niveles nacionales (8.1). Se observa que un 44% de la población de 15 años y más declaró ingerir alcohol a lo menos una vez por semana, y resultó ser el tercer porcentaje más alto entre todas las provincias en el año 2004. Los índices auto-informados de ingesta de alcohol de alto riesgo, han aumentado, por lo menos mensualmente, desde el año 2003.

Las tasa de mortalidad relacionada con el alcohol continúa estable entre los años 2001 y 2006, pero los índices de morbilidad han aumentado un 3.3% entre los años 2002 y 2007, incluyendo el número de hospitalizaciones y los traumas producidos por accidentes de tránsito producto de la ingesta de alcohol. A pesar de que es difícil estimar con precisión los costos y los beneficios sociales y económicos relacionados con el alcohol, los investigadores sugieren que los costos exceden a los beneficios en el ámbito de la salud y de la economía.

Los principales objetivos de la estrategia de alcohol en la BC son minimizar los daños relacionados al consumo de alcohol y disminuir los costos, además de maximizar los beneficios sociales y económicos. La estrategia combina un enfoque poblacional y un enfoque que se concentra en grupos objetivos específicos.

Las sugerencias a las políticas se orientan a reforzar o restringir las leyes vigentes, específicamente aquellas relacionadas con la disponibilidad económica y física, que son consideradas como las más costo - efectivas, así como a limitar el número de tiendas, las horas de venta, controlar precios e impuestos y mejorar las medidas

para prevenir la conducción e ingesta de alcohol. Además, el documento de la BC hace referencia a una mayor capacidad para realizar detección (*screening*) en forma rutinaria, intervenciones breves y referencias; controlar la publicidad del alcohol en cantidad y calidad; hacer mejoras en la recopilación de datos sobre la morbilidad y mortalidad relacionados con el consumo de alcohol; crear un pequeño pero drástico alto impuesto en productos alcohólicos con alto contenido de alcohol, y desarrollar programas para reducir la violencia en los alrededores de los establecimientos con patente para la venta de alcohol.

También existe un énfasis en fomentar estrategias preventivas para grupos objetivos, como jóvenes y mujeres embarazadas. Y, finalmente, el informe recomienda acordar la aplicación de un constante monitoreo.

c) Nueva Escocia, Canadá

Nueva Escocia está ubicada en el Océano Atlántico, al este de Canadá. En el año 2007, el Departamento de Salud, Promoción y Protección desarrolló una estrategia de alcohol para esa provincia.

Desde el año 2001, la densidad de lugares y las horas disponibles para adquirir alcohol han aumentado significativamente. Desde 1999 hasta 2004, el consumo per cápita en personas de 15 años y más en Nueva Escocia, fue apenas un poco más bajo que el índice general de Canadá (7.57 y 7.76 litros respectivamente). Sin embargo, hay un aumento de un 5.4% en el consumo per cápita entre el año 2001 y el 2005. Se observa que un 23.4% de los bebedores de alcohol de Nueva Escocia excedió los límites de ingesta de alcohol de bajo riesgo, incluidas en las orientaciones para evitar los daños agudos y crónicos relacionados con el consumo de alcohol (desarrolladas por CAMH en Ontario); los adultos jóvenes, seguidos por los adolescentes (entre 15 y 19 años) mostraron los índices más altos de no cumplimiento.

Los informes indican que un 76.1% de los habitantes de 15 años y más, que habitan Nueva Escocia, bebieron alcohol en los últimos 12 meses. La edad promedio para comenzar a ingerir alcohol es de 18.2 años, un 4.8% de todos los encuestados consumen alcohol más de 4 veces a la semana, un 43.5% bebió alcohol de manera excesiva en una sola ocasión en los últimos 12 meses (5 veces o más los hombres o 4 veces o más las mujeres) y un 7.1% consumió una vez a la semana. Sólo un 5.8% de los encuestados consumieron 8 tragos o más, en una sola ocasión, en los últimos 12 meses. Un 3.8% corresponde a bebedores en riesgo y la cantidad de bebedores hombres que ingieren alcohol a estos niveles superan tres veces a las mujeres que beben alcohol en los mismos niveles (22.5% versus 6.1%), lo cual se evidencia mayormente entre los 19 y 24 años (39.1%). Los bebedores en riesgo comenzaron a ingerir alcohol a una edad más temprana (16), normalmente bebieron más en una sola ocasión (6.2 versus. 2.4) y más de un tercio consumió más de 8 tragos en un mismo momento, en contraste con 1.6 tragos entre bebedores de alcohol en bajo riesgo. La razón principal para consumir alcohol es ser sociable (80.3%), un 87.5% dijo que el lugar más usual para ingerir alcohol es en casa, un 57.2% bebe en situaciones sociales (Schrans et al., 2008).

