



Junta
Nacional
de Drogas

Presidencia de la República

**DOCUMENTO BASE PARA EL DISEÑO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS
EN LA TEMÁTICA DEL ALCOHOL
EN URUGUAY**

Marzo 2012

Documento de trabajo



Observatorio
Uruguayo de
Drogas

Aportes al Diálogo Nacional sobre Drogas



problema drogas: compromiso de todos

INDICE

Prólogo	5
1- El alcohol y la Salud Pública	8
1.1 ¿Qué es el alcohol?	8
1.2 La evidencia internacional: problemática del consumo de alcohol	9
1.2.1 Alcohol y salud: intoxicación, toxicidad y dependencia	10
1.2.2 El consumo de alcohol y las consecuencias para la salud	12
1.3 La evidencia nacional	
1.3.1 Magnitud y patrón del consumo de alcohol	16
1.3.2 Efectos y problemas asociados al alcohol	23
1.3.3 Percepción del riesgo	25
1.3.4 Poblaciones de alto riesgo: el consumo en adolescentes	26
1.3.5 La incidencia del alcohol en la accidentalidad vial, emergencias hospitalarias y delitos	37
1.3.6 Demanda de tratamiento	39
2- Volumen de venta comercialización y Producción	
2.1 Volumen físico en litros de bebida	40
2.2 Volumen en Alcohol puro	44
2.3 Comercialización	48
3- Marco legal	51
4- Tributación	55
5- Las políticas públicas: Las mejores prácticas	
5.1 Clasificación	66
5.2 Algunos ejemplos internacionales	70
5.3 Políticas de gestión de riesgos y daños	83
5.4 Incorporando a los Actores: La responsabilidad Social empresarial.	89
6- Las mejores prácticas	98
7- Bibliografía	105

Índice de Tablas

Tabla 1: Indicadores de consumo de alcohol	16
Tabla 2: Evolución del consumo	17
Tabla 3: Escala EBBA (porcentaje de respuestas positivas por indicador.)	22
Tabla 4: % de respuestas positivas (a veces / casi siempre) a los efectos del alcohol.	24
Tabla 5: % de respuestas positivas (una o más veces) a problemas ocasionados por el alcohol.	25
Tabla 6: Tabla resumen indicadores de consumo	27
Tabla 7: Consumo actual de alcohol (últimos 30 días) según sexo, área geográfica, curso y ámbito educativo.	28
Tabla 8: Edad promedio de experimentación con alcohol según área geográfica, sexo, curso y ámbito educativo	30
Tabla 9: Bebidas consumidas en los últimos 30 días	30
Tabla 10: Episodios de intoxicación de alcohol por ingesta	33
Tabla 11: Conocimiento sobre acciones a desarrollar frente a un episodio de intoxicación	35
Tabla 12: Razones de consumo de alcohol.	37
Tabla 13: Participación del Whisky (Nacional e importado) 2000-2010	42
Tabla 14: Participación vinos y otras bebidas de origen vínico 2000-2010	43
Tabla 15: Participación cerveza (Nacionales e Importadas) 2000-2010	44
Tabla 16: Consumo anual de bebidas alcohólicas. 2000-2010	48
Tabla 17: Puntos de ventas de bebidas alcohólicas según departamento.	49
Tabla 18: Puntos de venta de bebidas alcohólicas según tipo de establecimientos	50
Tabla 19: IMESI, características según numerales	57

Índice de Figuras.

Figura 1: Consumo de Alcohol per cápita en Población Adulta (15 años y más), en litros de alcohol puro (2005)	14
Figura 2: Consumo de Alcohol Puro según Nivel de Ingreso de Países	14
Figura 3: Dependencia de Alcohol (%) 2004	15
Figura 4: Consumo alcohol (últimos 30 días) controlado por sexo y edad.	17
Figura 5: Edad de inicio según tramo de edad	18
Figura 6: Uso problemático de alcohol (escala EBBA) según edad de inicio.	19
Figura 7: Tipo de consumidor según perfil de consumo (información agregada de los indicadores utilizados.)	23
Figura 8: Experimentación con alcohol según curso y área geográfica (%)	28
Figura 9: Consumo actual de alcohol según curso y sexo (%)	29
Figura 10: Edad promedio de experimentación con alcohol según curso	29
Figura 11: Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, según tipo de bebidas (%)	31
Figura 12: Tipo de bebida consumida según curso (%)	32
Figura 13: Cantidad de intoxicaciones en los últimos 15 días según sexo (%)	34
Figura 14: Volumen en litros (total de bebidas)	40
Figura 15: Participación por tipo de bebida 2010.	41
Figura 16: Volumen físico en litros por tipo de bebida 2000-2010.	45
Figura 17: Volumen en litros de alcohol puro 2000-2010.	45
Figura 18: Whisky según procedencia 2000-2010.	46
Figura 19: Cerveza según origen 2000-2010	46

PRÓLOGO

En el momento actual, existe fuerte evidencia a nivel mundial a partir de la acumulación de las investigaciones epidemiológicas sobre la carga global de la enfermedad, respecto a que el uso problemático de alcohol es uno de los principales factores de riesgo, muerte y discapacidad en muchas partes del mundo. El consumo de alcohol está aumentando en sus niveles de ingesta especialmente entre los jóvenes y también se está comenzando el consumo en edades más tempranas, a pesar de la evidencia científica sobre los riesgos del consumo precoz y relacionado a éste, del aumento en términos probabilísticos del desarrollo posterior de dependencia.

Cuantificando los efectos se tiene que el uso problemático¹ de alcohol es factor causal en más de 60 tipos de accidentes y enfermedades, y produce cerca de 2,5 millones de muertes anualmente, lo que equivale a decir que el 4% de las muertes a nivel mundial son atribuibles al consumo problemático de alcohol. De acuerdo a estimaciones, el uso problemático de alcohol causaría entre el 20% y el 50% de los problemas a la salud.²

Ante esta evidencia, existe un creciente interés por parte de la Organización Mundial de la Salud y los estados asociados en la aplicación de políticas públicas dirigidas al cuidado de la Salud, programas de prevención y servicios de tratamiento como responsabilidad de los gobiernos.

Asimismo, y a partir de esta inquietud, hay acumulada importante evidencia sobre las “mejores prácticas” para la aplicación de estas políticas, dirigidas tanto a personas como a poblaciones (consumo agregado), como así también a organizaciones y usuarios de alto riesgo, todas ellas incluyendo las adaptaciones que cada cultura requiere.

Uruguay no es ajeno a esta problemática y el alcohol es hoy la droga que más costos sociales, económicos y humanos genera debido a su alta prevalencia en la población y los patrones de consumo de riesgo y alto riesgo.

Teniendo en cuenta esos elementos, la Junta Nacional de Drogas fijó entre sus prioridades para 2012-2015 diseñar y poner en marcha una política de alcohol que tenga como principal propósito prevenir, reducir los daños y tratar las consecuencias sociales y sanitarias

¹ Se entiende por “uso problemático” aquel consumo que de alguna manera afecta directa o indirectamente a la salud como así también a aspectos familiares y sociales. Incluye uso abusivo, intoxicaciones y dependencia.

² World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health (2011)

negativas relacionadas con el consumo problemático de alcohol. Es necesario proponer una Estrategia sobre alcohol que se refiera a una acción sistemática, interconectada y sinérgica para gestionar los riesgos y daños relacionados con el consumo de alcohol a nivel de la población general, de la comunidad y de los individuos.

Una intención relevante de la estrategia es lograr alcanzar un balance entre los derechos y las responsabilidades de los individuos, de la sociedad como un todo y de los intereses y beneficios para sectores específicos tales como la industria, comercialización y mercados internacionales (esto significa considerar en todo momento la importante actividad económica del sector, no perjudicando la productividad ni la mano de obra empleada) y aquellos orientados a la Salud y tributación, todo esto en el cuadro global de la responsabilidad social compartida.

Esta estrategia implica también poner un especial énfasis en el cuidado de la población de mayor riesgo como es la conformada por los adolescentes. Se trata de reducir el consumo de riesgo y las consecuencias sociales, económicas y sanitarias que esto conlleva, es decir, una nueva forma de vínculo con el alcohol.

En definitiva el presente Documento Base tiene como objetivo final, presentar los pilares fundamentales que deben estar presentes en la discusión de una Estrategia sobre Alcohol fundada en un debate reflexivo de los principales actores sociales, que de cuenta de las mejores prácticas y del análisis científico de las principales variables que intervienen en la problemática, para de este modo lograr una Política de Estado concertada y que cuente con el compromiso de los más amplios sectores de la sociedad uruguaya, sus órganos de gobierno, normativos, las empresas, las entidades de la sociedad civil, incluyendo sindicatos, organizaciones sociales, vecinales, ONGs, etc.

Este documento técnico-político que se expone para su discusión cuenta con toda la información relevante sobre la temática como también la presentación de las opciones de intervención a ser consensuadas, de modo de superar las actuales leyes y acciones, parciales y con débil aplicación o visibilidad y discutible eficacia. Por último queremos agradecer a las siguientes instituciones y personas por su destacado aporte a la elaboración de este documento y el asesoramiento brindado:

Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección General Impositiva, Ministerio de Industria y Energía, Ministerio de Salud Pública, Comisión de Adicciones del Parlamento Nacional y a Agustín Lapetina, Gonzalo Larrosa, Gustavo González Amilivia, Ana Balsa, Héctor Bajac de

CABA S.A., Héctor Ordoqui de Fabrica Nacional de Cervezas, Francisco Kántor de Almena, Diputado Javier Sabini y personal técnico y administrativo de la Secretaría Nacional de Drogas.

Julio Calzada
Secretario General
Secretaría Nacional de Drogas.

1. EL ALCOHOL Y LA SALUD PÚBLICA.

1.1- ¿Qué es el alcohol?³

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree; la euforia inicial que provoca se debe a la desinhibición del autocontrol de la persona que consume.

Las bebidas alcohólicas se clasifican básicamente en dos grupos en función de su proceso de elaboración. Por un lado se encuentran las bebidas fermentadas que proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas (uvas, manzanas, etc.); procedimiento descubierto de forma casual como resultado de la putrefacción natural de frutas almacenadas. La graduación alcohólica de éstas bebidas oscila entre 4 y 12 grados. Son bebidas características de este grupo la cerveza, la sidra y el vino.

El otro grupo de bebidas alcohólicas está conformado por las bebidas destiladas. Estas resultan de la depuración de las bebidas fermentadas en la búsqueda de lograr mayores concentraciones de alcohol. Se trata de bebidas como el whisky, vodka, la ginebra o el ron y oscilan entre 40 y 50 grados de graduación alcohólica. La destilación fue inventada en el siglo VII por los alquimistas árabes, donde procede el nombre de la sustancia, al-k.o.

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores. La edad se presenta como determinante ya que beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentra en fases de crecimiento y desarrollo es especialmente nocivo. Asimismo el sexo: las mujeres poseen menor tolerancia al alcohol, dado por su mayor contenido graso y menor volumen de agua en el cuerpo, y por la ausencia en el estómago de la enzima Alcohol Deshidrogenada (ADH), que en el caso de los hombres metaboliza parte del alcohol antes de su llegada al hígado donde se culmina el proceso de metabolización. De esta forma la misma ingesta de alcohol que en los

³ Este apartado se confeccionó en base a la información disponible en la Guía: 'Drogas: más información menos riesgos' de la Junta Nacional de Drogas (2008).

hombres producen una intoxicación más rápida y niveles de alcoholemia más elevados. Por otro lado, el efecto del alcohol resulta más severo en las personas con menor masa corporal.

Además de estos aspectos atribuibles a los individuos, otros relacionados con la forma de consumir alcohol inciden en los efectos, a saber: la cantidad y rapidez de la ingesta determinará el nivel de intoxicación; la combinación con bebidas gaseosas aceleran la intoxicación, en tanto que la ingestión simultánea de comida, sobre todo de alimentos grasos, retarda la absorción, aunque una vez absorbidas las grasas, también se absorberá el alcohol.

1.2- La evidencia internacional: problemática del consumo de alcohol

A partir de diversos estudios e investigaciones se ha podido concluir que el consumo problemático de alcohol tiene efectos negativos en distintas dimensiones del ser humano, las cuales pueden ser categorizadas en tres grupos⁴:

1. Consecuencias relacionadas al patrón de consumo de alcohol. Si bien existe la creencia de que el consumo de alcohol en eventos sociales o con fines recreacionales no es dañino para la salud, se debe considerar que existen riesgos de corto plazo, los cuales dependen de la conducta en el consumo, como por ejemplo, accidentes de tránsito e intoxicaciones.
2. Consecuencias médicas y psiquiátricas producto del consumo de alcohol. Éstas por lo general se dan por el consumo de largo plazo de alcohol, algunos ejemplos son enfermedades al hígado, distintos tipos de cáncer, accidentes cerebrales, accidentes cardiovasculares. El consumo problemático de alcohol también se relaciona con desórdenes psiquiátricos, como por ejemplo, depresión o enfermedad bipolar, e incluso bajo ciertas condiciones puede llegar a ser un inductor de suicidios.
3. Consecuencias sociales, ocupacionales, legales u otras consecuencias del consumo de alcohol, como ausentismo laboral y problemas familiares.

Cuantificando los efectos se tiene que el consumo de alcohol es factor causal en más de 60 tipos de accidentes y enfermedades, y produce cerca de 2,5 millones de muertes anualmente, lo que equivale a decir que el 4% de las muertes a nivel mundial son atribuibles al consumo de

⁴ World Health Organization.

alcohol. De acuerdo a estimaciones, el alcohol causaría entre el 20% y el 50% de problemas a la salud.⁵

A pesar de los riesgos asociados al consumo de alcohol, es importante destacar que investigaciones han llegado a la conclusión de que el consumo en dosis moderadas produce potenciales beneficios a la salud del individuo, particularmente sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Dado lo anterior, existe una tendencia en algunas políticas de consumo de alcohol de aceptar estos eventuales beneficios e incorporarlos en el diseño de estrategias.

1.2.1 Alcohol y salud: intoxicación, toxicidad y dependencia

Existen tres aspectos principales del alcohol que contribuyen a generar daños por el consumo de alcohol: la toxicidad, la intoxicación y la dependencia.

El alcohol es una sustancia tóxica en términos de sus efectos directos e indirectos sobre una amplia variedad de órganos y sistemas orgánicos.

Existe una tendencia popular a ver todos los problemas relacionados con el consumo del alcohol como parte del *alcoholismo* o como producto de éste. Diversos estudios sobre las prácticas y los problemas por el consumo de alcohol, han acumulado evidencia científica generando un enfoque que desecha las restricciones de esta "estrecha" visión. De hecho, una de las causas principales de los prejuicios relacionados con el alcohol en la población general es la intoxicación por alcohol. La misma se define como un estado más o menos a corto plazo de deterioro funcional en el rendimiento psicológico y psicomotor inducido por la presencia de alcohol en el organismo. La intoxicación, ocasional o habitual, es el factor de riesgo clave para las consecuencias adversas del consumo de alcohol.

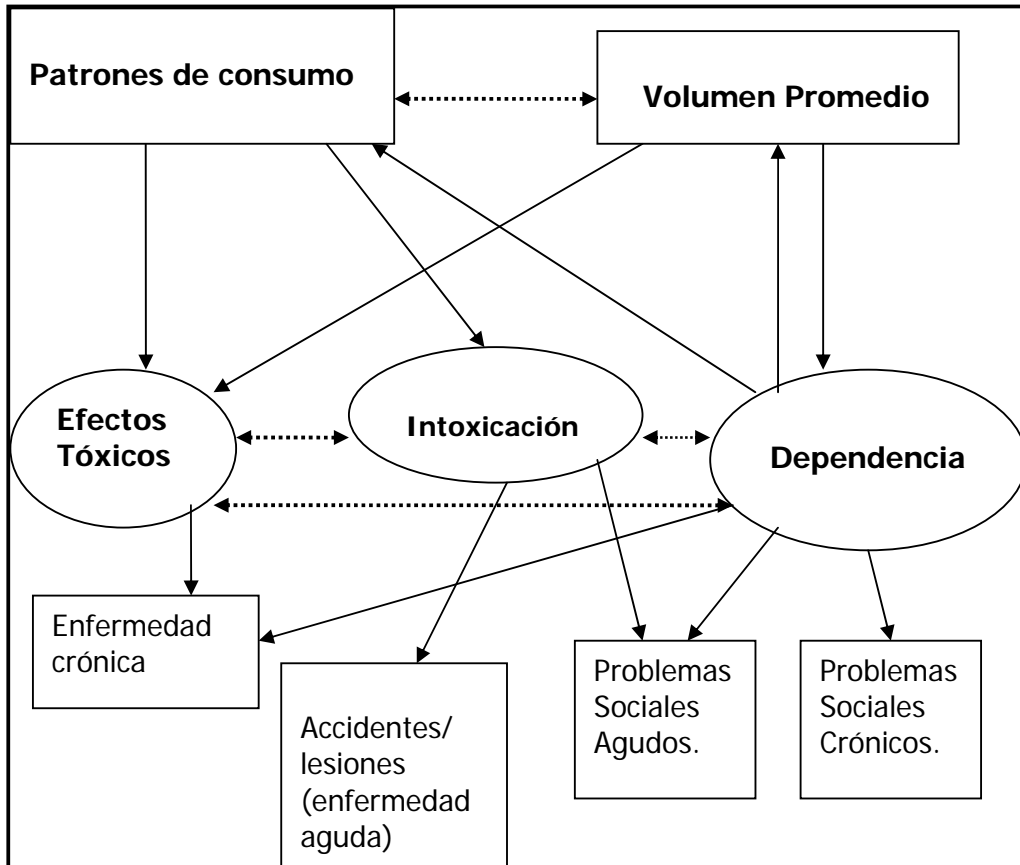
El esquema siguiente⁶, muestra las relaciones entre el consumo de alcohol, la intoxicación y la dependencia como factores mediadores y los diferentes tipos de perjuicios. Los patrones de consumo se caracterizan no sólo por la frecuencia de consumo y la cantidad por ocasión sino

⁵ World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health (2011)

⁶⁶ Tomado de T.Babor et al. "El alcohol: un producto de consumo no ordinario". OPS Washington, 2010 segunda edición Pág. 17

también por la variación entre una ocasión y otra. El patrón representa la manera en que las personas consumen cierto volumen de alcohol en un marco de tiempo dado.

Relación entre el consumo de alcohol, las variables mediadoras y las consecuencias a corto y largo plazo.



En el contexto de estimaciones de la carga global del consumo de alcohol que están principalmente relacionadas con el papel del alcohol en enfermedades y lesiones, los tres aspectos mencionados- toxicidad, intoxicación y dependencia-, juegan papeles distintos. En muchas enfermedades crónicas, el aspecto principal considerado es el efecto tóxico, en primer lugar a través del volumen acumulativo de consumo. Por el contrario, en las lesiones el enfoque principal está en el consumo de alcohol en un evento específico, incluyendo la intoxicación. Sin embargo, ambos aspectos del alcohol pueden jugar un papel en alguna enfermedad crónica y también en lesiones.

1.2.2 El consumo de alcohol y las consecuencias para la salud

El uso problemático del alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la carga de enfermedad en la Región de las Américas, contribuyendo a la violencia, lesiones, suicidios, enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos de salud mental, además de la dependencia del alcohol. (Babor, 2010)

El vínculo entre el consumo excesivo de alcohol y algunas enfermedades no transmisibles y las lesiones no es discutible, y lo que fue durante algún tiempo un tenue vínculo con las enfermedades infecciosas hoy se ve confirmada por estudios que demuestran los efectos negativos del alcohol en los resultados de enfermedades como la tuberculosis y el VIH / SIDA. (Babor, 2010)

Los mecanismos biológicos involucrados en el aumento o disminución del riesgo de enfermedad o muerte debido al consumo de alcohol son múltiples y no completamente comprendidos. En la literatura científica, la mayoría de las veces los resultados no son homogéneos y responden a múltiples factores como por ejemplo el tipo de población y los contextos estudiados, los niveles de exposición medidos o la metodología utilizada.

Para estimar la carga de la enfermedad atribuible a las consecuencias sanitarias relacionadas con el alcohol, es necesario tomar en cuenta sus efectos tanto nocivos como benéficos. Dentro de éstos últimos, por ejemplo, se ha descubierto que algunos patrones de consumo específicos tienen efectos benéficos en la cardiopatía isquémica y en el accidente cerebro vascular. Asimismo, hay evidencia sugerente de un efecto benéfico del consumo ligero a moderado en relación a la diabetes. No obstante, los efectos nocivos se originan de la contribución del alcohol a muchas enfermedades crónicas e infecciosas, así como a accidentes, lesiones y efectos tóxicos graves.

El siguiente cuadro⁷ describe las principales condiciones asociadas con la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol. En la incidencia de todas estas enfermedades se ha establecido un impacto causal del alcohol.

Muchas más enfermedades tienen asociaciones con el alcohol, como la mayoría de las enfermedades neuropsiquiátricas, pero no se ha establecido una causalidad según los criterios estándar.

⁷ T, Babor et al. Op.cit. Pág. 50

- Cáncer: cáncer en la cabeza y en el cuello, en el hígado, cáncer colorrectal y cáncer de seno
- Enfermedades neuropsiquiátricas: síndrome de dependencia del alcohol, abuso del alcohol, depresión.
- Diabetes: (efecto protector y reacciones adversas).
- Enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquemia, hipertensión, enfermedad cerebrovascular (efectos protectores y perjudiciales para todas las enfermedades cardiovasculares).
- Enfermedades gastrointestinales: cirrosis hepática, pancreatitis.
- Enfermedades infecciosas: tuberculosis, neumonía.
- Enfermedades maternas y perinatales: bajo peso al nacer, FAS.
- Efectos tóxicos graves: envenenamiento por alcohol.
- Accidentes: lesiones en carretera y otras lesiones en transportes, caídas, lesiones por quemaduras y ahogamiento, lesiones ocupacionales y de maquinaria.
- Lesiones auto infligidas: suicidio.
- Muertes violentas: lesiones por agresión.

Epidemiología

La medición del consumo de alcohol en litros per cápita para la población de 15 años o más es importante por dos razones: en primer lugar, la media del consumo es una aproximación de prevalencia de consumo excesivo de alcohol, y en segundo lugar, el consumo adulto está positivamente correlacionado con los niveles de consumo adolescente. Por lo tanto, las políticas públicas que son efectivas en reducir el nivel promedio de consumo tienen la potencialidad de reducir los episodios de alto consumo y problemas de consumo de alcohol en la población joven⁸.

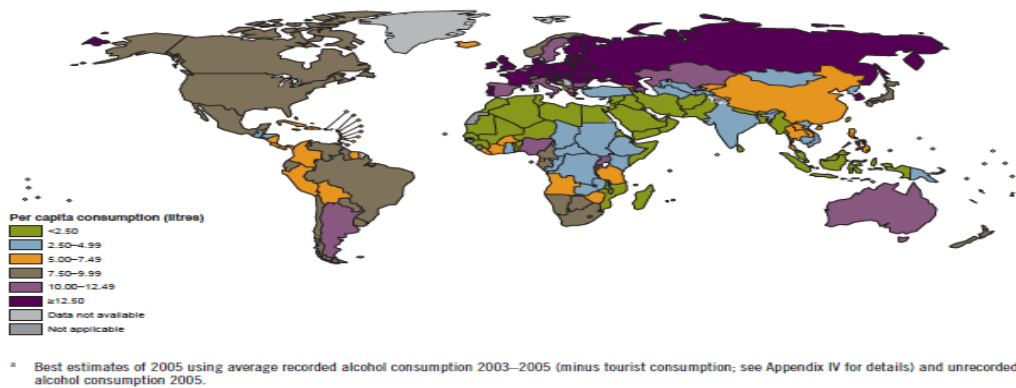
El consumo per cápita anual, en litros de bebida alcohólica pura, es 6,13 a nivel mundial, el 28,6% de este consumo, corresponde a alcohol ilegal o producido en casa. La zona geográfica

⁸ Nelson, J (2008), p. 5.

con mayor consumo de alcohol corresponde al hemisferio norte, especialmente Rusia, mientras que América tiene un consumo medio. Países con alta influencia musulmana tienen menores niveles de consumo, lo que se da, especialmente, porque en muchos de ellos está prohibido el consumo de esta sustancia.

Uruguay presenta un consumo algo por encima del promedio mundial (6.38 litros de alcohol puro per cápita en mayores de 15 años).

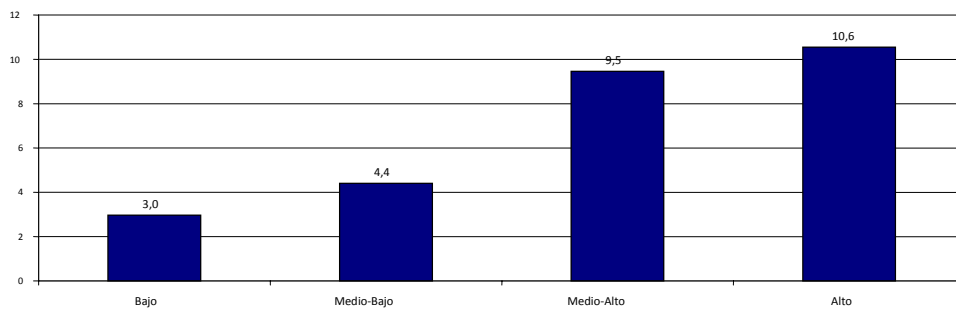
Figura 1: Consumo de Alcohol per cápita en Población Adulta (15 años y más), en litros de alcohol puro (2005)



Fuente: Organización Mundial de la Salud

De acuerdo a la evidencia, el nivel de ingresos del país está asociado con el nivel de consumo de alcohol, de esta forma se tiene que la ingesta promedio en países de bajos ingresos es de 3 litros anuales, mientras que esta cifra llega a 10,6 en países de altos ingresos.

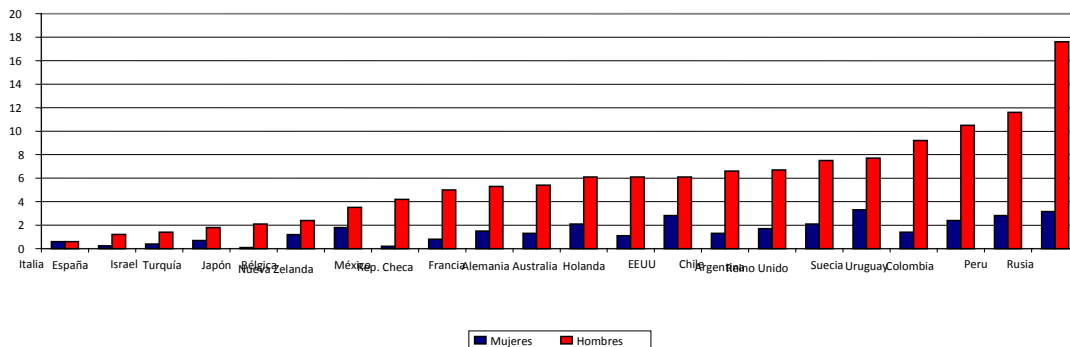
Figura 2: Consumo de Alcohol Puro según Nivel de Ingreso de Países



Fuente: Organización Mundial de la Salud

La dependencia de alcohol⁹ es, para todos los países analizados, con excepción de Italia, mayor en hombres que en mujeres, en efecto, el promedio para el caso de las mujeres es 1,5%, mientras que para los hombres esta cifra alcanza el 5,8%. Rusia es el país que presenta una mayor tasa de dependencia al alcohol, con una tasa aproximada de 10%, mientras Italia es el país con la menor tasa con un 0,6%. Uruguay presenta en esta escala uno de los valores más altos en la región.

Figura 3: Dependencia de Alcohol (%) 2004



Fuente: Organización Mundial de la Salud

La manera en que la salud se define y se valora dentro de una sociedad tiene implicaciones importantes para la política sobre alcohol. Si se define de manera limitada como la ausencia de enfermedad, entonces el enfoque a menudo se deposita en el tratamiento para la dependencia del alcohol y el manejo clínico de discapacidades relacionadas con el alcohol, (...). Si la salud se define más ampliamente, entonces la política sobre alcohol se puede dirigir a las intervenciones proactivas que pueden ayudar a que muchas más personas obtengan niveles óptimos de salud. (T.Babor et al, 2010)

⁹ Adultos (18-65) años que son dependientes según escala de dependencia F10.2, durante un año calendario.

1.3- La evidencia nacional

1.3.1 Magnitud y patrones del consumo de alcohol

a) Prevalencia.

Según consigna la Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada en 2006 por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas el alcohol es la droga más consumida por los uruguayos. Casi Ocho de cada 10 personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y casi un 65% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses y la mitad de los uruguayos lo consumen habitualmente. Comparados en forma general con los datos del 2001 no se presentan diferencias significativas en ninguno de los tres indicadores.

Respecto al perfil de consumo se encuentra que:

- Los hombres presentan porcentajes de consumo superiores a las mujeres, para todos los rangos de edad. En ambos sexos el mayor porcentaje de consumidores se encuentra entre los 18 y 25 años, presentando luego un descenso, este más pronunciado en las mujeres, a medida que avanza la edad.
- No obstante ello, se observa que en las personas más jóvenes es donde se presenta la menor diferencia de consumo entre sexos, lo cual indica una tendencia a la equiparación de consumo.

Tabla 1: Indicadores de consumo de alcohol

INDICADORES DE CONSUMO	GENERAL
Consumo alguna vez en la vida	78.6
Consumo en los últimos 12 meses	64.3
Consumo en los últimos 30 días	50.1

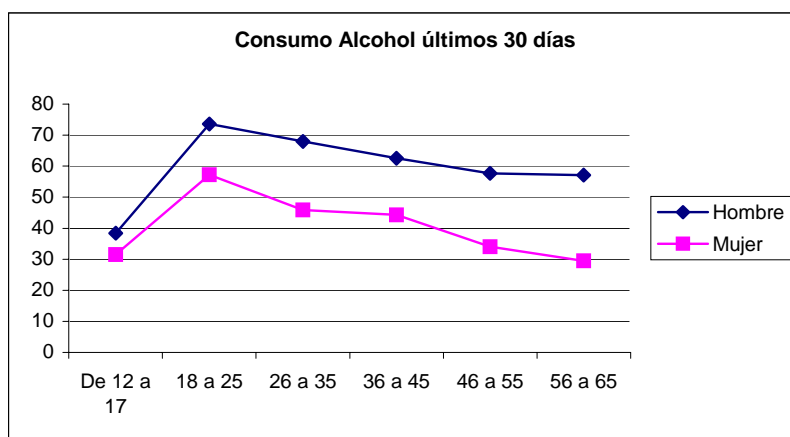
Base: Total de la muestra.

Tabla 2: Evolución del consumo

INDICADORES DE CONSUMO	1998	2001	2006
Consumo alguna vez en la vida	78.5	80.5	78.6
Consumo en los últimos 12 meses	65.2	69.4	64.3
Consumo en los últimos 30 días	46.3	51.2	50.1

Base: Total de la muestra

Figura 4: Consumo alcohol (últimos 30 días) controlado por sexo y edad.



b) Dinámica del consumo

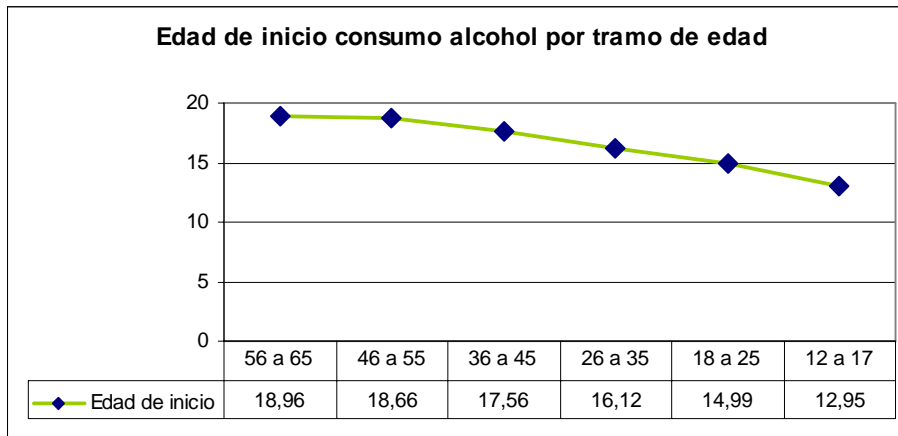
La edad de inicio promedio de los uruguayos para el alcohol es 16.6 años, siendo la edad más frecuente de inicio a los 15 años. Sin embargo, según se observa en Figura 5 las generaciones más jóvenes presentan una edad de inicio más temprana lo que constituye una mayor probabilidad de uso problemático en el futuro como así también un aumento de la probabilidad del consumo de otras sustancias.

Grant y Dawson (1997) aseguran que cerca del 40% de los que reportaron haber comenzado a beber antes de los 15 años describieron que en algún momento de sus vidas llegaron a tener dependencia al alcohol, lo cual es una cifra cuatro veces superior a la reportada por quienes empezaron a beber a los 21 años .

Esto se cumple para Uruguay. La Figura 6 muestra que los usuarios problemáticos ¹⁰ de alcohol que se iniciaron a los 13 años o menos duplican porcentualmente a aquellos que iniciaron su consumo luego de los 18 años.

Con respecto a la secuencia de consumo, mientras antes se empieza a consumir alcohol (y tabaco), mayor es el riesgo (probabilidades) de alcanzar las etapas posteriores de la secuencia: (D. Kandel 1980, Lababouvie & White 2002) de modo que el inicio tardío ofrece un lapso de tiempo más limitado para alcanzar a completar la secuencia.

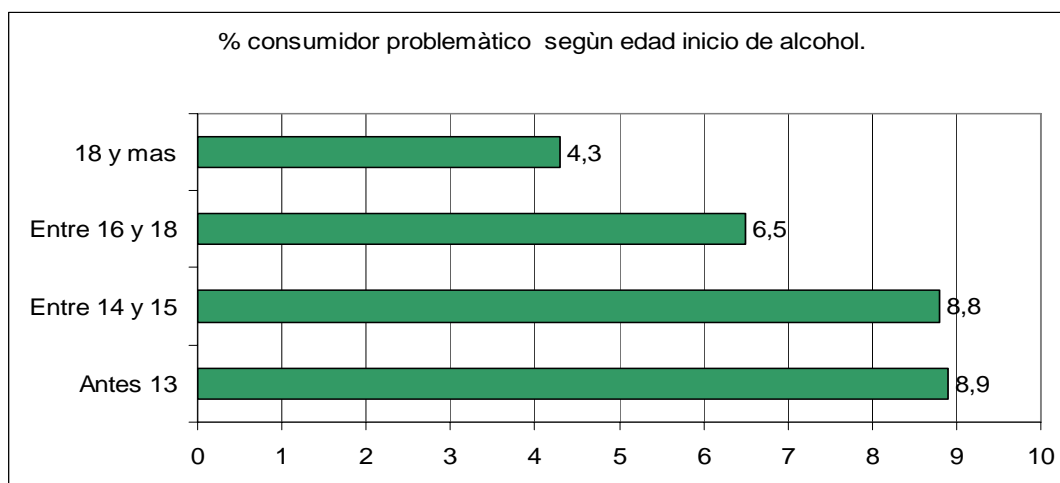
Figura 5: Edad de inicio según tramo de edad.



Base: Consumieron alcohol alguna vez en la vida.

¹⁰ Medido por la escala EBBA

Figura 6: Uso problemático de alcohol (escala EBBA) según edad de inicio.



Fuente: Cuarta Encuesta Nacional sobre consumo de hogares en hogares – 2006

Base: Consumidores últimos 12 meses mayores de 25 años.

c) Usos problemáticos del Alcohol.

Intoxicación y dependencia.

Las situaciones vinculadas al consumo que potencialmente o de hecho afectan la salud del individuo, ya sea en su esfera biológica, psicológica o social fueron medidos en el estudio de hogares 2006 siguiendo los criterios del CIE 10 (Criterio de Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión recomendado por la OMS) en lo concerniente al consumo perjudicial y a la dependencia de sustancias. Asimismo, se incorporaron en este mismo estudio medidas para medir los episodios de intoxicación por ingesta, un aspecto que muchas veces no es tratado con la importancia que tiene.

Intoxicación por ingesta.

Se utilizaron dos indicadores, uno que es la autodeclaración de “borracheras en los últimos 30 días” y la consulta respecto a si en alguna oportunidad, en igual período, había consumido dos litros de cerveza o más , una botella de vino o mas o cuatro medidas de medidas destiladas o más.

Encontramos entonces que el 18% de los consumidores de los últimos 12 meses ha consumido esa cantidad en una o más oportunidades en los últimos 30 días. Si consideramos sólo a los consumidores habituales este porcentaje se eleva al 24%.

Consultado sobre si sintió en igual período de tiempo haberse emborrachado, sólo el 11% admite esa situación.

Desagregado por las variables estructurales más importantes se encuentra que:

- Existen importantes diferencias por sexo, ya que mientras un 32% de los hombres presenta episodios de abuso el día de mayor ingesta, lo hace el 15% de las mujeres.
- Los episodios de intoxicación aguda se presentan entre los más jóvenes (especialmente en las personas entre 18 y 25 años donde casi el 40% declara haber tenido un episodio) disminuyendo a medida que aumenta la edad.

Consumidores problemáticos. (Escala EBBA)

Se utilizó en este estudio la escala validada en Chile de Bebedor Problema (EBBA). Se considera que "Beber Problema" es cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente provoca consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de la salud, armonía familiar, rendimiento laboral (o escolar), seguridad personal y funcionamiento social". Para determinar si una persona presenta un "Beber Problema", se ha desarrollado una ESCALA BREVE DE BEBER PROBLEMA (EBBA). Se considera que una persona es un Bebedor Problema si tiene 2 ó más respuestas positivas en esta escala.

Según la Cuarta Encuesta nacional en Hogares sobre consumo de drogas en Uruguay (2006) realizada por OUD el 8 % del total de personas que consumieron alcohol en los últimos 12 meses (5% de la población), califican como bebedores problema. Es decir, en Uruguay hay casi 80.000 personas con algún grado de problemas derivados del consumo de alcohol según esta escala.

Los problemas más mencionados corresponden al consumo mayor de lo previsto y a la pérdida temporal de la memoria. A mayor frecuencia de consumo, mayor porcentaje de EBBA positivo, donde casi uno de cada cuatro bebedores con una frecuencia igual o mayor a tres o cuatro veces por semana presenta un uso problemático. El perfil predominante corresponde a hombres, entre 18 y 25 años y mayoritariamente de Montevideo.

Tabla 3: Escala EBBA (porcentaje de respuestas positivas por indicador.)

	% Consumidores	% total
¿Ha tenido problemas con su pareja por el alcohol?	2.9	1.8
¿Ha perdido amigos / as por el modo de beber?	1.2	0.8
¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma?	4.9	3.1
¿Le ocurre que termina tomando más de lo que desea?	10.1	6.4
¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas?	0.9	0.6
¿Al despertarse le ocurrió alguna vez que no recuerda la noche anterior?	5.7	3.7
¿Le molesta que lo critiquen por su forma de beber?	3.5	2.2

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Dependencia

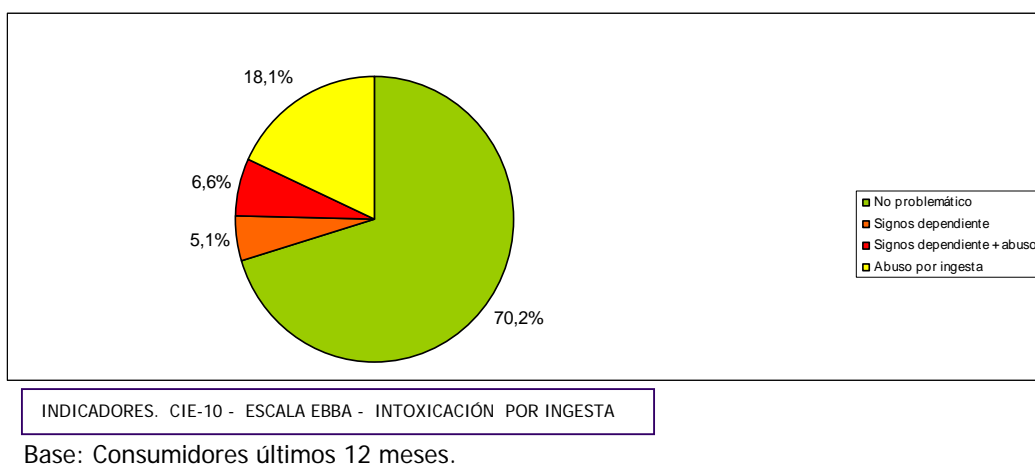
Se consultó a los encuestados acerca de la motivación de consumo ante determinadas situaciones que pueden reflejar un consumo problemático. Ante la respuesta afirmativa en alguno de los ítems se aplicó la serie de indicadores del CIE10 para estimar el consumo problemático.

Según se puede apreciar, casi el 3% de la población presenta algún síntoma de uso problemático. Este porcentaje representa el 4.26% de los consumidores de los últimos 12 meses, el 5.47% de los consumidores de los últimos 30 días y un significativo 11% de aquellos consumidores con una frecuencia mayor o igual a dos o tres veces por semana.

La tasa de consumidores con signos de dependencia o uso problemático es sensiblemente mayor en Montevideo que en el Interior (3.2% de los consumidores de los últimos 12 meses en Montevideo frente a 1.3% del Interior, explicado fundamentalmente por el menor consumo de las mujeres).

En resumen, y teniendo en cuenta todos los indicadores utilizados encontramos que casi 230.000 uruguayos presentan un consumo problemático de alcohol (intoxicación y/o dependencia)¹¹.

Figura 7: Tipo de consumidor según perfil de consumo (información agregada de los indicadores utilizados.)



Con respecto al contexto regional, existe bastante variabilidad en los niveles de consumo actual entre los países en población entre 15 y 64 años, con cifras que superan el 50% en Argentina, Chile y Uruguay, algo más del 40% en Bolivia y cifras algo menores en Ecuador y Perú¹².

Con respecto a la edad de inicio, la misma se encuentra para la región en el entorno de los 18 años, aunque Uruguay presenta la edad más baja de inicio con un promedio de 16.6 años.

1.3.2 Efectos y problemas asociados al alcohol

En 2004 el Observatorio Uruguayo de Drogas participó en el estudio Internacional auspiciado por la Organización Mundial de la Salud GENACIS (Género Alcohol y Cultura) y en él se indagó sobre aquellos aspectos vinculados a las razones de consumo y sus factores de utilidad, como

¹¹ El estudio abarca la población en edades comprendidas entre 12 y 65 años. Si tomamos el promedio de edad de los uruguayos y estudiamos la tendencia de la tasa de consumo, este número podría estimarse en 300.000 personas.