En el año 2002, el costo económico, social, y de salud per cápita a causa del alcohol fue de US \$443 – el tercero más bajo de Canadá (Nunavut registró el costo per cápita por consumo de alcohol más alto, US \$961 y la Isla del Príncipe Eduardo registró el costo más bajo con US \$ 385; el promedio nacional fue de US \$463). Durante el periodo de 5 años, entre 1999 y 2003, cerca de 3000 admisiones hospitalarias al año pueden ser atribuidas al uso de alcohol en Nueva Escocia, y los hombres tienen doble probabilidad que las mujeres de ser ingresados por uso de alcohol. Durante el mismo periodo, se produjeron 1.149 muertes que pueden ser atribuidas al uso de alcohol (Graham 2005)

“Cambiar la cultura de consumo de alcohol en Nueva Escocia”, constituye una nueva estrategia de alcohol propuesta por los Addiction Services of the Department of Health Promotion and Protection. El principal objetivo de esta estrategia es reducir los daños y los costos relacionados con el consumo de alcohol y lograrlo a través de fomentar una cultura de moderación. Con el fin de lograr su objetivo, la estrategia propone varias directrices claves: capacitación comunitaria y construcción de alianzas o trabajo colaborativo; comunicación y mercadotecnia social; fortalecer la prevención, intervención temprana y tratamiento; y, promover la investigación y la evaluación.

La estrategia plantea una aproximación de promoción de la salud, que considera un equilibrio entre la protección de la salud, la prevención de daños, beneficios en salud por moderación y costos y beneficios a la economía. Además está basada en la comunidad y simultáneamente se focalizada en bebedores menores de edad, bebedores en alto riesgo, consumo de alcohol durante el embarazo y la conducción bajo ingesta de alcohol.

Las principales características de esta estrategia son: la atención en el rol cultural del alcohol como una herramienta para cambiar actitudes y comportamientos asociados a daños. Un tema central es la responsabilidad compartida entre la comunidad y las autoridades relacionadas con la promoción de la salud y la reducción del daño. El documento propone fijar políticas a un nivel local, y gradualmente aplicarlas a nivel provincial y federal. Esta estrategia promueve comenzar con educación, intervenciones y tratamientos tempranos, además de crear apoyos que respalden la fiscalización, monitorear las mejores prácticas relacionadas con la disponibilidad física del alcohol y las medidas para prevenir la conducción bajo ingesta de alcohol.

d) España

Se utilizaron varios recursos en la elaboración de un breve análisis de la situación en España, incluyendo dos informes de la Organización Mundial de la Salud.(WHO 2004; WHO-EUROPA 2007).

No existe un plan de acción nacional sobre alcohol en España, sólo una estrategia nacional de drogas, años 2005-2008.

El consumo de alcohol per cápita fue de 9.9 litros en el año 2003 (esto es en la población total, no sólo de 15 años y más). España ha desarrollado fuertemente campañas preventivas para evitar conducir e ingerir alcohol y, en menor medida, ha desarrollado programas orientados a los colegios y a las comunidades locales.

Las etiquetas de advertencia en las botellas de alcohol son obligatorias. No existen los programas de capacitación extensiva en la salud de atención primaria; sin embargo, existen tratamientos para la ingesta nociva y de riesgo de alcohol, incluso en organizaciones no gubernamentales.