¹² Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en población de 15 a 64 años: ONUDD-CICAD-ODU- 2008-

así también la autodeclaración de problemas asociados con el consumo de alcohol. Respecto al primer punto, refiere a los comportamientos o actitudes en los cuales se identifica una utilidad del alcohol. De forma que se consultó a las personas que consumían alcohol si sentían que los ayudaba a desinhibirse socialmente, si les facilitaba el tratamiento de problemas con su pareja entre otros.

El 22.1% de los encuestados manifiesta que el alcohol produce a veces o siempre, uno o más de los efectos que se muestran en la Tabla 4. La comunicación social y la desinhibición en el sexo, dentro de los indagados, son los mencionados con mayor frecuencia.

Se presentan diferencias significativas por edad y sexo y fundamentalmente, por tipo de consumidor. Los que consumen excesivamente o son consumidores de alto riesgo, así como los hombres, mencionan aún con mayor frecuencia estos producidos por el alcohol. En tanto, se observa que en los más jóvenes el alcohol facilita el relacionamiento social y privado.

Tabla 4: % de respuestas positivas (a veces / casi siempre) a los efectos del alcohol.

Con el alcohol....	%
Le resulta más fácil ser abierto con la gente	15.9
Le resulta más fácil hablar con su pareja acerca de problemas.	7.6
Se siente menos inhibido acerca del sexo	9.6
La actividad sexual es más placentera	6.4
Se siente más atractivo sexualmente	3.3
Se vuelve más agresivo	2.9

Fuente: Estudio GENACIS- 2004.

Base: Consumidores últimos 12 meses.

En cuanto a los problemas ocasionados por el alcohol, apenas un 7.9% de los encuestados manifiestan haber tenido uno o algunos de los problemas que se plantean en la Tabla 5, ocasionados por el alcohol. Este porcentaje varía sustancialmente según el tipo de consumo, se encuentra que en los bebedores moderados y ligeros es del 3% frente a un importante 20% de los consumidores altos, excesivos o de gran riesgo.

Los problemas mencionados con mayor frecuencia corresponden a la salud física y a lo económico.

Al igual que con los efectos, existen diferencias por sexo, aunque por edad, conjuntamente con los jóvenes, las personas entre 46 y 54 años presentan los mayores porcentajes. Asimismo, también aquellos que no viven en pareja presentan los mayores porcentajes de problemas ocasionados por el alcohol.

Con respecto a los problemas de salud generados por el alcohol, un 0.9 por ciento declara haber tenido enfermedades ocasionadas por el alcohol, aunque los porcentajes varían en forma importante según la intensidad de consumo. Mientras en los consumidores ligeros o moderados representa un 0.5%, en los consumidores altos, excesivos o de gran riesgo alcanza al 2.5, siendo además en todos los casos, hombres.

Tabla 5: % de respuestas positivas (una o más veces) a problemas ocasionados por el alcohol.

Respuesta múltiple

Bebida alguna vez perjudicó....	%
El trabajo o estudio	0.5
Los quehaceres domésticos	0.6
Matrimonio o relaciones íntimas	1.7
Relaciones con otros familiares	1.3
Amistades o vida social	1.8
Salud física	3.8
Finanzas o economía	2.3

Fuente: Estudio GENACIS- 2004.

Base: Consumidores últimos 12 meses

1.3.3 Percepción del riesgo

La percepción de riesgo es una medida subjetiva de percepción del daño asociado al consumo de determinada droga. Es una actitud o pre-disposición que participa de alguna manera en lo

conductual. Es una construcción subjetiva, una interpretación del individuo pero que se nutre también de las representaciones sociales¹³ de su entorno.

En el caso de las drogas, el alcohol es el que presenta la menor percepción de riesgo en su consumo tanto ocasional como frecuente de todas las drogas.

Uno de cada cuatro consumidores frecuentes considera que hay riesgo nulo o casi nulo en el consumo¹⁴.

La percepción del riesgo se asocia al consumo, en primero lugar se constata que a menor percepción del riesgo mayor consumo para cualquier sustancia, y en segundo término, diversos estudios consignan que el consumo de alcohol disminuye la percepción de riesgo de otras drogas, como ser marihuana, cocaína, etc.

1.3.4 Poblaciones de alto riesgo: el consumo en adolescentes

Magnitud del consumo¹⁵

El alcohol es la sustancia más consumida por los estudiantes de Enseñanza Media. Ocho de cada diez estudiantes ha experimentado con alcohol alguna vez en su vida. En el inicio de su trayectoria en Enseñanza Media, el consumo alguna vez en la vida alcanza a más del 70%, en tanto que al finalizar casi la totalidad de los estudiantes lo ha hecho (95%); lo que evidencia que, en promedio, antes de llegar a los 18 años sólo el 5% de los jóvenes escolarizados no ha probado alcohol alguna vez en su vida.

¹³ Las representaciones sociales, en su definición más amplia y que recoge la clásica de Moscovici(1979) son “el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad”.

¹⁴ Fuente: OUD: Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (2006)

¹⁵ Todos los datos corresponden a la Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (Observatorio Uruguayo de drogas 2009)

Tabla 6: Tabla resumen indicadores de consumo.¹⁶

Alcohol	%
Nunca consumió	18,5
Alguna vez en la vida	81,5
Últimos 12 meses	70,2
Últimos 30 días	52,7
Iniciaron este año	18,6*

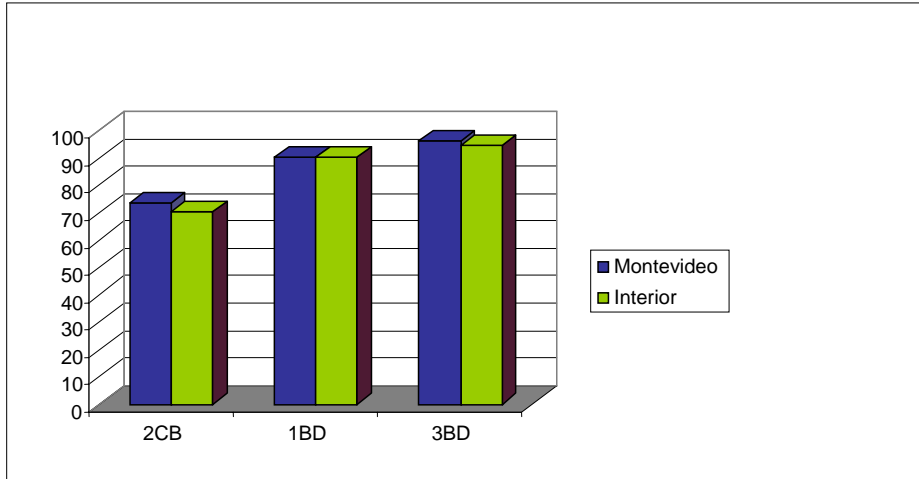
Base: total de la muestra *% sobre el total de la población.

La distribución del consumo alguna vez en la vida con alcohol en función del sexo en el total de los estudiantes demuestra que tanto hombres como mujeres lo hicieron en la misma medida. En tanto que, para el mismo indicador, el consumo alguna vez en la vida de los estudiantes de Montevideo es levemente superior a la de los estudiantes del Interior del país; diferencia debida al mayor porcentaje de consumo de los jóvenes 2 CB y 3 BD de la capital.

Más de la mitad de los estudiantes han consumido alcohol en los últimos 30 días. Los consumidores actuales son el 39% de los estudiantes de 2 CB, alcanzan al 64% de los que cursan 1 BD, lo que conforma el salto más importante en el consumo actual, y al 74% de los jóvenes de 3 BD.

¹⁶ Los indicadores utilizados para medir magnitud y patrón de consumo son los siguientes:
 PREVALENCIA DE VIDA: Responde a la pregunta: "Alguna vez en tu vida has consumido...". Es un indicador de consumo experimental.
 PREVALENCIA DE AÑO: Responde a la pregunta "Has consumido en los últimos 12 meses...?". Mide el consumo reciente.
 PREVALENCIA DE MES: Responde a la pregunta "Has consumido en los últimos 30 días..?". Mide el consumo actual.

Figura 8: Experimentación con alcohol según curso y área geográfica (%)



Base: total de la muestra

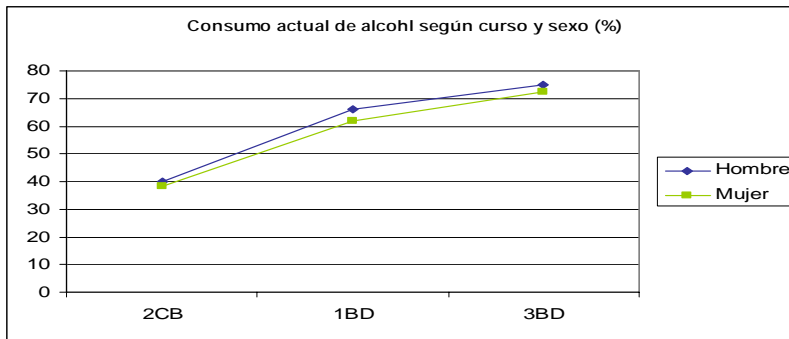
Tabla 7: Consumo actual de alcohol (últimos 30 días) según sexo, área geográfica, curso y ámbito educativo.

Variables	%	Variables	%
Sexo		Área Geográfica	
Hombres	53,0	Montevideo	53,1
Mujeres	52,6	Interior	52,4
Curso		Ámbito Educativo	
2 CB	39	Est. Público	51,7
1 BD	63,8	Est. Privado	57,3
3 BD	73,7		

Base: total de la muestra

El consumo actual o habitual de alcohol no presenta diferencias significativas estadísticamente entre los residentes en Montevideo y el Interior del país. De la misma forma, en el total de estudiantes, el sexo no es discriminante en este tipo de consumo.

Figura 9: Consumo actual de alcohol según curso y sexo (%)



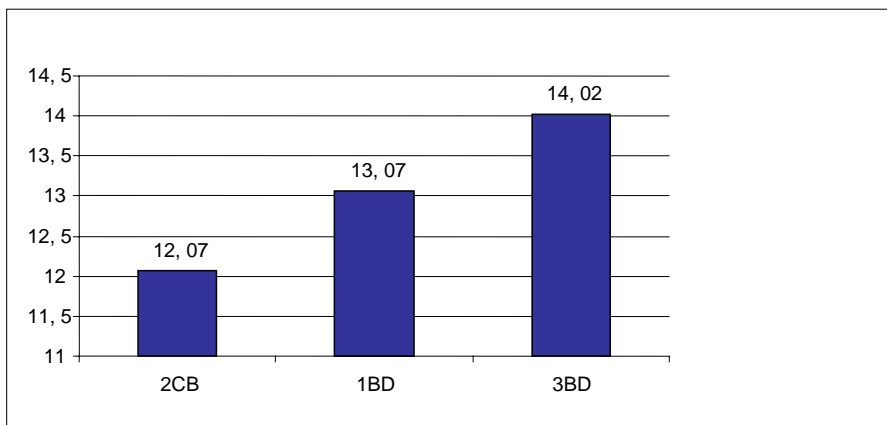
Base: total de la muestra

Dinámica del consumo

El alcohol es la droga que presenta la edad de inicio más baja. En el total de estudiantes, la edad promedio de inicio¹⁷ del consumo de alcohol es de 12,8 años.

El 14% de los jóvenes experimentó con esta sustancia antes de ingresar al ciclo secundario, esto es, antes de cumplir 12 años; en tanto que al llegar a los 13 años casi el 44% lo hizo.

Figura 10: Edad promedio de experimentación con alcohol según curso



Base: consumidores experimentales

Los hombres presentan una mayor precocidad en el consumo de alcohol; distancia que tiende a disminuir entre los hombres y mujeres de 2 CB.

¹⁷ La edad de inicio del consumo de alcohol hace referencia a la edad en que probó por primera vez esta sustancia, no significando que el consumo haya continuado, sino que puede ser una única experimentación.

En tanto que, la región del país donde residen no incide en la edad en que prueban por primera vez alcohol.

Tabla 8: Edad promedio de experimentación con alcohol según área geográfica, sexo, curso y ámbito educativo.

	Edad de inicio
Total de estudiantes	12,83
Montevideo	12,79
Interior	12,88
2 CB	12,07
1 BD	13,07
3 BD	14,02
Hombre	12,47
Mujer	13,16
Establecimiento Público	12,82
Establecimiento Privado	12,90

Base: consumidores experimentales

Respecto al tipo de bebidas alcohólicas consumidas se encuentra que el 66% de los consumidores actuales (aquellos que declaran haber bebido alcohol en los últimos 30 días) han consumido más de un tipo de bebida en este período. Este patrón de consumo se acentúa en los hombres y los estudiantes de 1 BD y 3 BD.

Tabla 9: Bebidas consumidas en los últimos 30 días

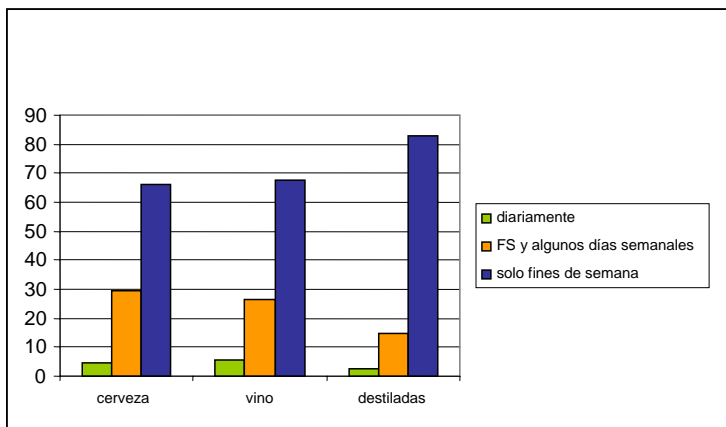
Bebida	%
Cerveza	90,7
Vino	45,0
Destiladas	63,4

Base: consumidores actuales

La cerveza es la bebida de mayor preferencia, siendo consumida por 9 de cada 10 consumidores actuales, lo que representa al 45% del total de estudiantes. En el orden de preferencia, le siguen las bebidas destiladas que fueron consumidas por el 63% en los últimos 30 días y por último el vino que fue elegido por el 45% de estos consumidores.

Si bien todos los tipos de bebida se toman preferentemente durante el fin de semana, el consumo de las destiladas los fines de semana es mayor que el de cerveza y vino y menor que el consumo de estas últimas realizado diariamente o varios días a la semana.

Figura 11: Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, según tipo de bebidas (%)



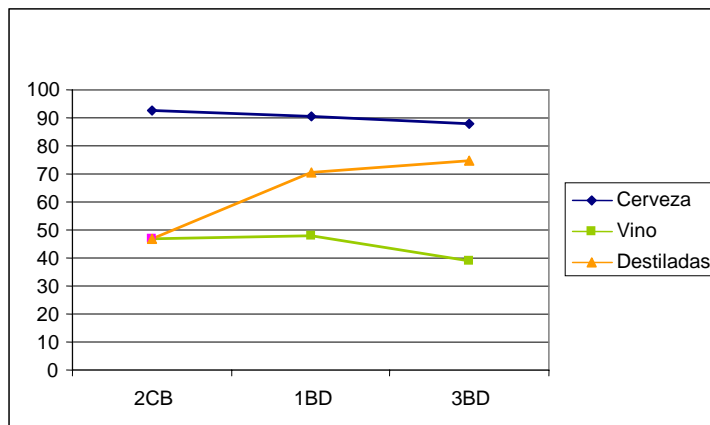
Base: consumidores actuales

Aunque la preferencia de la cerveza respecto a otras bebidas es marcada, se aprecia una leve disminución de su consumo a medida que avanzamos en el ciclo secundario. Esta retracción se da conjuntamente con la del consumo de vino en los cursos más avanzados a favor de un aumento importante del consumo de bebidas destiladas.

Este fenómeno es más marcado en Montevideo que en las ciudades del Interior del país; y se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque estas últimas, relativamente, reducen en mayor medida el consumo de vino durante la trayectoria estudiantil para registrar el aumento del consumo de bebidas destiladas en 3 BD.

Esta incipiente sustitución del consumo de cerveza y vino por el de bebidas con mayor graduación alcohólica evidencia un aumento de los riesgos asociados al fenómeno.

Figura 12: Tipo de bebida consumida según curso (%)



Base: consumidores actuales

La frecuencia del consumo de alcohol es utilizada como indicador del riesgo de dependencia de los jóvenes, en tanto que la intensidad de consumo en cada oportunidad es un indicador de abuso y se vincula a otros riesgos asociados, a saber, accidentes, lesiones, cuadros agudos de intoxicación, etc.

En lo que respecta a la frecuencia, se encuentra que el 37% de los consumidores actuales declara que toma bebidas alcohólicas varios días a la semana, siendo el 6% de éstos los que lo hacen todos los días, con lo que este uso regular puede estar indicando situaciones de uso problemático¹⁸ del alcohol. El restante 63% consume alcohol los fines de semana únicamente, con lo que se estaría frente a un consumo, si bien actual, más ocasional y asociado al tiempo de ocio y ocasiones festivas y sociales.

La frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes no presenta diferencias por lugar de residencia, manteniéndose en Montevideo e Interior las mismas proporciones entre aquellos que consumen solo los fines de semana y los que lo hacen todos o varios días a la semana.

¹⁸ El uso problemático de drogas se refiere a aquellos tipos de uso que, tanto desde el punto de vista médico-toxicológico como desde el punto de vista sociocultural son capaces de provocar daños en al menos una de las siguientes cuatro áreas vitales básicas: **1)** el área de las relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), **2)** el área de las relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), **3)** el área de la salud física y psíquica y **4)** el área de las relaciones con la ley. (Programa Consumo Cuidado. JND/Secretaría de la Juventud IMM/E Abrojo)

Contrariamente, sí se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo mucho mayor el consumo diario o varios días semanales en los primeros, en tanto que en las mujeres predomina el uso de alcohol sólo los fines de semana.

En las generaciones más jóvenes se evidencia un consumo más frecuente de alcohol; beben diariamente el 9% de los consumidores actuales de 2 CB y el 6% de los de 1 BD, en tanto no alcanza a ser el 2% de los que cursan 3 BD quienes se encuentran en esta situación.

La intensidad del consumo de alcohol se aborda también desde los episodios de intoxicación por ingesta¹⁹ declarados por los estudiantes. El 66% de los consumidores actuales tuvieron uno o más episodios de intoxicación en los últimos 15 días.

Esto significa que, en las dos semanas previas al relevamiento de datos, 1 de cada 3 estudiantes superó, una o más veces, los niveles de intoxicación alcohólica.

Tabla 10: Episodios de intoxicación de alcohol por ingesta

	%
Hombre	71,8
Mujer	61,3
Montevideo	65,7
Interior	66,7
2 CB	64,6
1 BD	68,4
3 BD	65,7

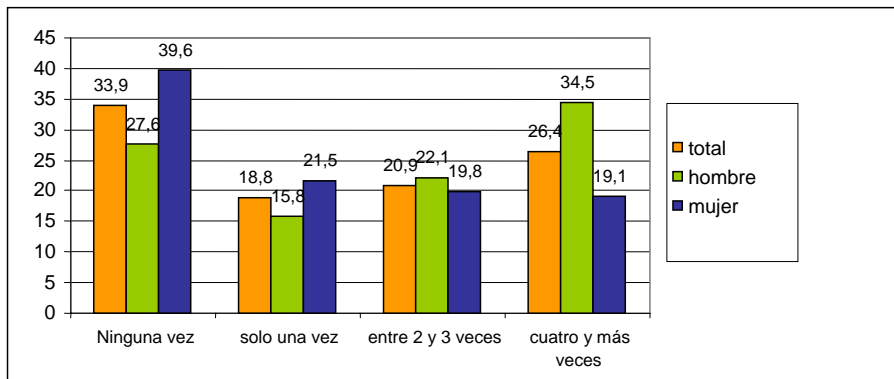
Base: consumidores actuales

Las diferencias por curso y área de residencia no son muy pronunciadas; en tanto que la distribución por sexo arroja una diferencia de 10 puntos porcentuales, siendo más hombres, relativamente, los que presentan episodios de intoxicación de alcohol.

¹⁹ La intoxicación por ingesta fue considerado cuando en una única salida se consumen 2 o más litros de cerveza, más de 3/4 botella de vino o más de 4 medidas de whisky u otra bebida fuerte. Significan aproximadamente 80 gramos de alcohol puro.

Respecto a la cantidad de intoxicaciones protagonizados por cada estudiante que consume actualmente alcohol, se encuentra que en los últimos 15 días, el 26% tuvo cuatro o más, en tanto el 21% registró dos o tres y el 19% sólo uno. La distribución por sexo muestra, como era esperado, que los hombres registran mayor cantidad de episodios de intoxicación, el 34% presenta cuatro o más en el período de referencia, en tanto en la misma situación se encuentran el 19% de las mujeres.

Figura 13: Cantidad de intoxicaciones en los últimos 15 días según sexo (%)



Base: consumidores actuales

Sobre la intensidad de consumo de alcohol también se incluye un indicador subjetivo que refiere a la cantidad de días que los estudiantes consideran que tomaron más de la cuenta y, por esto, estuvieron 'borrachos'. Del total de consumidores actuales, el 61%, (el 65% de las mujeres y el 57% de los hombres) considera que estuvo en esta situación por lo menos una vez en los últimos 30 días.

Puede observarse que el abuso medido objetivamente no tiene su correlato en las percepciones de los estudiantes sobre los estados de embriaguez, ya que sólo la mitad de los que ingirieron alcohol en niveles superiores al de intoxicación consideran que estuvieron 'borrachos'.

Percepción del riesgo.

Al igual que lo que sucede con la población general, la droga con menor percepción del riesgo en los adolescentes es el alcohol. El 75% de los estudiantes piensa que el consumo ocasional de alcohol no tiene riesgos o que estos son leves.

Teniendo en cuenta los efectos reales del consumo de esta sustancia y los niveles de ingesta declarados, los valores presentados verifican, una vez más, el tipo de percepción que la población joven tiene de estas sustancias: poco dañinas y de bajo riesgo.

Esta percepción del daño o riesgo, comparada con la de las drogas ilegales podríamos tomarla como evidencia de la existencia y reproducción de una representación social que valora diferencialmente a las drogas según el criterio de legalidad de las mismas e ignorando los reales efectos y problemas que sus consumos pueden generar.

Se suma a esto el pleno desconocimiento de las acciones a realizar cuando un compañero se intoxica, algo que sucede con alta frecuencia en esta población. Por ejemplo, consultados los jóvenes sobre que habría que hacer en caso de una intoxicación aguda de un compañero, apenas el 6% de los estudiantes identificó sin errores la totalidad de las prácticas.

Tabla 11: Conocimiento sobre acciones a desarrollar frente a un episodio de intoxicación

Si un amigo tuyo se excedió con el alcohol (se emborracha y se desmaya) ¿qué harías con él? Marca en cada fila lo que consideres	SI	NO	NS/NC
Mantenerlo sentado	47,3	28,0	24,6
Acostarlo sobre su lado izquierdo con la cabeza hacia el mismo lado	39,0	33,4	27,6
Ponerle hielo en la nuca o en otros lugares del cuerpo	34,2	37,0	28,8
Abrigarlo	39,7	31,4	29
Provocarle el vómito	30,7	39,8	29,5
Tratarlo con cariño y tranquilidad	58,0	15,2	26,8
Darle café	28,7	41	30,4
Le harías tomar aire fresco	7,9	7,6	13,4
Se marca con rojo las opciones que son incorrectas			

¿Por qué tomar?: la búsqueda del efecto²⁰.

Consultados los jóvenes sobre las razones de consumo, la mayoría de las respuestas refieren a razones inespecíficas, fundamentalmente relacionadas con el “porque si” o “es normal” (naturalización del consumo).

La motivación más concreta y que manifiesta uno de cada tres adolescentes está relacionado con la búsqueda concreta del efecto. En ellos el objetivo de beber es decididamente farmacológico, es decir, se consume para lograr determinados efectos que están relacionados con la modificación del estado de ánimo, la percepción o el comportamiento. La bebida refuerza ahora, la búsqueda deliberada y grupal del descontrol.

El origen de esta manera de beber está vinculado a las normas establecidas por el intercambio social que pauta el aprovechamiento farmacológico del alcohol como una conducta esperable, cuando no promovido, frente a las condiciones del ambiente.

Como ritual, hacen énfasis en la significación y caracterización social que el consumo adquiere, que no es otra cosa que la búsqueda de solidaridad social y por ende cohesión social: “nos relaja”, “nos divertimos mas”, “desinhibe”, es decir, un gran regulador de las emociones que actúa sobre la autoestima y la integración.

La idea fuerza es que el individuo debe llegar “entonado” al boliche o lugar de encuentro para el buen desempeño en la secuencia diversión-desinhibición-descontrol, aunque esto último puede ser castigado, especialmente por los no consumidores.

²⁰ Extraído de la publicación ‘Sobre ruidos y nueces: El consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia’ del OUD.

Tabla 12: Razones de consumo de alcohol.

	Porcentaje de casos
influencia grupo de pares	7,7%
búsqueda del efecto = fisurarse	2,0%
búsqueda del efecto, pero con un disfrute, divertirse, etc	30,7%
por malestar anímico	3,7%
por el sabor de la sustancia	15,2%
para sentirse grande	,4%
por costumbre	1,4%
Inespecífico: el porque sí.	40,3%
otros	4,3%
Total	105,6%

Respuesta múltiple: el porcentaje puede ser mayor a 100.

En definitiva, esta forma de consumo de alcohol, (consumo elevado y búsqueda de la borrachera) son actos sociales y se explican por medio de variables sociológicas; un estilo de vida ligado permanentemente a la ingesta de alcohol que comparten varones y mujeres en sus relaciones sociales. Y si bien hay un rechazo a los consumos de alcohol que suponen una pérdida de control y se oponen a la dinámica de relación social que implica el alcohol en el grupo, esto se transforma en una ambigüedad ya que justamente en el límite donde comienza el descontrol se sitúa el punto inmejorable para la relación social.

1.3.5 La incidencia del alcohol en la accidentalidad vial, emergencias hospitalarias y delitos

Diversos estudios del Observatorio Uruguayo de Drogas han recogido evidencia sobre los daños asociados, tanto sociales como sanitarios, al consumo abusivo de alcohol.

Al respecto se destaca:

- En el estudio realizado en 2004: "Consumo de drogas y factores asociados en Detenidos Recientes"²¹ se encuentra que el 26% de los detenidos presentaba consumo reciente de alcohol en sangre. Los motivos de detención asociados a estas personas son mayoritariamente desorden, desacato y violencia doméstica, presentando porcentajes superiores a la distribución general. Según opinión del oficial actuante, en el 17% de las detenciones la ingesta previa de alcohol fue la causa principal.
- Estudios en Sala de Emergencia del Hospital Pasteur "Consumo de drogas en usuarios de servicio de Urgencia del Hospital Pasteur", 2007 y 2010²². En el primero de éstos, se encuentra que de la totalidad de las consultas en la puerta de Emergencia (muestra de 7 días), en un 10 % el motivo estuvo relacionado al consumo reciente de drogas, y de estas la mitad, por situaciones vinculadas al consumo del alcohol (accidentes, intoxicaciones, etc.). Lo que significa que en un año se atienden 1700 consultas relacionadas con el consumo problemático de alcohol.

En el segundo de estos estudios realizado en el año 2010, se encontró que el 7.3% de los consultantes en el período estudiado (10 días) presentan uso problemático de alcohol (medido por AUDIT); representando en el año casi 2500 personas.

- Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en Uruguay-2007. Este estudio fue realizado en forma conjunta por el OUD y el Observatorio de Tránsito de la Facultad de Humanidades. Metodológicamente se realizó un seguimiento de todos los accidentes de tránsito denunciados, sometiendo a los protagonistas a una prueba de espirometría. Se constató que, en el área metropolitana, la incidencia del alcohol en la totalidad de accidentes fue del 16%. En tanto que en los accidentes fatales, se eleva al 36%.

²¹ Este estudio se realizó sobre una muestra efectiva de 1000 casos (todos las detenciones realizadas en un mes tipo en una muestra aleatoria de seccionales policiales). Se incluyó una prueba biológica para detectar consumo de Marihuana y Cocaína/PBC y espirometría en el 50% de los casos.

²² En ambos casos se trabajó sobre una muestra representativa de usuarios. Además del cuestionario sobre consumo se tomaron muestras biológicas para determinar presencia en orina de THC, Cocaína/PBC, benzodicepinas, éxtasis y metanfetaminas.

1.3.6 Demanda de tratamiento

A partir de datos de la IV Encuesta Nacional de Hogares puede estimarse que sólo el 10% de los usuarios problemáticos de alcohol ha buscado ayuda profesional en centros especializados, siendo -en la mayoría de los casos- Alcohólicos Anónimos el lugar de consulta.

Por otro lado, el Primer Censo y Segundo en Montevideo de Centros de Tratamiento Especializados en Adicciones, llevado a cabo por el OUD en 2010, consigna que la demanda de tratamiento por consumo de alcohol representa apenas el 9.3% de la totalidad de los casos, siendo mayormente en centros de atención privada.

Según expertos consultados, el bajo número de demanda de tratamiento en estas instituciones se debe en primer lugar a la “no conciencia” del problema pero también (aunque está relacionado con lo primero) a que el usuario de esta sustancia no quiere compartir el mismo ámbito que con usuarios problemáticos de otras sustancias.

Se estima que para el mismo período estudiado, hay 2000 consultas en Alcohólicos Anónimos. De acuerdo a estos datos y teniendo en cuenta el número de usuarios problemáticos, sólo el 1% estaría accediendo a tratamiento.

PRINCIPALES OBJETIVOS A INCLUIR EN LA PROPUESTA SEGÚN DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sobre el consumo en población general:

- Disminuir el consumo abusivo (por ingesta) de alcohol.
- Reconocimiento del usuario problemático de su enfermedad.
- Promover el tratamiento.
- Mantener las actuales políticas reguladoras y fiscalizadoras en tránsito.

Herramientas:

- Aumentar la percepción del riesgo del consumo abusivo de alcohol.
- Informar sobre la dependencia al alcohol.
- Dotar a la población de policlínicas gratuitas de alcoholismo.

Sobre el consumo en población adolescente:

- Disminuir el consumo abusivo (por ingesta) de alcohol.
- Aumentar la edad de inicio.

Herramientas:

- Aumentar la percepción del riesgo del consumo abusivo de alcohol.
- Aumentar el involucramiento de los padres en el control del consumo.
- Disminución de riesgos y daños.
- Disminuir la facilidad de acceso.

2. VOLUMEN CONSUMIDO

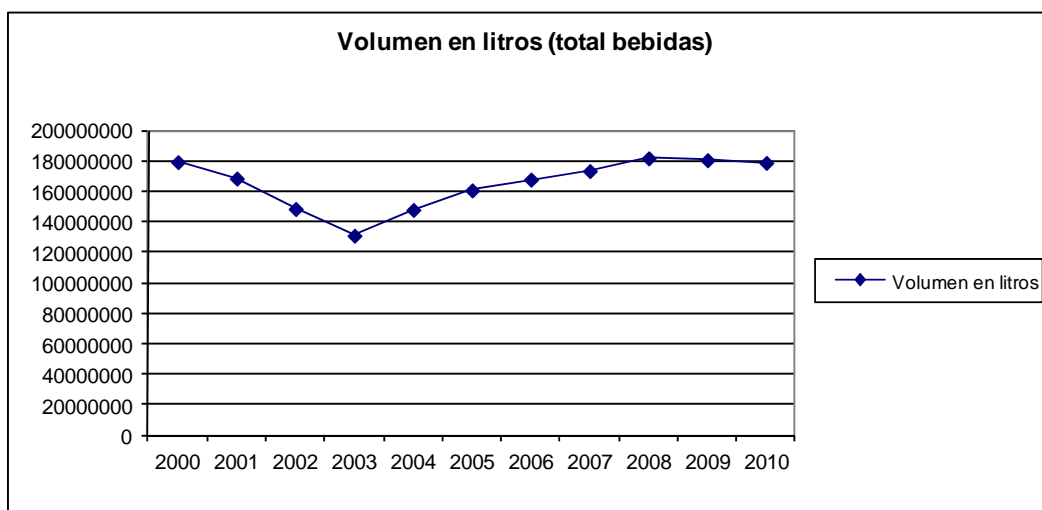
2.1. Volumen físico en litros de bebidas.

El volumen físico en litros de bebidas alcohólicas consumidos en 2010 ascendió a 179 millones de litros.²³ En el período estudiado 2000-2010, se presenta un descenso a partir del año 2000 hasta el 2003 para luego crecer hasta el año 2007 donde se estabiliza hasta la fecha.

La cerveza domina actualmente el mercado con un 53% del mismo, superando a partir del 2008 al vino. La sigue el vino con un 43% y el restante 4% se lo reparten por partes casi iguales el whisky y otro tipo de bebidas (champagne, vermouth, grapa, caña, etc.).

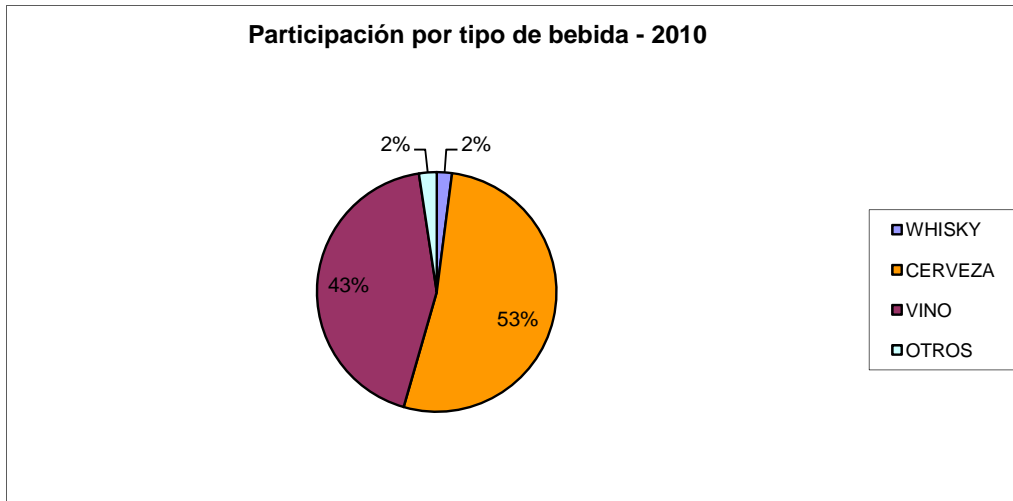
En volumen, hubo un descenso importante en la época de crisis (2002-2003) volviéndose en los dos últimos años a los valores previos a la misma.

Figura 14: Volumen en litros (total de bebidas)



²³ Fuente: Datos del MEF, salvo Vinos que provienen de INAVI. Para el año 2010, los datos son preliminares.

Figura 15: Participación por tipo de bebida 2010.



Por tipo de bebida se presentan detalles importantes a destacar:

- La participación del Whisky nacional parece asociarse con la coyuntura económica y el valor del dólar. Es así que observamos una participación máxima de la bebida nacional en plena crisis (2002-2003) revirtiéndose esa relación en los dos últimos años producto de la depreciación del dólar.

Tabla 13: Participación del Whisky (Nacional e importado) 2000-2010

Año	Whisky Nacional	Whisky Importado	TOTAL	% Nacional
2000	2.969.169	2.127.271	5.096.440	58,3
2001	3.225.886	2.625.254	5.851.140	55,1
2002	2.976.010	1.623.449	4.599.459	64,7
2003	2.520.598	1.462.436	3.983.034	63,3
2004	2.651.808	1.605.806	4.257.614	62,3
2005	2.670.816	2.084.552	4.755.368	56,2
2006	3.037.567	2.491.717	5.529.284	54,9
2007	2.820.483	2.791.696	5.612.179	50,3
2008	2.780.755	2.915.845	5.696.600	48,8
2009	2.865.280	2.899.060	5.764.340	49,7
2010*	1.466.194	2.187.877	3.654.070	40,1

*datos preliminares

- El vino era en el año 2000 por lejos la bebida con mayor volumen en litros vendidos y presenta un descenso pronunciado (junto a las otras bebidas en los años 2001-2003) para luego crecer hasta el año 2005 donde nuevamente comienza a presentar un leve descenso. Tomando toda la década, el vino presenta en el 2010 un descenso del 23% respecto al año 2000. (representa 23 millones de litros menos).

Presenta tendencias diferentes según presentación, calidad y procedencia.

En vinos de origen nacional, se presenta un gran crecimiento tanto de los vinos envasados en 750 c.c como de los TETRA-PACK. El primero multiplica por cinco su participación en la década mientras el segundo la duplica. En contrapartida se presenta un descenso importante en los vinos envasados en cinco y diez litros. De todos modos, la modalidad "envase 10 litros" es históricamente la dominante en la comercialización.

En cuanto a los importados, se presenta un descenso muy importante de los TETRA-PACK y se duplican los vinos V.C.P.

Tabla 14: Participación vinos y otras bebidas de origen vínico (Nacionales e Importados) 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A) Nacionales											
10 L.	62.548.020	64.529.020	63.295.580	56.145.830	59.547.410	61.252.170	58.703.070	55.860.770	52.182.430	47.239.110	43.396.450
5 L.	6.166.380	5.529.440	5.187.940	4.798.815	5.008.305	5.022.330	4.762.335	4.648.670	4.484.870	4.484.870	4.576.420
3 L.	5.420.919	5.126.382	4.725.816	3.800.829	3.743.475	3.654.261	3.636.933	3.766.926	3.788.394	3.947.595	3.980.769
1 1/2 L.	4.545.197	3.806.186	3.142.709	2.166.034	2.226.902	2.271.525	2.239.566	2.422.464	2.430.964	2.647.426	3.031.964
1 L.	2.422.329	1.855.782	1.513.375	1.148.017	1.281.290	1.155.641	1.107.807	1.087.279	778.025	704.410	769.104
TETRA - PACK	6.732.439	5.731.577	4.816.946	3.284.250	4.797.720	5.622.000	7.413.000	9.276.000	9.869.750	10.903.000	12.125.000
750 c.c.	118.805	213.294	137.494	114.200	128.583	86.773	135.894	442.739	606.889	577.145	693.625
500 c.c.	13.870	9.090	9.710	5.930	4.819	7.603	7.670	6.595	27.890	8.695	8.340
V.C.P.	3.093.989	3.042.550	2.642.179	3.251.668	3.821.204	4.077.676	4.522.931	4.139.466	3.748.880	4.065.390	3.672.643
VERMOUTH LIC. y ESP. COM.	1.097.577	987.608	777.623	824.214	854.570	787.386	933.358	1.048.157	1.060.257	1.048.644	1.172.734
LIC.y ESP. V.C.P.	186.148	192.504	113.417	163.791	130.437	125.527	91.612	84.052	81.601	78.848	79.077
ESP. NAT. VCP	62.765	73.535	31.080	36.178	31.031	28.404	21.551	29.997	25.269	24.232	15.669
Total Vino Nac.	92.614.581	91.295.377	86.578.252	75.968.122	81.779.895	84.330.258	83.833.359	83.210.422	79.418.697	76.146.409	73.795.272
B) IMPORTADOS											
IMP. COMUN	59.241	17.982	17.964	7.320	16.394	94.830	4.218	5.959	5.067	0	2.260
TETRA - PACK	6.227.934	6.162.423	2.662.148	4.091.782	2.122.489	1.401.064	981.065	538.614	623.128	1.241.035	1.180.135
IMP. V.C.P.	845.903	614.382	338.422	290.522	489.719	646.780	907.692	1.035.559	1.039.691	1.402.587	1.776.481
LIC. y ESP.COM.	39.667	2.722	3.043	17	0	4.027	13	0	0	10.762	5.026
LIC. y ESP.V.C.P.	278.581	205.180	112.509	172.027	226.093	303.765	283.090	350.544	312.035	307.709	362.854
VERMOUTH COMUN	170.867	68.146	51.037	64.629	117.242	83.704	117.267	149.011	96.272	78.077	112.514
VERMOUTH V.C.P.	0	0	0	500	0	0	0	0	0	0	0
JUGO DE UVA	20.523	8.643	9.030	724	540	1.122	810	2.834	3.617	733	1.586
TOTAL IMP.	7.642.716	7.079.478	3.194.153	4.627.521	2.972.477	2.535.292	2.294.155	2.082.521	2.079.810	3.040.903	3.440.856
TOTAL GRAL.	100.257.297	98.374.855	89.772.405	80.595.643	84.752.372	86.865.550	86.127.514	85.292.943	81.498.507	79.187.312	77.236.128

- A partir del año 2003 la cerveza se encuentra en un crecimiento constante pasando a ser la bebida de mayor volumen en el mercado a partir del año 2008. Incluso, fuentes consultadas aseguran que se logró “des-estacionalizar” el consumo de la misma presentando esta superioridad incluso en los meses de invierno. En la década hubo un incremento del 37% que corresponde a un incremento de 25 millones de litros. El mercado es dominado por la cerveza nacional aunque en el último año se presenta la mayor participación de la cerveza importada (4%).

Tabla 15: Participación cerveza (Nacionales e Importadas) 2000-2010

Año	Cerveza Nacional	Cerveza Importada
2000	66.622.420	1.894.754
2001	58.460.739	1.458.269
2002	49.310.879	1.151.936
2003	42.168.302	970.955
2004	55.158.649	369.092
2005	65.158.665	1.336.229
2006	71.703.023	1.847.536
2007	77.369.605	2.070.953
2008	90.099.303	1.423.778
2009	90.856.740	1.696.615
2010	90.223.191	3.558.376

2.2 - Volumen en alcohol puro.

Sin embargo, medido en alcohol puro las participaciones son diferentes, donde el vino pasa a ser la bebida que más alcohol coloca en el mercado (51.97%) y crece la participación de las bebidas destiladas (8.9% whisky). La cerveza participa con un 28.68%²⁴. El 10% restante está constituido por bebidas como Grappa, Caña, Ron, Tequila, Vodka, etc.

²⁴ Datos del año 2010 preliminares.

Figura 16: Volumen físico en litros por tipo de bebida 2000-2010.