Existe una prohibición para transmitir comerciales de televisión que publiciten bebidas alcohólicas que contengan más de 20° de alcohol. Se ofrecen breves intervenciones en los servicios de emergencia e intervenciones comunitarias a niveles locales, programas para mujeres embarazadas adictas y programas que enseñan habilidades para desenvolverse en la vida. El tratamiento y la rehabilitación de bebedores de alcohol en alto riesgo lo proporciona el sistema nacional de salud. Existen capacitaciones para los vendedores de alcohol a nivel local. Hay un acuerdo voluntario para la aplicación de etiquetas de advertencia. Existen campañas nacionales de información, transmitidas por todos los medios de difusión, sobre los impactos del alcohol en la salud, para la prevención del consumo de alcohol y para conducir y beber de manera segura y responsable.

f) Australia

El siguiente resumen se basa en la Ministerial Council on Drug Strategy (AUSTRALIA 2006) ("Estrategia de Drogas del Consejo de Ministros"). Un tema fundamental es controlar la intoxicación. Muchas estrategias están orientadas a fortalecer la fiscalización sobre el cumplimiento de las leyes de licencias para la venta de alcohol, tanto en las tiendas de venta al detalle como en los locales donde se sirven bebidas alcohólicas, mejorar las medidas que fomentan la venta responsable de alcohol y las que aumenten la conciencia comunitaria sobre los impactos de la intoxicación, a través de etiquetar los productos y promover una orientación para el consumo de alcohol sin riesgo.

Además, existen iniciativas para identificar a los establecimientos con patente que estén vendiendo alcohol de manera irresponsable. El " Programa Fiesta Segura "de la Policía de Queensland (Queensland Police Party-Safe Program), proporciona consejos prácticos para disfrutar de fiestas exitosas, agradables y seguras para todos los participantes, incluyendo los padres, los anfitriones y los invitados. También existe un formulario de "Fiesta-Segura", para que los anfitriones de las fiestas puedan registrar sus fiestas con la policía local.

g) Nueva Zelandia

La Estrategia Nacional de Alcohol es parte de la New Zealand Health Strategy ("Estrategia de Salud de Nueva Zelandia") (NEW-ZEALAND 2001) y de la National Drug Policy ("Política Nacional de Drogas"). La primera identifica las áreas prioritarias de salud y la segunda identifica los resultados deseados en materia de daños relacionados con el uso de drogas. En el año 1996, el gobierno emitió un informe de política nacional sobre alcohol que pretendía reducir o prevenir los daños relacionados con la ingesta de alcohol.

Desde la introducción de una Ley de Venta de Licores en 1989, ha habido un aumento en la disponibilidad física del alcohol incluyendo el número de patentes para la venta de licores, el número de lugares donde se puede vender alcohol, los días y horas de ventas (incluyendo los domingos), además de una disminución de la edad mínima legal para adquirir alcohol (18 años).

La estrategia tiene varios pilares.

- Control sobre el abastecimiento: Proporcionar información clara y comprensible sobre las disposiciones de la Ley a las personas responsables de administrarlo. Apoyar a los grupos intersectoriales a un nivel local para monitorear el cumplimiento de la Ley de Venta de Licores, hacer cumplir activamente las leyes relacionadas a la edad mínima legal para adquirir alcohol, y las medidas para vender y abastecer de alcohol a clientes intoxicados.
- Reducción de la demanda.
- Estrategias de reducción de problemas

Se estima que los costos totales, directos e indirectos, del consumo abusivo del alcohol en Nueva Zelanda, son entre US \$1.5 mil millones y US \$2.4 mil millones (Devlin et al 1996). En 1982 y 1983 el nivel de consumo per cápita de alcohol alcanzó los niveles históricos más altos de casi 12 litros por persona de 15 años o más, y disminuyó paulatinamente desde esa fecha hasta llegar a 8.3 litros en 1997. Nueva Zelanda obtuvo el lugar número 20 a nivel mundial en cuanto al consumo per cápita de alcohol, un lugar más bajo que Australia y uno sobre el Reino Unido.

h) Inglaterra

Otros países han implementado políticas de alcohol muy distintas en los últimos años y, en algunos casos se ha continuado con iniciativas que han llevado a décadas de incremento en el acceso al alcohol, conjuntamente con aumento en los traumatismos, los problemas sociales y las enfermedades crónicas relacionadas al consumo de alcohol.

Por ejemplo, en Inglaterra, el 5 de junio del año 2007, el Departamento de Salud (DH) y el Ministerio del Interior emitieron en conjunto una estrategia de gobierno sobre alcohol que es una revisión y actualización de la Alcohol Harm Reduction Strategy for England ("Estrategia de Reducción del Daño para Inglaterra"), publicada en el año 2004(ENGLAND 2007).