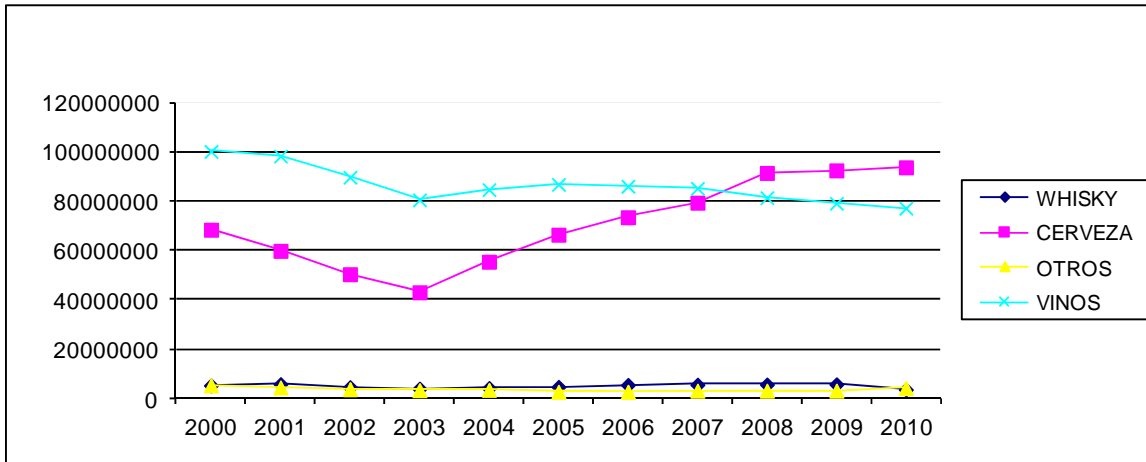
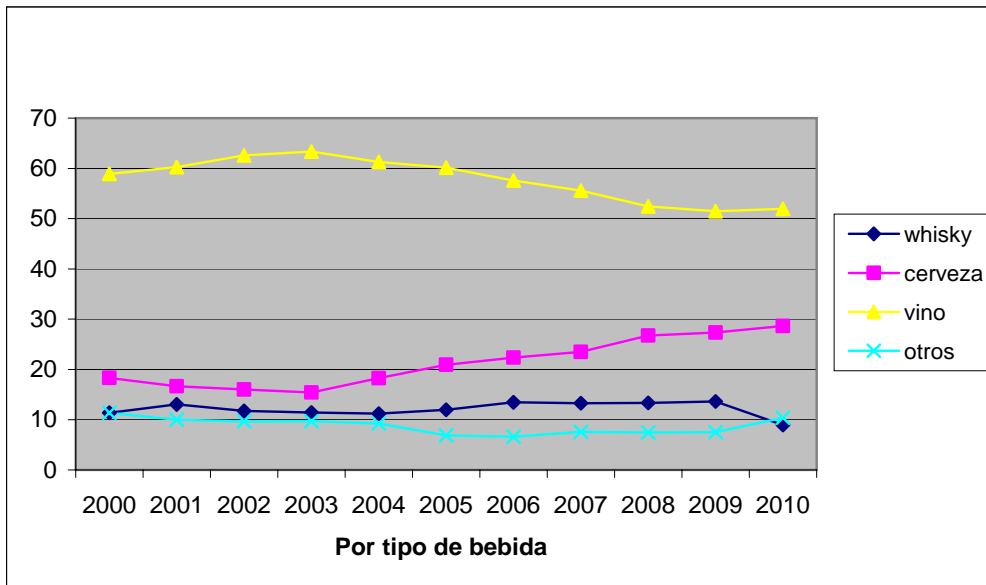


Figura 17: Volumen en litros de alcohol puro 2000-2010.



Bebidas según procedencia

La participación de bebidas destiladas importadas varía según la coyuntura económica y el valor del dólar. Es así que encontramos que en el período 2003-2005 fue la más baja del período estudiado. En contrapartida, y con el descenso del precio del dólar, en los últimos 3 años creció en forma importante la participación del Whisky importado. De todos modos es la

bebida donde el mercado aparece como más repartido. En cuanto a la cerveza, es casi monopolística la bebida de marca nacional aunque en el último año hubo un importante incremento de la cerveza importada.

En relación al vino, la participación nacional es también muy importante y es variable según período. La participación del vino importado fluctúa entre un 2 y 8%.

A partir del año 2007 se presenta un leve crecimiento de la participación de vino importado.

Figura 18: Whisky según procedencia 2000-2010.

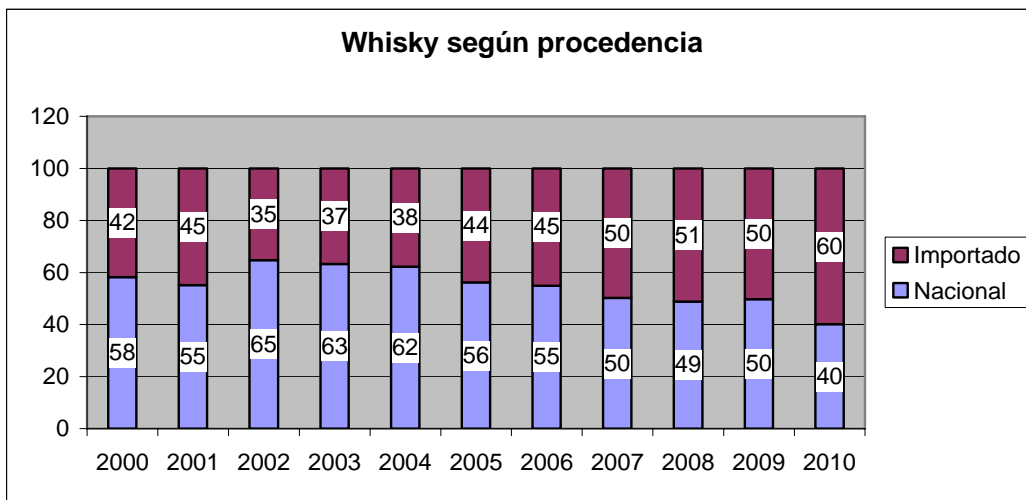
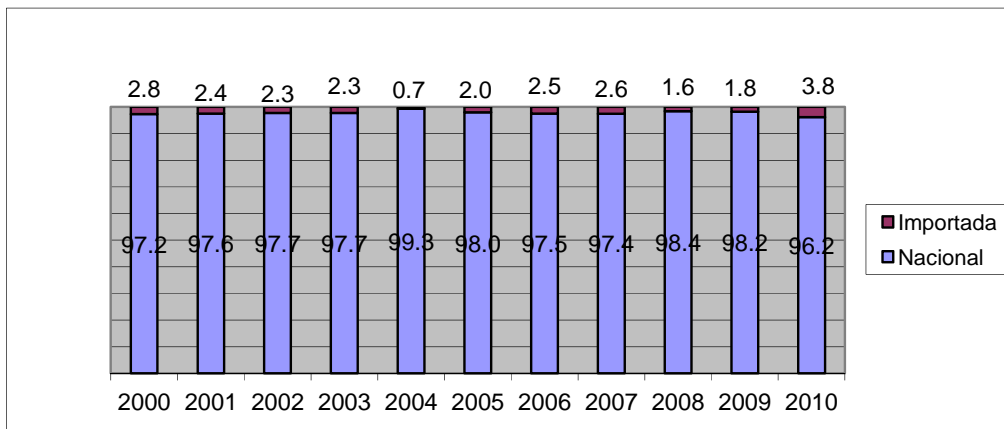


Figura 19: Cerveza según origen 2000-2010



Consumo per cápita: metodología de cálculo

Comúnmente, se utiliza como indicador del nivel de consumo de alcohol en una población los litros de etanol (100% alcohol o alcohol puro) per cápita. Otro indicador alternativo es el reporte de litros de alcohol por cada persona de 15 años de edad o mayor. La edad de 15 años es una convención y se basa en el dato de promedio general de inicio de consumo.

Otra manera de expresar el nivel de consumo es en litros de alcohol por consumidor, excluyendo del cálculo a aquellos que no consumieron en el período estudiado. Esto requiere una estimación de la prevalencia de consumo de los últimos 12 meses (o período estudiado) y usualmente se deriva de respuestas a preguntas de encuestas a la población. Expresar el consumo per cápita en litros por consumidor, permite una comparación de los niveles de consumo entre consumidores de diferentes países, aún cuando hay desigualdades en la proporción de la población que no toma en absoluto.

Los datos para las estimaciones usualmente se toman de estadísticas relacionadas con la producción y comercio o ventas. Esto puede implicar una subestimación del dato ya que es sólo el 'consumo registrado' y no se incluyen aquellos consumos del mercado informal u otras procedencias (por ejemplo, bebidas fabricadas en casa, producción informal o ilegal, free shop, etc).

El consumo en Uruguay

La tabla 16 muestra los niveles estimados de consumo per cápita y por consumidor en los últimos diez años.

Tabla 16: Consumo anual de bebidas alcohólicas. 2000-2010

Año	Litros per cápita (1)	Litros por consumidor (2)	Alcohol puro per cápita (3)	Alcohol puro por consumidor (4)
2000	69	108	7,25	11,28
2001	65	101,6	6.96	10.83
2002	57,6	89,6	6.11	9.51
2003	50,8	79	5.42	8.43
2004	57	89	5.89	9.17
2005	62	(97)	6.15	9.57
2006	65	101	6.38	9.92
2007	67	104,6	6.54	10.18
2008	70	109,7	6.63	10.31
2009	70	108,9	6.56	10.20
2010	69	107,8	6.34	9.85

(1): Total de litros consumidos por año por persona mayor de 15 años.

(2): Total de litros consumidos por año por persona consumidoras mayores de 15 años. Estimación en base a una prevalencia de últimos 12 meses de 64.3% (estudio en población general 2006)

(3) Total de litros (alcohol puro) por año por persona mayor a 15 años.

(4) Total de litros consumidos por año por persona consumidoras mayores de 15 años. Estimación en base a una prevalencia de últimos 12 meses de 64.3% (estudio en población general 2006 (3)

2.3. Comercialización.

Según datos de la Dirección General Impositiva, se puede estimar que en Uruguay existen 34951 puntos de venta formales de bebidas alcohólicas, registrado entonces nuestro país con un número muy elevado de comercios habilitados para la venta per cápita (uno cada 100 habitantes aproximadamente)²⁵.

Montevideo cuenta con la mayor cantidad de puntos de venta con el 36.31%. Lo sigue Canelones y zonas turísticas como Maldonado y Rocha, que cuentan con porcentajes superiores al promedio según cantidad de habitantes²⁶.

²⁵ Empresas que están registradas en giros de los cuales podemos presumir que es posible la venta de bebidas alcohólicas.

²⁶ El acaso atípico es Rio Negro que cuenta con un elevado número de comercios por habitantes, pudiéndose pensar en la influencia de la Empresa Botnia en ese territorio.

Por tipo de comercio, el mayor peso relativo lo llevan los Bares con el 32% del total de comercios.

Tabla 17: Puntos de ventas de bebidas alcohólicas según departamento.

Departamento	Total general	Porcentaje	Puntos/hab
Total ARTIGAS	827	2,37	95,89
Total CANELONES	4494	12,86	114,51
Total CERRO LARGO	542	1,55	165,81
Total COLONIA	1815	5,19	66,58
Total DURAZNO	511	1,46	120,00
Total FLORES	405	1,16	63,33
Total FLORIDA	704	2,01	99,77
Total LAVALLEJA	677	1,94	91,45
Total MALDONADO	3155	9,03	47,25
Total MONTEVIDEO	12691	36,31	105,61
Total PAYSANDU	784	2,24	147,77
Total RIO NEGRO	1109	3,17	50,44
Total RIVERA	693	1,98	158,99
Total ROCHA	1981	5,67	35,60
Total SALTO	1093	3,13	116,51
Total SAN JOSE	1198	3,43	90,69
Total SORIANO	871	2,49	100,47
Total TACUAREMBO	743	2,13	129,09
Total TREINTA Y TRES	658	1,88	75,49

Tabla 18: Puntos de venta de bebidas alcohólicas según tipo de establecimientos

Tipo de establecimientos.	Suma
Actividades de alojamiento en hoteles	1562
Actividades de alojamiento transitorio: hoteles alta rotatividad	289
Bares de expendio de bebidas	11480
Clubes nocturnos y similares con suministro de bebidas	1325
Comercio al por mayor de otros alimentos y bebidas	4262
Comercio al por menor en almacenes con despacho de bebidas	3513
Comercio al por menor en hipermercados	7
Comercio al por menor en mini mercados	432
Comercio al por menor en supermercados	1609
Comercio por menor de bebidas en almacenes especializados	2392
Comercio por menor de combustible para vehiculos	857
Comercio por menor en puestos de: alimento, bebidas y tabaco	1136
Comercio por menor otros prod. en almac. no especializ. ncp	2212
Otras actividades vinculadas al servicio de bebidas	99
Restaurantes y parrilladas	3776
TOTAL	34951

Principales emergentes del capítulo.

- El volumen de alcohol consumido en Uruguay es algo superior al promedio mundial y uno de los más altos de la región, pero menor que en Europa.
- Por tipo de bebida, el vino es el que vuelca mayor volumen de alcohol al mercado. El envase de 10 litros es la modalidad de mayor venta, teniendo el problema de la supervisión (adulteraciones).
- El consumo es sensible a la economía con respecto al tipo de bebida a consumir pero no a su volumen.
- La excepción está marcada por crisis graves como la del 2002.
- Es alto el número de comercios habilitados para la venta de alcohol.

3- MARCO LEGAL

La legislación respecto al alcohol es dispersa y abarca en forma parcial algunos de los aspectos relacionados con su regulación y control.

Básicamente, los puntos considerados en los diversos cuerpos normativos se relacionan con:

- Prohibición de venta a menores de 18 años.
- Probabilidad de prohibición de venta en espectáculos públicos
- Tránsito.
- Circunstancias especiales en lo penal.
- Medios masivos de comunicación

El código penal

En el artículo 361 numeral 6 del Código Penal se castiga con pena de multa “al que en lugar público o accesible al público se presentare en estado de grave alteración psíquica producida por el alcohol o por sustancias estupefacientes y el que por los mismos medios provocare en otros dicho estado”. En el Código se equipara a la droga o estupefaciente con el alcohol.

Con respecto a otros delitos, en otras partes del mismo cuerpo normativo se considera circunstancia atenuante “a la embriaguez voluntaria y la culpable” (artículo 46 numeral 4)

En otras disposiciones se expresa que la persona que está en estado de embriaguez “no es imputable siempre que ésta fuere completa y estuviere determinada por fuerza mayor o caso fortuito”, y que tampoco es imputable “el alcoholista crónico, que es aquel individuo que por la costumbre de ingerir alcohol queda en un estado que no lo hace capaz de apreciar el carácter ilícito del acto o de determinarse según su verdadera apreciación” (Artículos 30, 31, 32 y 46 numeral 4º del Código Penal)²⁷

Con respecto a la legislación relacionada con las drogas, el decreto-ley 14.294 del 31 de octubre de 1974, así como la Ley 17.016 modificativa, vigente en la materia desde el 7 octubre de 1998, establece en su artículo 6º agregar a las circunstancias agravantes de la responsabilidad penal, el “haber cometido el delito bajo la influencia de cualquier

²⁷ Gustavo Puig, “Enfoque político-criminal de la ebriedad y estados afines”

estupefaciente o sustancias psicotrópicas incluida en las listas pero el alcohol no se encuentra contenida en ellas. (No existe por lo tanto contradicción con el código penal).

Regulación de venta y consumo

Las leyes que regulan la venta y consumo de alcohol en Uruguay son: Ley No. 17.243 de 29 de junio de 2000 y Decreto Reglamentario No. 365/000 de 5.12.2000. La misma prohíbe el expendio, ofrecimiento y suministro de bebidas alcohólicas entre las 0.00 y 6.00 de la mañana en aquellos locales no habilitados para dicho consumo.

Existe un Proyecto de ley del 5.08.03 que propone entre otros aspectos, reglamentar la venta y expendio, así como el consumo y suministro de bebidas alcohólicas en eventos de convocatoria masiva y dentro de un radio de 500 mts. de dichos lugares, dos horas antes y dos horas después del desarrollo del evento. Prohíbe el consumo en vía pública.

La ley N° 17.951 para la Prevención, control y erradicación de la violencia en el deporte en sus normas para su prevención y régimen sancionatorio establece:

Artículo 6°. (Reglamento de Seguridad).- El Reglamento de Seguridad en los Espectáculos Deportivos contendrá según su artículo 6to:

1. Normas relativas al ingreso de público a los espectáculos deportivos, especialmente las relativas a su registro con el fin de impedir la introducción de objetos que puedan menoscabar el confort, la seguridad, la higiene o la moral pública tales como bebidas alcohólicas, artefactos pirotécnicos, armas u otros.

Como sanción establece que "dichos objetos serán decomisados".

Asimismo, su Artículo 8° (Ventas de bebidas alcohólicas) establece: Facúltase al Ministerio del Interior a disponer la prohibición total o parcial de venta de bebidas alcohólicas en los eventos deportivos de una misma disciplina que estime pertinentes.

Por otra parte, el recientemente aprobado Código de la Niñez y Adolescencia establece:

Art. 184

Prohíbese la participación de niños y adolescentes en anuncios publicitarios que promocionen bebidas alcohólicas, cigarrillos o cualquier producto perjudicial para su salud física o mental.

Art. 187

Prohíbese la venta, provisión, arrendamiento o distribución a personas menores de 18 años de:

1. armas municiones y explosivos
2. bebidas alcohólicas
3. tabacos, fármacos, pegamentos u otras sustancias que puedan significar un peligro o crear dependencia física o psíquica
4. revistas, publicaciones, video cassettes, discos compactos u otras formas de comunicación que violen las normas establecidas en los arts. 181 a 183 de este Código.

Art.188 (Fiscalización)

1) La fiscalización de lo establecido en los artículos 181 a 187 de este Código, será facultad del Instituto Nacional del Menor.

2) Las empresas o los particulares que no cumplan con las obligaciones impuestas en los artículos 181 a 187 de este Código, serán sancionados con una multa, a juicio del Juez, entre 50 UR (cincuenta unidades reajustables) y 200 UR (doscientas unidades reajustables), según los casos. En los casos de reincidencia, podrán duplicarse los referidos montos. Las multas serán recaudadas por el Instituto Nacional del Menor.

El niño o adolescente encontrado en situación de riesgo será conducido y entregado por parte del Juez a los padres, tutor o encargado. El Juez advertirá a éstos personalmente y bajo su más seria responsabilidad de la situación. Si éstos han incumplido alguno de los deberes establecidos en el artículo 16 de este Código, el niño o adolescente será entregado al Instituto Nacional del Menor.

El Instituto Nacional del Menor podrá solicitar al Juez competente la clausura, por veinticuatro horas a diez días, del establecimiento en infracción.

Tránsito

La Ley 16.585 hace referencia a la PREVENCIÓN Y CONTROL DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO y establece la normativa para realizar los exámenes de espirometría (Título VII artículos 24 a 31)

En cuanto al nivel de alcoholemia legalmente permitido en Uruguay para conducir vehículos actualmente vigente es 0.3 gramos por litro de sangre, excepto en los casos de conductores profesionales (camioneros, conductores de Ómnibus, taxistas, etc.), en que la única cifra permitida es de 0,0. (Ley 18191).

Actualmente se ha presentado un Proyecto de Ley de Tolerancia 0 en el nivel de alcoholemia.

Principales emergentes del capítulo:

- La legislación es dispersa y limitada.
- Muy baja regulación.

Acciones a desarrollar:

- Unificar y explicitar la reglamentación.
- Aumentar la regulación mediante la incorporación de patentes de venta.

4- TRIBUTACIÓN

Como fue señalado al inicio del presente documento, la Organización Mundial de la Salud ha identificado a los impuestos y al precio del alcohol como uno de los diez puntos claves para el éxito de una política pública mixta orientada a la reducción del uso nocivo del alcohol.

Históricamente, los estados encuentran en las medidas que regulan los impuestos y precios del alcohol una forma de afectar los problemas relacionados con el mismo; tanto desde la necesidad que presentan los gobiernos de generar recursos financieros, como desde la relación con la reducción del consumo y los beneficios en términos de políticas de salud pública que de éstas medidas se obtengan.

En términos de estrategia económica, son diversos los mecanismos impositivos con que los estados cuentan al momento de definir la política tributaria a seguir en relación al alcohol y diversos los efectos de la tributación que se aplique.

Los impuestos al consumo pueden ser específicos o ad valorem. Los primeros son de suma fija (se cobra un impuesto unitario por cantidad), mientras que los segundos se establecen sobre un porcentaje del valor del producto pudiendo ser éste el precio de venta del fabricante o al consumo final.

Asimismo hay dos tipos de impuestos sobre las ventas, en una o en varias etapas, aplicándose los primeros en un momento de la etapa de producción/ distribución o en múltiples etapas de la misma.

Todas las bebidas en general y en particular las alcohólicas se consideran bienes especiales y se encuentran gravados por impuestos específicos al consumo, por ser productos que se considera que, tanto su producción como su venta debe ser supervisada; y que su consumo o bien es de lujo o genera externalidades negativas y por lo tanto son bienes demeritorios.

En Uruguay, la estructura tributaria referida a las bebidas alcohólicas se compone de dos impuestos internos, uno general y otro específico, y que por tanto afectan su precio. Estos son el IVA (Impuesto al Valor Agregado) y el IMESI (Impuesto Específico Interno). El primero grava la comercialización de bienes en general y el segundo grava únicamente la comercialización de ciertos bienes, que por sus características se entiende que la misma debe

ser en cierta forma penalizada o controlada. Ambos impuestos presentan características diferentes tanto en su definición y alcance, como en las tasas aplicadas.

En relación al IVA²⁸, se trata de un impuesto general al consumo que grava, según lo consignado en el Artículo 1° la circulación interna de bienes, la prestación de servicios dentro del territorio nacional, la introducción de bienes al país y la agregación de valor originada en la construcción realizada sobre inmuebles.

Por tanto, la comercialización de las bebidas alcohólicas se encuentra gravada por IVA a la tasa básica de 22%, en cada una de las cadenas de valor. Esto significa, que la comercialización de cada litro de bebida alcohólica, está gravada con esta tasa, desde el primer “eslabón de la cadena” (fabricante o importador), así como en los siguientes pasos hasta llegar al punto de venta al consumidor final (distribuidores y comerciantes).

En relación al IMESI, se trata de un impuesto específico, que grava la primera enajenación de ciertos bienes²⁹ según el Título 11 del IMESI. En el caso de las bebidas alcohólicas, los numerales 1,4 y 5 del artículo 1° de la Ley, son los que específicamente señalan las características de tributación, según se detallan en la tabla 19.

²⁸ Contenido en el Texto Ordenado 1996 vigente según ley N° 18.083 de 27.12.006 (Actualizado a agosto de 2011), Título 10

²⁹ Específicamente en el Título 11 del mismo texto.

Tabla 19: IMESI características por numerales

Producto	Tasa	Base específica	Factor para consumo final
Numeral 1) Champagne	30%	123.5	0.7
Numeral 1) Vermouth	30%	61.8	0.7
Numeral 1) Otros	30%	92.7	0.7
Numeral 4) Whisky	55.5%	97.2	0.7
Numeral 4) Grapas, cañas y amargas	55.5%	63.9	0.7
Numeral 4) Otros hasta 5% Vol.	55.5%	68.8	0.7
Numeral 4) Demás bienes	55.5%	99.2	0.7
Numeral 5) Cervezas	22%	37	0.8

Cabe realizar para el caso de los vinos dos consideraciones. La primera es que los vinos finos, tanto de fabricación nacional, como los importados **con graduación inferior a 16% y superior a 12% no se encuentran gravados con IMESI**. Por lo tanto, la comercialización de los vinos finos no tributa IMESI, en la medida en que en plaza y en general en la región, prácticamente no existen vinos superiores a una graduación de 16%.

En segunda instancia en el numeral 19 de la referida Ley³⁰, se realiza una consideración particular sobre la tributación del IMESI para las sidras y vinos no incluidos en el numeral 1.

En la ley se establece:

19) Sidras y vinos no incluidos en el numeral 1), de acuerdo a la siguiente escala:

ALÍCUOTA

Primer año 5%

Segundo año 8%

Tercer año 11%

Cuarto año 14%

Quinto año 17%

El primer año comenzará a computarse a partir del 1° de enero del año siguiente al del comienzo de la aplicación del nuevo Programa de Apoyo a la Gestión del Sector Vitivinícola,

³⁰ Nota: Este numeral fue agregado por Ley N° 18.083 de 27.12.006, art. 37°. Nuevo sistema Tributario. (D.Of.: 18.01.007). Vigencia: 01.07.007.

que establezca el Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca.

A la fecha, según fuentes consultadas, esta tributación no se viene realizando.

Para la correcta comprensión y alcance de este impuesto corresponden realizar algunas precisiones. En primera instancia, en relación a su cálculo. Para el IMESI se establece, según las distintas categorías de bebidas alcohólicas, una base mínima (específica) como monto imponible. La misma la fija el gobierno y se actualiza una vez al año, según parámetros que acompañan el IPC.

Para el cálculo del mismo, se compara el precio de fabricación o importación de cada bebida con el precio establecido como base específica y, sobre el mayor se aplicará la tasa correspondiente. En el caso en que el precio de venta sea a consumo final, se aplica un factor y con la misma lógica se tributa por el mayor precio.

En segunda instancia, como se mencionó, el IMESI, grava la primera enajenación del bien; es decir se paga solamente en la primera venta. En lo referente al cálculo del IVA, el monto imponible lo constituye el precio de venta más el IMESI.

Incidencia de los impuestos y fijación de precios

Una vez conocidos los impuestos que gravan las distintas bebidas alcohólicas en nuestro país, uno de los aspectos centrales que se debe analizar es la incidencia que los mismos tienen en los precios que se fijan en los puntos de venta al público. Como fue señalado en el punto anterior, en tanto el IVA es un impuesto con una tasa fija del 22%, su participación en el precio, independientemente del tipo de bebida alcohólica que se trate, siempre será del 18% del precio de venta.

En cambio, en relación al IMESI, en tanto se trata de un impuesto que grava de manera diferencial a las bebidas alcohólicas, el porcentaje de participación en el precio será variable según la tasa que corresponda a cada numeral. Además, el peso del IMESI en el precio de venta al público también se verá afectado según si el precio de fabricación sea mayor o menor

que la base específica establecida para cada producto; y según se trate de una primera venta realizada por el fabricante o importador a un distribuidor, o si esa primera venta se realiza a consumo final.

Por último, el precio de venta final (al público), incluye cierto margen de ganancia correspondiente a cada fabricante, distribuidor o minorista. Este margen es el declarado por empresas cuyo giro es la comercialización de bebidas alcohólicas en general, por lo que se trata de un margen global.

Teniendo presente que se trata de valores estimados, en relación a la participación de los impuestos según los distintos tipos de bebidas alcohólicas, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- 1) En relación a las bebidas comprendidas en el Numeral 1, la carga tributaria equivale en promedio al 33% del precio final en puesto de venta. Se establece con un promedio de 15% de IMESI (promedio para los dos casos reseñados) y el 18% correspondiente a IVA.
- 2) En relación a las bebidas comprendidas en el Numeral 4, la carga tributaria promedio es del 45% por unidad de producto en puesto de venta. Se establece con un promedio de 27% de IMESI y el 18 % de IVA.
- 3) En relación a las bebidas comprendidas en el Numeral 5³¹, la carga tributaria promedio es del 27 % por unidad de producto en puesto de venta. Se establece con un promedio de 9% de IMESI y el 18 % de IVA.
- 4) Por tanto, parece evidenciarse una política tributaria en relación a las bebidas alcohólicas, en particular a través del IMESI, que estaría regulando en forma diferencial según los volúmenes de alcohol que presenten las mismas. Vale decir, aquellas que

³¹ En el caso del Numeral 5 corresponde a cervezas y cabe consignar que para el caso de las cervezas nacionales corresponde un subsidio por envase, que lleva a que el 14% que correspondería por IMESI, descienda a un 9% para este caso. En el caso de las cervezas importadas, este subsidio no corresponde, y por tanto por IMESI, el porcentaje de incidencia por litro corresponde al 14% y por tanto el total de incidencia de los impuestos pasa a un 30% aproximadamente.

contienen mayores volúmenes tributan en mayor porcentaje y en forma directa aquellas que contienen menos, tributan en menor porcentaje.

- 5) Cabe consignar, como fue señalado en el inicio de este capítulo, que los vinos en nuestro país, sean de fabricación nacional o importados, están exentos del pago de IMESI. Por tanto, en términos de participación de los impuestos en el precio de venta al público, solamente estaría afectado por el IVA.

Una aproximación a la tributación regional e internacional de bebidas alcohólicas

En países como Argentina, Costa Rica y Chile el consumo de bebidas alcohólicas está gravado por un impuesto ad valorem siendo la base imponible el precio de venta del mismo. En El Salvador, la comercialización de bebidas está gravada por dos tipos de impuestos específicos, uno ad valorem sobre el precio de venta y otro de suma fija según el contenido alcohólico.

En países como Argentina, Chile y Uruguay la tasa aplicable varía en función del tipo de bebida, así como también hay bebidas como los vinos que en Argentina y Uruguay no se encuentran gravados. Asimismo, a los efectos de comparar la carga tributaria entre estos países, se debe considerar que las tasas de IVA aplicables son diferentes, siendo 21% en Argentina, 19% en Chile, y 22 % en Uruguay.

Los cuadros siguientes resumen las tasas que aplican estos países:

Tributación Bebidas alcohólicas en Argentina	
a) Whisky	20%
b) Coñac, brandy, ginebra, pisco, tequila, gin, vodka o ron	20%
c) En función de su graduación, excluidos los productos indicados en a) y b): 1º clase, de 10º hasta 29 y fracción 20% 2º clase, 30% y más 20 %.	20%;30%
d) Cervezas	8%
Productos no gravados: vinos	

Tributación Bebidas alcohólicas en Chile	
a) Licores, piscos, whisky, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al vermouth	27%
b) Vinos destinados al consumo, ya sean gasificados, espumosos o champaña, generosos o asoleados, chichas y sidras destinadas al consumo, cualquiera que sea su envase, cerveza y otras bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su tipo, calidad o denominación	15%

Las tasas aplicables en Costa Rica y El Salvador son 10% y 5% respectivamente. En El Salvador además de la tasa del 5% aplicada sobre el precio de venta, se tributa un impuesto de suma fija según el contenido alcohólico del producto.

En la Unión Europea se llevó a cabo un proceso armonizador del impuesto que dio como resultado un sistema de tributación específico. Sin embargo, si bien el sistema de tributación se encuentra armonizado, en lo referente a las sumas fijas de impuesto, existe discrecionalidad por parte de los Estados miembros a la hora de fijar un impuesto superior a un mínimo general y en algunos casos cuentan con la posibilidad de no gravar cierto tipo de bebidas.

Se distinguen tres tipos de bebidas: fermentadas, destiladas y aquellas en parte fermentadas y en parte destiladas. Los países del sur, en general no gravan las bebidas fermentadas en base a cuestiones culturales; en cambio los países del norte gravan todos los tipos de bebidas ya que consideran que lo relevante a la hora de gravar, es la graduación alcohólica.

Por su parte, la tributación de las bebidas alcohólicas está organizada en base a 4 categorías conceptuales: 1) vino y otras bebidas fermentadas de frutas; 2) cerveza; 3) productos intermedios y 4) alcohol y bebidas espirituosas o derivadas.

Respecto al vino y bebidas fermentadas, se considera como un producto sometido a tributación baja o cero si así lo considera el Estado miembro. Por su parte, la cerveza también se considera como un producto de tributación baja pero no nula.

Los productos denominados intermedios son aquellos que no superan los 15 grados de graduación y aquellos denominados como "alcohol y bebidas espirituosas" son los que provienen en su totalidad por destilación y por tanto están sometidos a una tributación elevada.

En lo que refiere a la base imponible, para las tres primeras categorías, está constituida por la cantidad de hectolitros de producto y para el caso de la última categoría la base imponible está constituida por los hectolitros de alcohol puro contenido en la bebida y no por los hectolitros de bebida como ocurre en las categorías anteriores.

El cuadro siguiente muestra los mínimos generales fijados para cada categoría de bebida para el año 2010 y su equivalente en \$:

Producto	Estándar euros/hectolitro	Estándar euros/ litro	Equivalente \$
Cerveza	1,87	0,0187	0,561
Vino	0	0	0
Otras	0	0	0
Intermedias	45	0,45	13,5
Alcohol (*)	550/1000	5,5/10	165/300

(*) EL mínimo toma dos valores dependiendo de la región

Sin embargo, es posible observar claras diferencias en el valor en euros del impuesto por hectolitro dentro de los Estados miembros de la U.E según las distintas bebidas para el año 2010³². Para el caso del vino espumoso y el tranquilo, se observa una clara diferencia entre los países del norte y los del sur. En los primeros se registra una mayor carga impositiva en los distintos tipos de vinos que la existente en países del sur, llegando en algunos, como España, a ser cero. Así, el país que presenta una mayor carga impositiva en el vino espumoso es Irlanda con 524.8 euros por hectolitro, 5,24 euros por litro, lo que equivale en Uruguay a una carga impositiva de 150\$ por litro de vino.

Para el caso de los productos intermedios (graduación menor a 15% vol.), la carga impositiva más alta es la que se tributa en Finlandia siendo ésta de 568 euros por hectolitro, 5,68 euros por litro, lo que equivale en Uruguay a una carga impositiva de 170\$ por litro.

Finalmente, la categoría de bebidas con tributación más elevada muestra en Suecia una mayor carga impositiva registrando 4921 euros por hectolitro de alcohol puro, 49,21 euros por litro de alcohol puro necesario para realizar el producto, lo que equivale en Uruguay a 1476\$ por litro de alcohol puro contenido en la bebida.

En conclusión, si comparamos la tributación uruguaya con otras referentes a países de América Latina, a nivel de tasas Uruguay cuenta con las tasas más altas de la región. En países como Argentina y Chile la tasa más alta asciende a 30% y 27% respectivamente. No obstante, dadas las características de tributación de la normativa uruguaya, no es posible

³² Según datos publicados en " EXCISE DUTY TABLES Part1 Alcoholic Beverages" , january 2010 http://ec.europa.eu/taxation_customs/index_en.htm

realizar una comparación de la carga impositiva en términos absolutos, ya que esta depende de precios de venta de ambos países y el sistema de tributación por medio de bases específicas en Uruguay.

Por su parte, si comparamos la carga tributaria de Uruguay con la de la Unión Europea, los montos de los impuestos unitarios mínimos aplicables en Uruguay son superiores en todos los casos, excepto en las bebidas denominadas puras, a los mínimos fijados para los Estados de la U.E. Esta situación cambia si comparamos la carga mínima de nuestro país con la carga máxima aplicada en la U.E para las distintas bebidas, ya que en estos casos la carga en Uruguay es inferior a la aplicada en dichos países.

Definición de políticas públicas en alcohol: un necesario análisis conjunto de factores influyentes

Al momento de comenzar a delinear aquellas medidas que pudieran resultar más efectivas en relación a la reducción de un uso nocivo del alcohol, es necesario tener presente que, como fueron presentados en los diferentes capítulos, el fenómeno en tanto complejo en su abordaje, requiere una aproximación desde una lectura conjunta de los factores que intervienen en nuestra sociedad, en la definición de los patrones de consumo vigentes, para así poder incidir en ellos de forma eficaz de acuerdo a los objetivos planteados. De esta forma las medidas a definir desde el Estado, deberán contemplar poblaciones diferentes, tanto como a actores económicos y políticos estratégicos diferentes.

Como se mencionara, uno de los mecanismos con los que cuenta el Estado para incidir en la mecánica de la oferta y demanda del consumo de alcohol, tanto desde una perspectiva de ingresos de recursos como de políticas de salud pública, refiere a la fijación de impuestos y precios.

En relación a esto último, uno de los conceptos que deben ser contemplados, refiere a la **elasticidad del precio de la demanda**, que los economistas usan cuando miden la sensibilidad del consumo a los cambios en el precio.³³

³³ Babor, T. y otros. "El alcohol: un producto de consumo no ordinario" Investigación y políticas públicas. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2010.

La elasticidad del precio de la demanda se define como la variación en porcentaje del consumo que resulta por un cambio de uno por ciento en el precio. Por ejemplo, una elasticidad de precio del alcohol de -0.5 implica que un aumento de 1% en su precio reduciría el consumo de alcohol en 0,5%. Si la elasticidad de precio de la demanda tiene un valor entre 0.0 y -1.0, se dice que la demanda de un artículo de consumo es inelástica con respecto a su propio precio, ya que un cambio en su precio resulta en un cambio relativamente menor en su consumo. Con valores menores a -1.0, se dice que la demanda es **elástica con respecto a los precios**, ya que el cambio en su precio conduce a un cambio proporcionalmente mayor en su consumo. Obviamente, los artículos de consumo con una demanda inelástica son las mejores alternativas para propósitos de generación de ingresos.

Diversos estudios han demostrado pautas acerca de que la demanda de las bebidas alcohólicas a menudo es inelástica. No obstante, un aumento en el precio producirá cierta reducción en el consumo aún cuando el artículo de consumo sea **inelástico con respecto a los precios**, siempre y cuando el valor no sea cero o más.

La sensibilidad del consumo del alcohol a su precio no solo afecta la eficiencia con la cual los impuestos especiales sobre el alcohol generan ingresos sino también los beneficios de salud potenciales a obtenerse por precios más altos del alcohol. La demanda altamente elástica del alcohol indicaría disminuciones más que proporcionadas en el consumo de alcohol en relación a los aumentos en su precio, lo que sugiere que se pueden obtener beneficios de salud sustanciales con precios de alcohol más altos, suponiendo una relación positiva monótona entre el consumo de alcohol en general y los problemas relacionados con este. A medida que el valor de la elasticidad se aproxima a cero, estos beneficios disminuyen y si alcanza cero, se eliminan los beneficios de salud adicionales por el aumento de precios al alcohol.

Por lo tanto, aunque la generación de ingresos y la reducción de problemas asociados al uso nocivo de alcohol sean metas diferentes, con "sensibilidades" algo diferentes a los aumentos del precio del alcohol, éstas se pueden optimizar una con respecto a la otra por la manera en que se fijan y cambian los impuestos sobre el alcohol.

El efecto de los cambios de precio en el consumo de alcohol se ha investigado más extensamente que cualquier otra medida a nivel internacional, para el control del alcohol. Las principales revisiones en la materia concluyen que: la demanda del alcohol es sensible al precio, inelástica y varía entre las categorías de bebidas. Si observamos los datos presentados en relación a la tributación para las diferentes bebidas en la UE, se puede ver que la misma varía según los países de acuerdo entre otras variables, a lo que cada cultura incorpora dentro de su “régimen alimenticio” y a las bebidas “dominantes” en las mismas. De la misma manera, la elasticidad del precio, presenta un comportamiento diferencial entre categorías de bebidas; por lo que al momento de pensar en una política tributaria, que aplicara impuestos diferenciales por bebidas, estos conceptos deben ser tomados en cuenta. Dicho de otra forma: si, como se establece para Uruguay, la bebida de mayor consumo es la cerveza, deberá tenerse presente que un aumento impositivo específico, que afectara el precio de venta, y que por tanto pretendiera, una reducción en su consumo, debería contemplar un estudio en términos de elasticidad de la demanda, ya que quizás lo que se lograría sería una mayor recaudación, pero no necesariamente una reducción en la demanda del bien.

Principales emergentes del capítulo:

- La carga tributaria en general estaría ya casi al tope para las bebidas destiladas y cervezas.
- La exoneración del IMESI al vino estaría justificada por el plan de reconversión y desarrollo de la industria en décadas pasadas.
- Se plantea una baja elasticidad del precio por lo cual cualquier incorporación tributaria redundaría mas en una mejora de la recaudación que en la disminución del consumo.

Principales acciones a desarrollar:

- Revisión conceptual de la tributación.
- Incorporar con fines recaudatorios para las políticas sanitarias de nueva tributación, fundamentalmente con los productos importados o bebidas más suntuosas o de mayor contenido de alcohol.

5- LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ALCOHOL

5.1 – Clasificación

Generalmente, las políticas sobre alcohol afectan a las poblaciones en forma general o sectores específicos (como los consumidores de alcohol, menores de edad) o a las organizaciones (como los programas y servicios dentro de los sistemas de salud o la Industria).

Según su orientación hacia la población es posible clasificar las políticas públicas orientadas a la reducción de la carga para la salud pública generado por el consumo de alcohol, en tres grupos³⁴:

1. Políticas basadas en la población: son políticas orientadas a alterar el nivel general de consumo de alcohol en la población. En este grupo se clasifican las medidas sobre las tasas impositivas, publicidad, control de disponibilidad, racionalización y monopolios estatales, promoción de bebidas sin alcohol o con bajo contenido alcohólico, regulación de venta en locales autorizados, horarios de venta, campañas educativas, entre otras. Este tipo de políticas no afecta sólo a los consumidores problemáticos, sino a todos los consumidores y a la población en general.
2. Políticas relacionadas específicamente a problemas derivados del consumo de alcohol, como pueden serlo la conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol. Estas políticas son más focalizadas, por lo que es menos probables que afecte a los consumidores no problemáticos.
3. Políticas de intervenciones dirigidas a consumidores individuales, que incluyen programas de tratamiento y rehabilitación. Una intervención exitosa apunta a mejorar la calidad de vida del individuo, sin embargo, para que estas políticas sean significativas a nivel nacional, se deberá abarcar a una población importante dentro del grupo de personas con problemas severos de consumo de alcohol.

³⁴ Godfrey and Maynard (1995), citado por Organización Mundial de la Salud. Global Report: Alcohol Policy (2004), pág. 2.

No obstante el amplio rango de políticas existentes, se debe tener en cuenta que éstas no deben ser aplicadas como medidas aisladas, sino formar parte de una estrategia comprehensiva, la cual incluya un conjunto de medidas complementarias entre sí.

Por otro lado, basándose en su naturaleza y propósito, las políticas sobre alcohol pueden clasificarse en dos categorías: distributivas y regulatorias (Longest, 1998)³⁵.

Las políticas distributivas están hechas con la intención de proporcionar financiamiento y otros recursos para poder lograr un objetivo público. Dentro de éstos objetivos se pueden encontrar: los subsidios que apoyen la educación sobre el alcohol en las escuelas, la capacitación para un servicio responsable de bebidas y la provisión de tratamiento para las personas dependientes al alcohol, son ejemplos de políticas que buscan reducir el daño causado por el alcohol o aumentar el acceso a los servicios para ciertos grupos de la población.

En contraste a las políticas distributivas, las políticas regulatorias buscan influir directamente en las acciones, conductas y decisiones de otros a través del control de personas u organizaciones. Las leyes que imponen una edad mínima para la compra y un límite de horas para la venta se han usado desde hace mucho tiempo para restringir el acceso al alcohol por motivos de salud y seguridad. Los decretos locales en lo que respecta a la potencia, pureza y comercialización de bebidas alcohólicas, y las horas y lugares donde se pueden servir o comprar, son ejemplos de otras políticas regulatorias. La regulación económica a través del control de precios y tributación a menudo se aplica a las bebidas alcohólicas para reducir la demanda y, a la vez, generar ingresos tributarios, con lo cual además de ser una política regulatoria también es distributiva.

Se han realizado distintas evaluaciones para determinar la efectividad de las políticas orientadas a disminuir el consumo nocivo de alcohol y los efectos de éste. A continuación, se presentan algunas de las principales conclusiones obtenidas de estos estudios, de acuerdo a las áreas claves incluidas en el reporte de la Organización Mundial de la Salud (2008)³⁶:

³⁵ Citado por Babor y otros "El alcohol, un producto no ordinario"

³⁶ Anderson, P., et. al. (2009), p. 2237-2240.