En Inglaterra, un 90% de los adultos beben alcohol y sólo un 13% de los bebedores expresó haber mantenido un control sobre el número de tragos que ingirió. En el año 2003, se estimó que el consumo per cápita fue de 9.29 litros de alcohol puro. La proporción de los jóvenes que beben alcohol disminuyó en los últimos años, pero aquellos que beben están consumiendo más alcohol y más seguido. El consumo excesivo de alcohol cuesta más de 20 mil millones de euros cada año. Las muertes relacionadas al consumo de alcohol han sido más del doble desde el año 1979, y el número de personas que muere a una edad más temprana es mayor. Hay 180.000 admisiones hospitalarias al año relacionadas con el consumo de alcohol.

Los crímenes violentos han disminuido un 51% desde el año 1995. Entre 2005 y 2006, un 17% de todos los incidentes violentos fueron cometidos dentro o en los alrededores de los pubs o clubes.

La estrategia apunta a reducir el daño causado por el abuso de alcohol, a través de un programa de acción en conjunto con el gobierno y la industria de alcohol para:

- Una mejor educación y comunicación; utilizando campañas tales como "know your limits" ("conoce tus límites") y "Think drink-driving" ("piensa" en beber alcohol y conducir)
- Mejorar los servicios de salud y el tratamiento; identificar y asesorar a las personas en riesgo Combatir los delitos y desórdenes relacionados con el consumo de alcohol y;
- Trabajar con la industria del alcohol: para incluir información de salud en las botellas, para crear planes locales de colaboración en conjunto y para formar una organización de beneficencia independiente para promover el consumo moderado de alcohol.

La política de Inglaterra está orientada a grupos o comportamientos objetivo, en especial al consumo por menores de edad, los bebedores con consumo nocivo y en grandes cantidades por ocasión entre 18 y 24 años (binge drinkers), la violencia relacionada con el consumo de alcohol y a conducir e ingerir alcohol. Algunas de las estrategias de mayor éxito han sido implementadas a nivel local, fortaleciendo el trabajo en colaboración entre las autoridades locales y centrales.

Uno de los resultados de la estrategia nacional es que los nuevos proyectos han incrementado los niveles de detección e intervención en la atención de salud primaria. La campaña "know your limits" ha aumentado el conocimiento de alerta y muestra alto índice de recuerdo de mensajes en la juventud. Se afirma que la campaña "Think drink-driving" contribuyó a que el índice de muertes relacionadas con la conducción bajo ingesta de alcohol disminuyera de más de 1,600 a finales de 1970 a 560 en el año 2005.

Sin embargo, en las últimas décadas, el enfoque del Reino Unido para con el alcohol, ha significado una serie de desarrollos que se considera contribuyen a aumentar el riesgo y el daño, en lugar de controlar el daño. Se incluye en esto una reducción en los precios de las bebidas alcohólicas, una amplia promoción y mercadotecnia del alcohol, y un aumento en la disponibilidad física, incluyendo permisos para la venta continuada en tiendas que venden alcohol, tanto dentro como fuera de los locales. Se considera que estas medidas fueron factores que contribuyen a los altos índices de mortalidad por cirrosis hepática, (Leon and McCambridge 2006) y a los altos niveles de trastorno social, embriaguez, daños a la propiedad y consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. Además, los intentos por evaluar las dimensiones de la estrategia, que se consideraron causales de un aumento en los daños en lugar de reducirlos, se frustraron por las, a menudo, cercanas relaciones de trabajo entre el gobierno y las industrias de alcohol. Se consideró que estas relaciones contribuyeron al rechazo de las políticas efectivas basadas en evidencia que apuntaban a reducir el daño y en cambio favorecieron a aquellas que serían inefectivas o que aumentarían el daño relacionado con la ingesta de alcohol.(Anderson 2007).