1. Información y Educación. El suministro de información y la educación son importantes para la difusión del conocimiento, sin embargo, en un ambiente en el cual muchos mensajes contradictorios son recibidos a favor del consumo de alcohol, este tipo de difusión no producen un cambio significativo en el comportamiento. Revisiones sistemáticas han evaluado intervenciones en las escuelas, concluyendo que éstas no son efectivas para reducir el daño relacionado con el alcohol, siendo este un aspecto a consideraren las campañas de información pública en general. Contrario a lo que ocurre con el tabaco, evaluaciones de los efectos de advertencias sanitarias en los envases de bebidas alcohólicas muestran que esta exposición no provoca cambios en el comportamiento de consumo.
2. Respuesta del sector de la salud. La evidencia de revisiones sistemáticas y meta-análisis en diferentes países han mostrado la efectividad de la detección temprana e intervenciones breves para personas con consumo nocivo y peligroso de alcohol, pero que no tienen dependencia severa.
3. Programas comunitarios. Los programas basados en las comunidades incluyen, entre otros, campañas de información y educación, publicidad y promoción de la salud, control de lugares de venta y consumo, mejoras en la aplicación de la ley, desarrollo comunitario y desarrollo de alianzas. Intervenciones que controlan el acceso, las cuales incluyen contextos ambientales de venta, distribución y vigilancia, son efectivas en reducir los accidentes de tránsito producto del alcohol y los asaltos.
4. Políticas de manejo bajo los efectos del alcohol. Muchas políticas de alcohol pueden reducir los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de esta sustancia. Se incluyen aumento de precios, leyes de edad mínima de compra, densidad de puntos de venta, las cuales deben ser apoyadas por campañas en medios masivos. Por otro lado, resultan eficientes las pruebas intensivas de aliento (espirometrías) aleatorias, en la reducción heridos y muertes por accidentes de tránsito relacionados con el alcohol. Asimismo, hay evidencia de efectividad en las políticas que fijan bajas concentraciones de alcohol en la sangre, incluido el nivel 0, para jóvenes o novatos en la conducción de vehículos; así como de las políticas de suspensión de licencia de conducir para conductores que exceden el límite de alcohol en la sangre, y el uso -para infractores reincidentes- de un dispositivo mecánico que no permite conducir el auto si posee un nivel de alcohol superior al permitido.

5. Direccionar la disponibilidad de alcohol. Hay una amplia gama de políticas de prohibición del consumo de alcohol en estados, circunstancias o lugares particulares. Los monopolios gubernamentales para la venta de alcohol puede reducir los daños asociados al alcohol; si este sistema no está disponible, el uso de licencias para la venta de alcohol permite un control de la disponibilidad. La implementación de leyes que fijan la edad mínima para comprar alcohol muestra también una clara reducción de accidentes por manejo con consumo de alcohol y otros daños relacionados con esta sustancia.

Por otro lado, la reducción de la cantidad de horas, o días de venta de bebidas alcohólicas, reduce el número de problemas relacionados al alcohol, incluyendo homicidios y asaltos.

No obstante, restricciones estrictas de disponibilidad pueden favorecer la creación de mercados ilícitos; aunque, en ausencia de producción ilegal u hogareña, en la mayoría de las circunstancias, tales restricción pueden ser conducidas con orden.

6. Direccionar el marketing de las bebidas alcohólicas. Evidencia proveniente de estudios longitudinales y experimentales han mostrado efectos de varias formas de marketing del alcohol sobre la edad de inicio del consumo de alcohol en los jóvenes y en los patrones de consumo riesgosos de esta población.

En algunas jurisdicciones, la comercialización de alcohol se basa en la autorregulación establecida por los propios operadores económicos sobre el contenido de la publicidad. Sin embargo, la evidencia de varios estudios muestra que estos sistemas voluntarios no impiden los contenidos de marketing que afectan a los jóvenes.

7. Política de precios. Los consumidores responden a cambios en los precios del alcohol, así como lo hacen con otros productos. Manteniendo otros factores constantes, un aumento en el precio del alcohol lleva a una disminución en el consumo de este bien y por tanto, a una disminución en los daños relacionados, tanto en países de altos como de bajos ingresos.

No obstante, la demanda de alcohol es algo inelástica al precio, un aumento impositivo en el alcohol no sólo reduce el consumo de estas bebidas y sus daños asociados, también incrementa los ingresos del gobierno.

8. Reducción del daños. La evidencia sugiere que el diseño de locales orientados a la seguridad y a la contratación de personal de seguridad para reducir en parte la violencia potencial, puede tener un efecto sobre los daños relacionados con el alcohol.
9. Reducir los efectos en la salud pública de la producción ilegal e informal de alcohol. El alcohol no registrado - definido como alcohol producido informalmente, ilegalmente o ingresado como contrabando, y alcohol sustituto que no es oficialmente para consumo humano – podría tener consecuencias para la salud por su alto contenido en etanol y/o contaminación con metanol. Muchos países europeos, han optado por no permitir usar el metanol como agente desnaturizador. El control riguroso de la venta de alcohol medicinal y la venta sólo en pequeñas cantidades ha reducido el daño potencial del alcohol medicinal en países nórdicos.

5.2 – Algunos ejemplos de políticas públicas en alcohol ³⁷

Caso 1: Australia

Legislación Vigente

A continuación se presentan, de manera resumida, las principales leyes australianas relacionadas con el consumo de alcohol. Cabe destacar que las leyes relacionadas con el alcohol varían de acuerdo al Estado, sin embargo, se presenta una visión general de la legislación nacional.

Manejo con consumo de alcohol: En Australia es una infracción manejar o intentar manejar un vehículo bajo la influencia del alcohol u otra droga. Conductores que manejan bajo consumo de alcohol u otras drogas, y que protagonizan un accidente con resultado de lesiones o muerte de otra persona, pueden ser acusados de un delito adicional y condenados a pena de prisión. Los niveles máximo permitidos de concentración de alcohol en la sangre dependen del tipo de vehículo conducido, así por ejemplo, para los conductores de vehículos particulares es de 0,5, mientras que para los conductores de taxis es de 0,0.

³⁷ Extraído del documento “Consumo de alcohol: evidencia nacional e internacional”. Autor: Álvaro Castillo Carniglia (2010) elaborado para la Estrategia Nacional de Chile en políticas públicas sobre alcohol. .

Dependiendo de la gravedad de la infracción, y de los antecedentes previos de la persona, las sanciones por conducir bajo el consumo de alcohol pueden ser multas, puntos negativos en la licencia, cancelación de la licencia de conducir y/o prisión. Además, algunos infractores podrán ser obligados a asistir a un programa de intervención.

Alcohol y Publicidad: En Australia, la publicidad de alcohol está regulada por el Código de publicidad de bebidas alcohólicas y el Sistema de Gestión de Reclamos. La publicidad de bebidas alcohólicas debe presentar un enfoque equilibrado y responsable sobre el consumo de alcohol y no debe tener un enfoque hacia niños o adolescentes.

Venta y Consumo de Alcohol: En términos generales, el consumo y compra de alcohol sólo está permitido para personas mayores de 18 años, sin embargo, algunos estados permiten la posesión de alcohol a personas con edad inferior.

Estrategia Nacional de Alcohol 2006-2011

En Australia, la prevalencia vida es de 89,9% para personas de 14 años o más, mientras que la prevalencia año es de 82,9% para el mismo grupo etáreo³⁸

El consumo de alcohol provoca más de 5.000 muertes anuales³⁹ si bien el consumo per cápita de alcohol ha disminuido en, aproximadamente, 19% en las últimas dos décadas⁴⁰.

En mayo de 2006, Australia presentó la Estrategia Nacional de Alcohol 2006-2011, la cual estableció como objetivo general “prevenir y minimizar los efectos nocivos del alcohol a individuos, familias y comunidades, en el contexto del desarrollo de una cultura de consumo más segura y saludable en Australia”.

³⁸ Haber, P., et. al. (2009), p. 7

³⁹ Haber, P., et. al. (2009), p. 8

⁴⁰ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Para lograr esta meta, la estrategia plantea cuatro objetivos específicos:

1. Reducir la incidencia de intoxicación entre consumidores de alcohol.
2. Mejorar la seguridad pública y comodidad en lugares donde se consume alcohol.
3. Mejorar los resultados sanitarios entre todos los individuos y las comunidades afectadas por el consumo de alcohol.
4. Facilitar una cultura de consumo más segura y saludable, desarrollando conocimiento entre la comunidad sobre las propiedades especiales del alcohol y la reglamentación de su disponibilidad.

A su vez, el foco de la estrategia se centra en cuatro áreas prioritarias:

1. Intoxicación, la cual es la principal causa de daños de corto plazo producto del consumo de alcohol, a pesar de que normalmente no es reconocido como un problema de consumo. Aún si las intoxicaciones no son frecuentes, pueden causar daños sustanciales al individuo. La intoxicación no es un evento aleatorio, tiene una mayor probabilidad de ocurrencia ente los jóvenes, un tercio de los hombres y un cuarto de las mujeres entre 20 y 30 años bebe de manera riesgosa o con alto nivel de daño en el corto plazo, por lo menos una vez al mes. Las recomendaciones en este aspecto son:
 - a. Aumentar la sensibilización de la comunidad y la comprensión de los impactos de la intoxicación, continuando con el trabajo con la industria para desarrollar el etiquetado y promover información entre la comunidad.
 - b. Mejorar el cumplimiento de las regulaciones respecto a las licencias de alcohol, lo que incluye mejorar las capacidades de la policía, gobiernos locales, y autoridades en general, discutir las leyes existentes y mejorar la fiabilidad de la información en sistemas de alerta temprana.
 - c. Asegurar la inclusión de pueblos aborígenes e isleños del estrecho Torres, para identificar las respuestas específicas de estas comunidades.
 - d. Implementar estrategias para reducir los resultados de las intoxicaciones y los daños asociados durante la noche en los locales y puntos autorizados, realizando, entre otras medidas, controles periódicos del cumplimiento de leyes y reglamentos en locales.

2. Seguridad pública y comodidad, hay daños significativos al entorno que resultan de un consumo de riesgo, esto incluye crimen y comportamientos antisociales, como desorden público. Algunos de estos daños son altamente visibles, como el vandalismo, pero otros como la violencia doméstica están más ocultos. Las recomendaciones de la estrategia en este ámbito, corresponden a:
 - a. Prevenir y reducir los daños producto del alcohol, a través de la investigación, la evidencia y el interés público sobre una serie de medidas relacionadas con accidentes en carreteras, tales como, la disminución del límite de alcohol permitido en la sangre; establecer que las penas en caso de reincidencia de consumo de alcohol debe relacionarse con tasas de alcoholemia y el número de delitos previos, y establecer intervenciones breves, tratamiento y/o rehabilitación para conductores con consumo de alcohol, como requisito para obtener nuevamente la licencia.
 - b. Revisar, desarrollar cuando sea necesario y difundir las mejores prácticas en distintos aspectos de la política de alcohol -tales como responsabilidad parental- en coordinación con la policía, escuelas, gobiernos locales y grupos familiares. Apoyo y servicios de salud para personas intoxicadas, y provisión, gestión y promoción de opciones para el transporte nocturno.
 - c. Aumentar la capacidad de las comunidades locales, incluido el gobierno, para conducir los asuntos de salud y seguridad pública relacionados con el alcohol.

3. Impactos en la salud, el consumo de alcohol tiene efectos positivos y negativos en la salud. Cuando se consume en bajos niveles, el alcohol puede proveer algunos beneficios a la salud, sin embargo, el consumo excesivo de alcohol puede producir profundos daños sociales y en la salud, los cuales pueden manifestarse en el corto y largo plazo, y varían de acuerdo al patrón de consumo. Se reconoce que no es realista ni deseable enfocar las políticas en la total abstinencia en el consumo de alcohol en la población. En este sentido, se recomienda:
 - a. Iniciar un esfuerzo nacional para mejorar la capacidad y la legitimidad de la profesión de enfermería en el tratamiento de problemas de salud relacionados con el alcohol, incluyendo entre otras medidas, el esfuerzo por incluir cambios

curriculares, orientados a la educación en drogas y alcohol, en el estudio de la profesión.

- b. Promover la atención primaria como una oportunidad accesible y no estigmatizada para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento del uso problemático del alcohol, a través, entre otras medidas, del aumento de los tratamientos farmacológicos para la dependencia del alcohol realizado por especialistas en esta sustancia.
- c. Mejorar la capacidad y promover un sistema de salud amplio para poder responder a personas con problemas de salud de corto y largo plazo relacionados con el alcohol, a través de, por ejemplo, la exploración de la potencial efectividad del desarrollo de un programa de evaluación y tratamiento para infractores a la ley (donde el alcohol aparece como contribuyente en la infracción criminal) y apoyar la implementación del sistema de acreditación de calidad en servicios especializados de tratamientos de drogas y alcohol, incluyendo la revisión del uso de evidencia basada en la práctica.
- d. Apoyo a iniciativas comunitarias para reducir los problemas de salud relacionados con el alcohol.

4. Espacios culturales y disponibilidad, en Australia el alcohol tiene un arraigado significado cultural, los australianos valoran la parte positiva que desempeña el alcohol en sus vidas, pero en general, no son conscientes de muchos de los problemas y costos asociados con su consumo. Por otro lado, en algunas partes de Australia, la disponibilidad de alcohol ha proliferado producto, en parte, del desorden de las leyes gubernamentales que rigen las licencias de alcohol. Las recomendaciones incluidas en la estrategia son:

- a. Fortalecimiento de la regulación de la disponibilidad de alcohol, incluyendo los controles a las licencias, desarrollando -entre otras medidas- un enfoque coherente de la legislación con respecto a la oferta de alcohol.
- b. Investigar rigideces relacionadas con el precio para así reducir el consumo de alcohol en niveles peligrosos.
- c. Monitorear y revisar la promoción del alcohol, implementado un monitoreo y reporte anual de la publicidad y promoción del alcohol, y manteniendo la

prohibición de la promoción de alcohol que incentiva el rápido y/o alto consumo de alcohol.

- d. Desarrollar e implementar campañas de marketing social para reducir los daños relacionados con el alcohol.
- e. Desarrollar un cambio en la visión cultural compartida, con el objetivo de reducir el daño relacionado con el alcohol y desarrollando una cultura de consumo de alcohol segura y saludable.
- f. Examinar los aspectos legales de la disponibilidad de alcohol en términos de licencias de alcohol, el uso del consumo de alcohol en la defensa legal como atenuante de la responsabilidad, y la oferta a menores.

Caso 2: Reino Unido

Legislación Vigente

Algunas de las medidas que rigen la producción, venta y consumo de alcohol en Reino Unido están resumidas a continuación:

Está prohibida, para cualquier persona menor de 18 años, la compra de alcohol en pub, botillerías, supermercados o cualquier punto de venta, al mismo tiempo que es ilegal proveer de alcohol a un menor de 18 años. No obstante lo anterior, a los 16 o 17 años se les permite consumir cerveza o sidra en un pub, sólo si se consume acompañada de comida. Sobre el consumo de alcohol en el hogar, y bajo supervisión de los padres, la legislación de Reino Unido establece que es ilegal dar alcohol a niños menores de 5 años.

El límite de alcohol en la sangre para conducir un vehículo es de 80 miligramos por 100 mililitros de sangre o, en otras palabras, un índice de alcohol de 0,8. Las sanciones por conducir luego de haber consumido alcohol, incluyen la disminución de puntos de la licencia (progresivo de acuerdo al nivel de la falta), multa económica, y puede llegar a medidas como la suspensión de la licencia por 3 años, y penas de cárcel para casos de mayor gravedad o de reincidencia.

Estrategia para la Reducción del Daño del Alcohol (2004)

La estrategia tiene como objetivo reducir los daños causados por el mal uso del alcohol. Se reconoce que el consumo de alcohol tiene costos y beneficios asociados, por lo que no se busca eliminar el consumo de alcohol en la población, enfocándose en la prevención, minimización y manejo del daño causado por el consumo abusivo de alcohol. A continuación se presentan los objetivos centrales de la estratégica, con sus características y medidas propuestas:

1. Mejorar la información disponible para los individuos y comenzar el proceso de cambio en la cultura de consumo. Un primer paso en el fomento de los individuos a actuar con responsabilidad es asegurarse de que entiendan los riesgos potenciales del abuso en el consumo de alcohol. Cualquier estrategia exitosa en la reducción del daño producto del consumo de alcohol, necesita lograr un cambio de actitud de largo plazo sobre la conducta y consumo abusivo de alcohol. La mayoría de las personas obtiene información relacionada con el alcohol a través de cinco fuentes: salud pública y campañas de gobierno; información provista por la industria del alcohol; educación en las escuelas; lugar de trabajo y publicidad. A pesar de éstas, por lo general, los consumidores no están lo suficientemente bien informados como para tomar decisiones sobre su comportamiento de consumo, especialmente por el bajo impacto de estas fuentes de información en el consumo de alcohol. La estrategia propone:
 - a. Establecer un mensaje de "consumo razonable" más fácil de entender y aplicar.
 - b. Campañas enfocadas a personas de mayor riesgo, incluyendo bebedores crónicos y de festividades.
 - c. Compartir las mejores experiencias, tanto internas como externas al gobierno.
 - d. Proveer mejor información a consumidores, tanto de productos, como puntos de venta.
 - e. Proveer educación en las escuelas que pueda cambiar actitudes y comportamiento, así como aumentar la conciencia en el uso de alcohol.
 - f. Proveer más apoyo y avisos para empleados.
 - g. Revisar el código de buenas prácticas de la publicidad en TV para asegurar que ésta no se dirija a jóvenes o promueva el comportamiento irresponsable.

2. Identificación y tratamiento del uso abusivo de alcohol, un programa exitoso de tratamiento de alcohol requiere que se identifique y derive a personas con problemas con el alcohol, se diferencien las necesidades y motivaciones individuales, para adecuar el programa de tratamiento, y se busque la efectividad en ayudar a grupos vulnerables y de riesgo. Algunas medidas de Gobierno propuestas son:
 - a. Mejora la identificación y derivación de las personas con problemas de alcohol a través de la ejecución de programas piloto para establecer si la identificación temprana y el tratamiento puede mejorar la salud, generar ahorro a largo plazo, ser integrada en las medidas generales de salud, y mejorar la conciencia del personal de los servicios de salud de los problemas del uso abusivo de alcohol mejorando sus capacidades para lidiar con ellos.
 - b. Mejorar el tratamiento a través de la realización de una auditoría nacional de tratamiento de alcohol, incluyendo la provisión de cuidados posteriores y la mejora en los estándares, introduciendo medidas coordinadas para la puesta en marcha y seguimiento de las normas.
 - c. Mejorar los servicios para grupos vulnerables a través de vías de atención integral para la población más vulnerable.

3. Crimen y desorden relacionados con el alcohol, el abuso de alcohol es el mayor colaborador en el crimen, desorden y comportamiento antisocial. Las áreas más visibles relacionadas para la mayoría de las personas incluye, entre otros, el crimen, desorden y consumo en menores de edad. Mientras, con menor visibilidad, pero igualmente significativas, se tiene, entre otros, a la violencia doméstica y el manejo bajo los efectos del alcohol. Algunas medidas gubernamentales propuestas son:
 - a. Reducir los problemas causados por el consumo de alcohol en ciudades, definiendo claramente la responsabilidad compartida de individuos, industria y gobierno. Esto requiere aplicar la legislación vigente y penas para combatir el comportamiento antisocial; trabajar con la industria en controlar y acordar las consecuencias de consumo en las ciudades, consensuando un nuevo código de buenas prácticas y articulando fondos para iniciativas locales que alienten a las autoridades locales a ser más activas en la búsqueda de soluciones a los problemas producidos.

- b. Abordar el consumo de menores a través de mayor aplicación de las leyes existentes que no permiten la venta a menores de 18 años; mejorar la información disponible de los daños del consumo abusivo de alcohol, y fomentar la provisión de más actividades alternativas para los jóvenes.
 - c. Enfrentar la reincidencia de faltas relacionadas al alcohol, a través de un programa piloto de arresto-derivación.
 - d. Mejorar la identificación de los problemas derivados del consumo y la derivación a los servicios de alcohol como parte de las medidas existentes sobre violencia doméstica.
 - e. Mejorar las medidas de conducción de vehículos bajo el efecto del consumo de alcohol, vigilar las tendencias la necesidad de incorporar medidas adicionales.
4. Oferta y responsabilidad de la industria, el Gobierno trabajará con la industria para introducir un nuevo esquema de asignación. Este esquema combinará un código de buenas prácticas con una contribución financiera de la industria con objeto de disponer de recursos para hacer frente a los daños causados por el uso abusivo de alcohol. El plan será supervisado por un pequeño consejo independiente.

Caso 3: Canadá

Legislación Vigente

Algunas de las principales leyes vigentes en Canadá sobre el consumo de alcohol, son resumidas a continuación.

La edad mínima de consumo y compra de alcohol varía según estado, así, en Alberta, Manitoba y Quebec, la edad mínima es 18 años, mientras que en otros estados, como Ontario y Nunvut, la edad mínima es de 19 años.

En Canadá, la concentración máxima de alcohol en la sangre permitida para conducir es 80 mg en 100 ml de sangre, es decir, un índice de 0,8, la conducción sobre este nivel es considerado un delito. No obstante lo anterior, cada estado de Canadá ha definido el nivel de concentración

máximo para ser considerado una falta provincial, así, por ejemplo, New Brunswick y Ontario, han limitado en 0,5 la concentración máxima de alcohol en la sangre, mientras que en Saskatchewan está fijada en 0,4. En algunos estados, por ejemplo, Ontario y Quebec, se ha introducido la tolerancia 0 en consumo de alcohol para conductores nuevos.