Mirada General de Estrategias Selectivas de Alcohol, según país

Intervención o tema político	Canadá	Columbia Británica	Nueva Escocia	Australia	Nueva Zelanda	España	Inglaterra
Edad	19 (excepto para Manitoba, Alberta & Quebec 18)	19	19	18	18	16	18
Disponibilidad Física	Monopolio gubernamental a todo nivel de ventas. Patente para vender, excepto para licores	Monopolio gubernamental a todo nivel de ventas.	Monopolio gubernamental a todo nivel de ventas.	Patente para la producción y la venta de todo	Patente para la producción y la venta de todo	Patente para la producción y la venta de todo	Patente requerida para importar y vender al detalle
Densidad	Ninguna	0,5 km de distancia mínima entre tiendas privadas con patente para venta al detalle.		No	Sí	Sí/(no)	No
Días/horas	Sólo horas	Sólo horas		Sí	Sólo horas	Sí para ambas	Sí
Aplicación de precios e impuestos	Sí	Precios altos, 2 impuestos				Sí	Sí, varía según tipo
Alteración de contexto de ingesta de alcohol		Programas de capacitación a vendedores	Sí				
Educación y Persuasión							
Restricciones sobre la promoción de alcohol	Sin restricciones			Voluntario	No	Parcial*	Sí, régimen autorregulatorio (prohibiciones de contenido, género, jóvenes, violencia comportamiento antisocial) ** Todos son Voluntarios

Contramiedas de la conducción e ingesta de alcohol	Puntos de control de sobriedad	Sí									
	controles de alimento al azar	No	No realmente	Sí, activamente		A menudo	Algunas veces	A menudo	Raramente utilizado		
	Limites de alcoholemia	0,8	No	No		0,5	0,8	0,5	0,8		
	Tolerancia "0" en Alcoholemia para conductores novatos	Sí							0,3 para conductores nuevos	No	
	Suspensión de la licencia	Sí		Sí, activamente					Sí (1-3 meses) ⁷		
	Licencia gradual para conductores novatos	Sí, excepto PEI y Nunavut		Sí, activamente							
Capacitación e intervención temprana	Intervenciones breves en bebedores en alto riesgo	Sí, pero los programas de capacitación para los profesionales deben ser actualizados	Sí, pero no a gran escala			Sí*		Sí	Sí		

* Existe un programa de tratamiento y educación obligatorio para los infractores que perdieron todos los puntos de sus licencias de conducir. Hay una completa restricción para publicar licores por medio de la TV, y restricciones parciales en radio, cine, revistas y diarios para los tres tipos de bebida.

** Examen médico obligatorio para infractores repetidos, cursos de educación voluntarios para infractores que reducen el periodo de descalificación. Todas las regulaciones publicitarias son voluntarias

Referencias

- (2006). The Costs of Substance Abuse in Canada 2002, Nova Scotia Health Promotion and Protection.
- (2007). "National Strategy Working Group. Reducing alcohol related harm in Canada: Toward a culture of moderation. Recommendations for a national alcohol strategy."
- Anderson, P. (2007). "A safe, sensible and social AHRSE: New Labour and alcohol policy." *Addiction* 102(10): 1515-21.
- AUSTRALIA (2006). National Alcohol Strategy 2006 - 2009. Towards Safer Drinking Cultures, Ministerial Council on Drug Strategy.
- BMA (2008). Alcohol misuse: tackling the UK epidemic. London, Science and Education department of the Board of Science. British Medical Association Board of Science.
- ENGLAND (2007). Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy. London, Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills and Department for Culture, Media and Sport.
- Graham, L. (2005). Alcohol indicators report: A framework of alcohol indicators describing the consumption of use, patterns of use and alcohol-related harms in Nova Scotia. Province of Nova Scotia.
- Heather, N. (2006). "Britain's alcohol problem and what the UK government is (and is not) doing about it." *Adicciones* 18(3): 225-235.
- Kendall, P. (2008) "Public Health Approach to Alcohol Policy." Volume, DOI: Leon, D. A. and J. McCambridge (2006). "Liver cirrhosis mortality rates in Britain, 1950 to 2002." *Lancet* 367(9511): 645.
- NEW-ZEALAND (2001). National Alcohol Strategy 2000–2003. Wellington, New Zealand, Alcohol Advisory Council of New Zealand and Ministry of Health
- Rehm, J., Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J et al. (2006). The Costs of Substance Abuse in Canada 2002: Highlights. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.
- Thomas, G. (2004). Alcohol-related harms and control policy in Canada. Ottawa, Ontario, Canadian Centre on Substance Abuse: 1-38.
- WHO-EUROPA (2007). EU Alcohol Strategy: Monitoring of Good Practices in EU- 27 as of 1 January, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2004). Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva, Switzerland, Department of Mental Health and Substance Abuse: World Health Organization.