Estrategia Nacional de Alcohol (2007)

Como resultado de un grupo de trabajo, organizado, se establecieron ciertas recomendaciones de políticas para una estrategia nacional de alcohol, la cual fue documentada en el año 2007 y provee lineamientos y recomendaciones para reducir el daño producido por el consumo de alcohol. Los objetivos de la estrategia corresponden a:

1. Reducir el daño asociado al uso de alcohol, que repercute en los individuos, familias y comunidades de Canadá.
2. Incrementar el conocimiento común del impacto y alcance del daño relacionado con el alcohol en la sociedad canadiense, previniendo y minimizando los resultados negativos en la salud en aquéllos afectados por el consumo de alcohol.
3. Desarrollar un enfoque integral, coordinado y efectivo que se base en los esfuerzos pasados y presentes para prevenir, reducir y abordar asuntos relacionados con el alcohol, proponiendo soluciones realistas.
4. Multiplicar y fortalecer los acuerdos colaborativos entre gobierno, organizaciones no gubernamentales, industria, agencias de adicción, policías y comunidades que son afectadas por el daño relacionado con la salud.

Por otro lado, se identificaron áreas estratégicas para la acción, las cuales son detalladas a continuación:

1. Promoción de la salud, prevención y educación, cuyo objetivo es aumentar la conciencia pública sobre el uso responsable de alcohol, mejorar la resiliencia de individuos y comunidades y su capacidad para participar en una cultura de moderación. Dentro de las recomendaciones incluidas en la estrategia se observan:
 - a. Desarrollar y promover las directrices nacionales de consumo de alcohol para promover una cultura de moderación.

- b. Desarrollar una campaña de marketing social integral, sostenida y coordinada, con asociación multisectorial, con el fin promover las directrices nacionales de consumo de alcohol.
 - c. Apoyar y financiar a las comunidades locales para desarrollar e implementar a nivel comunitario iniciativas de promoción de salud que enfatizan en las directrices nacionales de consumo de alcohol y en la prevención y reducción del daño relacionado al alcohol.
 - d. Para los envases de bebidas alcohólicas regular de forma estandarizada y fácilmente visible las etiquetas que contienen el número de tragos estándar en cada envase.
 - e. Con respecto a los menores de edad, desarrollar y evaluar políticas y programas que sean apropiados para las etapas juveniles de desarrollo y que promuevan la abstinencia, como un objetivo válido, la adherencia a las directrices nacionales de consumo de alcohol y evitar el consumo de riesgo entre quienes escogen la no abstinencia.
2. Impactos en la salud y tratamientos, cuyo objetivo es reducir los impactos negativos en la salud producto del consumo de alcohol y direccionar su efecto en lesiones y enfermedades crónicas. Dentro de las recomendaciones sugeridas en la estrategia, se encuentran:
- a. Garantizar un adecuado financiamiento, formación de calidad y acreditación para servicios especializados de adicción.
 - b. Mejorar el acceso a servicios de adicción en regiones aisladas, rurales y remotas de Canadá, especialmente de poblaciones vulnerables.
 - c. Evaluar los tratamientos para determinar las prácticas promisorias y difundir los resultados.
 - d. Fortalecer el currículum en drogas y alcohol en programas de pregrado, postgrado y continuidad de estudios.
 - e. Asegurar que el alcohol sea consistentemente incluido en política y programas enfocados en enfermedades crónicas.

- f. Desarrollar un programa nacional de investigación estratégica en alcohol que esté dirigido a lograr un mejor entendimiento de los factores de riesgo y protectores que rodean el consumo de alcohol.
3. Disponibilidad de Alcohol, cuyo objetivo es implementar y hacer cumplir medidas efectivas que controlen la disponibilidad de alcohol. Dentro de estas medidas, se pueden identificar:
- a. Mantener los sistemas actuales de control de sobre la venta de alcohol. Bajo este sistema, es importante:
 - i. Requerir a los consejos de control de alcohol que mantengan un marco de responsabilidad social de referencia, para todas las materias concernientes a sus operaciones y gobernabilidad, así como para mantener o incrementar su gasto y programación en este ámbito;
 - ii. Aumentar la capacitación del personal en los establecimientos e implementar los programas en curso, buscando que el alcohol sea vendido de forma socialmente responsable y de acuerdo a la ley.
 - iii. Fomentar la reexaminación sistemática y el análisis de las horas y días de venta de alcohol y la densidad de establecimientos, reconociendo que aumentar la disponibilidad física del alcohol puede liderar un aumento en el daño.
 - b. Colaborar con los consejos de control de alcohol para asegurar que los costos y disponibilidad en comunidades de alto riesgo sean manejados de forma socialmente responsable.
 - c. Fortalecer las sanciones para personas que produzcan o usen identificaciones falsas.
 - d. Dada la relación entre edad legal de compra y daños relacionados al alcohol, considerar aumentar la edad mínima legal de compra de alcohol a los 19 años.
 - e. Crear incentivos, ya sea a través de impuestos y ajustes al precio, para promover la producción y promoción de cervezas y refrescos de bajo contenido alcohólico, con el objetivo de reducir el volumen de alcohol puro consumido.

4. Comunidades más seguras, cuyo objetivo es crear comunidades más seguras y minimizar los daños relacionados a la intoxicación. Para lo anterior, entre otras medidas, se sugiere:
- a. Desarrollar y adoptar políticas integrales de alcohol dentro de todos los sectores de la fuerza laboral canadiense, con especial énfasis en las profesiones sensibles a la seguridad.
 - b. Corregir o desarrollar políticas y programas que incorporen soluciones basadas en evidencia, que reduzcan el daño relacionado al alcohol en colegios y universidades.
 - c. Fortalecer la ley relacionada con el manejo con consumo de alcohol.
 - d. Adoptar la tolerancia 0 de alcohol (0 gramos de alcohol en la sangre) para todos los conductores menores de 21 años.

Caso 4: Costa Rica

Costa Rica no posee una estrategia nacional para el consumo de alcohol, no obstante se presenta la legislación vigente al respecto.

- El límite de alcohol permitido en sangre para el consumo de alcohol, corresponde a 0,5. Si la concentración está entre 0,5 y 1, se considera que la persona está en estado de pre-ebriedad, mientras que si la persona posee un nivel de 1 o más, se considera que está en estado de ebriedad.
- El impuesto específico a la producción e importación de bebidas alcohólicas es fijo por unidad de consumo, mientras la unidad de consumo varía de acuerdo al tipo de bebida considerada (por ej. 350 ml de cerveza, 125 ml de espumantes y vinos, 31,25 ml de ron).
- Existen licencias comunales para el expendio de bebidas alcohólicas, las cuales son clasificadas de acuerdo al tipo de bebida (nivel de contenido alcohólico) y al tipo de establecimiento (restaurantes, hoteles, supermercados, etc.). La legislación costarricense contempla límites horarios en el expendio de bebidas alcohólicas, dependiendo del tipo de licencia del establecimiento.

- Se prohíbe la utilización de marcas de bebidas alcohólicas en el patrocinio y publicidad como rotulación de uniformes, medios de transporte utilizados para competencias deportivas, y útiles deportivos de todo equipo, asociación, federación y liga deportiva.
- La edad mínima para el consumo y compra de bebidas alcohólicas es de 18 años.

5.3 - Políticas de gestión de riesgos y daños

Un marco general para la prevención del uso problemático de alcohol desde la promoción de salud

Los comportamientos de riesgo - como lo es el uso de alcohol - son un componente esencial y funcional de toda sociedad humana.

En este sentido, entendemos por "riesgo" a la probabilidad que tiene cualquier conducta humana de causar *potencialmente* alguna consecuencia negativa para la persona o para su entorno en campos tan diversos como pueden ser la salud física, emocional, legal, relacional o económica.

Importante es recordar que los comportamientos de riesgo son *siempre* el resultado final de evaluaciones y decisiones (en última instancia personales) a partir de las cuales cada persona hará un balance - más o menos consciente - de las potenciales consecuencias positivas del comportamiento en cuestión (beneficios) con relación a las potenciales consecuencias negativas del mismo (daños).

Beneficios y daños son pues las 2 caras de una misma moneda. Ambas estarán siempre *simultánea y potencialmente* presentes en todo comportamiento de riesgo.

Cuando hablamos de comportamientos de riesgo, debemos partir de la base de que los mismos estarán siempre indisolublemente ligados a un conjunto de respuestas personales y sociales que intentarán *gestionar* esos riesgos, es decir, hacer que la ecuación de *potenciales* beneficios y potenciales daños se incline lo más fuertemente posible hacia la obtención de la

mayor cantidad de beneficios, a la vez que a minimizar la probabilidad de que ocurran los daños asociados.

A este conjunto de estrategias personales y sociales que acompañan *todo* comportamiento de riesgo les llamamos genéricamente estrategias de gestión de riesgos y daños.

En resumen, *siempre* que estemos frente a algún comportamiento de riesgo estaremos también frente a un conjunto de creencias y prácticas tendientes a maximizar los potenciales beneficios, a la vez que a minimizar los potenciales daños de ese comportamiento.

Por lo tanto, cuando hablamos de estrategias de gestión de riesgos y daños es fundamental tener en cuenta que las mismas son tan antiguas como los propios comportamientos de riesgo. Estas estrategias son una expresión del intento de autorregulación natural de la Especie Humana.

Ahora bien, otro concepto diferente e importante a introducir es el de *políticas de gestión de riesgos y daños* (GRD). Estas políticas surgen a comienzos de la década de los '80 en el Reino Unido y Holanda como respuesta a los graves problemas sanitarios que estaban siendo derivados del uso intravenoso de opiáceos.

Su objetivo consistía en reducir las consecuencias negativas de la utilización de las drogas, sin intentar necesariamente reducir el uso de las mismas.

Estas políticas asentaron y consolidaron su éxito sobre la base de la inclusión de un conjunto de creencias y prácticas de gestión de riesgos y daños y de auto cuidado, previamente existentes en el colectivo de usuarios de drogas legales e ilegales.

Es decir, si bien las *políticas de Gestión de riesgos y daños* son la respuesta integral y sistematizada de las sociedades modernas a un conjunto determinado de comportamientos de riesgo, las *prácticas y estrategias de gestión de riesgos y daños* tienen un origen tan ancestral en las sociedades humanas como los mismos comportamientos de riesgo.

En otras palabras, es importante recordar que *las políticas* de GRD no son en esencia novedosas, sino que rescatan y se sustentan en el saber antropológico acumulado de miles de años de comportamientos humanos tendientes al auto cuidado.

Existe suficiente evidencia internacional que da cuenta de que su éxito depende, esencialmente, de cuan respetuosas y adaptables culturalmente sean las personas a los comportamientos naturales de auto cuidado.

Comportamientos de riesgo y promoción de salud

Ahora bien, los comportamientos de riesgo plantean un desafío central a cualquier política basada en la Promoción de Salud: nos referimos al hecho de que muchas personas seguirán *eligiendo* desarrollar comportamientos de riesgo siendo *plenamente conscientes* de las consecuencias negativas que los mismos pueden traer para su salud. Como mencionáramos anteriormente, esta decisión no responde en la gran mayoría de los casos a impulsos autodestructivos o a trastornos de personalidad, sino que es una respuesta racional a la evaluación de los beneficios y daños percibidos por el sujeto a partir de su propio contexto social.

Esta consideración representa un verdadero desafío para el desarrollo de respuestas tanto integrales como creativas a los comportamientos de riesgo, ya sea desde lo educativo como desde lo sanitario.

El eje central del éxito de cualquier intervención será la comprensión profunda y posterior inclusión del *sentido* que las personas y las comunidades le están otorgando a sus comportamientos de riesgo.

Por lo expuesto anteriormente, queda claro que la perspectiva de GRD es un marco teórico y metodológico muy adecuado para la comprensión y abordaje del uso de alcohol en nuestra sociedad.

El alcohol: Gestión de riesgos y promoción de salud

¿Qué enseñanzas generales podríamos obtener de la aplicación sistemática de 25 años de políticas de GRD al campo del uso de drogas ilegales y de su relación con los modelos actuales de Promoción de Salud?

Para que las políticas públicas de GRD sean efectivas y eficaces, deben responder integralmente a una concepción general de Promoción de Salud.

Una definición operativa e interesante de Salud, podría ser aquella que entiende que “la salud” es la capacidad de una persona o grupo de reconocer y satisfacer sus aspiraciones, así como también de cambiar y modificar su entorno para, de esa forma, alcanzar su verdadero potencial. La salud es definida como un ‘recurso para la vida’ y no como el objetivo de la vida.

Tres elementos de esta definición son importantes de destacar:

- La salud es un proceso dinámico
- Cada persona tiene un potencial diferente de salud
- Las necesidades de salud de cada persona son diferentes

Uno de los puntos centrales de esta definición es la afirmación de que trabajar para la promoción de la salud es siempre una responsabilidad tanto individual como colectiva.

¿Partiendo de los aprendizajes desarrollados en el campo de las drogas ilegales, cuáles podrían ser las dimensiones y niveles centrales de intervención a ser incluidos en un abordaje - desde las Políticas Públicas - del uso de alcohol?

En la conferencia mundial de promoción de la Salud llevada a cabo en Canadá en 1986, se arribó a una serie de pautas acerca de cuáles serían los niveles de intervención necesarios e indispensables a ser contemplados por toda política pública integral. Los 3 niveles sobre los que deberían incidir sinérgicamente las políticas, programas y acciones de promoción de salud son: el individual, el comunitario y el socio-político.

Analicemos ahora brevemente las características de cada uno de estos 3 niveles de intervención necesarios.

Las intervenciones dirigidas a incidir sobre el nivel individual - es decir sobre cada sujeto en particular - están enmarcadas por la acción fundamental de la educación. En este marco se podrían desarrollar acciones que:

1. Apunten a aumentar el conocimiento específico sobre los efectos, riesgos y medidas de cuidado más efectivas para regular el uso de alcohol.
2. Desarrollen la auto eficacia de las personas, es decir, su convicción última de que son capaces de lograr las metas que se propongan, como por ejemplo cambiar un comportamiento no deseado o gestionar exitosamente una situación de riesgo.
3. Habiliten la participación en programas integrales de promoción de salud.
4. Promuevan el desarrollo de habilidades personales en diferentes contextos: familia, trabajo, comunidad, institución educativa.

En síntesis, a nivel individual se deberían promover acciones que apunten a desarrollar un alfabetismo saludable en las poblaciones destinatarias.

Estas acciones deberían ser complementadas necesariamente con acciones dirigidas a incidir a nivel de la comunidad toda, es decir, incluso más allá de la comunidad cercana y de pertenencia del sujeto (como puede ser la familia, el grupo de pares y el barrio). Las intervenciones dirigidas a incidir sobre el nivel comunitario estarán marcadas por la acción fundamental de la facilitación o movilización social.

Esto significa que se debería promover la construcción de normas y acciones sociales que condujeran al desarrollo de hábitos saludables de vida. Por ejemplo, el desarrollo de programas que tuvieran como objetivo:

1. Empoderar a las comunidades y desarrollar sus competencias propias, es decir, que las propias comunidades pudieran disponer de los recursos y habilidades necesarias para

afrontar sus propios desafíos de promoción de la salud y gestión del uso responsable de alcohol.

2. Desarrollar comunidades más cohesionadas en donde existan normas claras que promuevan hábitos saludables de vida y desestimulen el desarrollo de usos problemáticos de alcohol (intoxicaciones, usos crónicos y dependencias)
3. Implementar diversos programas de promoción de la salud con y para la comunidad, de forma tal que las mismas se puedan apropiar de las acciones que implementan de una forma más efectiva.
4. Finalmente, desarrollar intervenciones para sensibilizar a la opinión pública acerca de la necesidad de abordar el tema del alcohol desde una perspectiva de salud pública, de promoción de salud y de inclusión social.

Por último, y en estrecha articulación con las intervenciones dirigidas a las personas y las comunidades, se deberían desarrollar acciones dirigidas a incidir sobre el nivel socio-político. Las mismas estarán signadas por la defensa y apoyo activo del derecho de todos los ciudadanos a disponer de los recursos educativos y de salud con relación a la prevención del uso problemático de alcohol y a su tratamiento. Este es el ámbito político por excelencia para la promoción de políticas públicas saludables, que podrían estar signadas por acciones como las siguientes:

1. Declaraciones formales de principios en donde consten los acuerdos políticos acerca de cómo comprender y actuar sobre el fenómeno del uso de alcohol.
2. Aprobación de leyes, regulaciones y procedimientos, es decir, la traducción legal de las intencionalidades políticas en relación al tema.
3. Destino de recursos económicos y materiales para desarrollar los diferentes planes propuestos en el plano de la prevención, tratamiento, capacitación o cualquier otra área vinculada al tema.
4. Institucionalización política de los programas integrales de promoción de la salud desarrollados en los distintos contextos.

Cinco serían entonces los pilares centrales para el abordaje del uso de alcohol desde una perspectiva de promoción de salud y de gestión de los riesgos y daños. Ellos son los siguientes:

1. La construcción de políticas públicas saludables
2. La creación de entornos sostenedores e inclusivos
3. La reorientación de los servicios de educación y de salud
4. El fortalecimiento de la acción comunitaria
5. El desarrollo de las habilidades personales.

Principales emergentes del capítulo:

En síntesis, las políticas públicas sobre el uso de alcohol deberían incidir simultáneamente sobre los diferentes niveles analizados (individual, comunitario y socio-político) y los 5 ejes planteados, de forma que pudieran actuar sinérgica y eficazmente en la promoción de estilos saludables de vida y la prevención de los distintos usos problemáticos de alcohol.

5.4 Incorporando a los Actores: La Responsabilidad Social Empresarial.

La construcción de sinergias entre las políticas de responsabilidad social de las empresas alcohólicas y las Políticas Públicas sobre el consumo de alcohol.

El desarrollo de soluciones a problemas sociales complejos como el consumo problemático de alcohol requiere de consensos y diálogos de todos los actores involucrados, de forma que se vayan asumiendo los diferentes aspectos inherentes al problema y redefiniendo los distintos roles.

Sin duda, uno de los actores más importantes es el sector empresarial. En nuestro país existe un gran número de empresas en el rubro de las bebidas alcohólicas, entre las que se cuentan productores (de cervezas, vinos y bebidas destiladas), importadores, distribuidores y

comerciantes minoristas. Muchas de estas empresas pertenecen a grandes organizaciones multinacionales, mientras otras son empresas nacionales de distinto porte, entre las que se encuentran también empresas pertenecientes al Estado.

En este escenario complejo, generar un espacio de convergencia de intereses de todos los actores, que potencie el logro del objetivo de reducción del consumo problemático de alcohol, parece ser un gran desafío.

Si bien los intereses comerciales de la industria del alcohol, en su pretensión de generar ganancias, compite muchas veces con los intereses de la política pública, la visión y filosofía de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) puede ofrecer herramientas para promover sinergias entre los sectores privados, la sociedad civil y los organismos estatales.

La RSE es una forma de gestionar las empresas compatibilizando los objetivos económicos con los impactos sociales y medioambientales. En su sentido más estricto, la RSE debe trascender un conjunto de prácticas puntuales y ocasionales de marketing, relaciones públicas u otros beneficios particulares. Por el contrario, debe constituirse como un conjunto de políticas, programas y principios integrados a la operación empresarial, reconocidos, internalizados y practicados por todos los integrantes de la organización.

No cabe duda que desde el punto de vista meramente conceptual y teórico existe un espacio de intersección entre los intereses de la Política Pública y los objetivos de la RSE. Si bien este es un primer aspecto a tener en cuenta, también es claro que para poder establecer un posible escenario de entendimiento, es conveniente identificar los principales conflictos existentes entre estas dos perspectivas. Con esta intención se pueden plantear en términos muy generales los siguientes aspectos:

- Los promotores empresariales de la RSE han defendido la voluntariedad de la integración de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales, así como las relaciones con sus interlocutores, como los principales valores de su desarrollo. En esta perspectiva auto regulatoria, la intervención pública se considera contraproducente ya que promueve las políticas de RSE como una obligación,

en vez de permitir que las empresas asuman como propios los valores que la filosofía de la RSE trata de promover.

- Por otro lado, actores y organismos gubernamentales, nacionales e internacionales, manifiestan que la RSE surge como respuesta a la presión ejercida por diferentes grupos de interesados y/o afectados por las consecuencias de la actuación empresarial (consumidores, proveedores, comunidad, inversionistas, organizaciones no gubernamentales, el Estado y otros actores sociales). Desde esta postura, se sostiene que la acumulación de poder económico de las grandes industrias alcohólicas, se expresa también, en defensa de sus intereses comerciales, en el ámbito de la política pública, incidiendo en la agenda y en los diferentes actores involucrados. En tal sentido las acciones de RSE de las empresas se interpretan como actividades filantrópicas, funcionales en última instancia a sus estrategias de marketing o que funcionan como “marketing enmascarado”, que promueven una imagen institucional positiva de las empresas hacia la opinión pública, fortaleciendo además el poder de lobby gubernamental.

Teniendo en cuenta estas tensiones, parece que visualizar un espacio favorable, en el cual empresas, sociedad civil y sector público se involucren activamente en un eje generador de propuestas y posibles acuerdos, implica asumir de parte de los diferentes actores, por lo menos los siguientes aspectos:

- Que el objetivo final es la salud pública.
- Que debe existir un cierto nivel de regulación estatal, pero también se debe considerar que la producción de bebidas alcohólicas y las empresas involucradas seguirán siendo actores importantes de este escenario, por lo menos en el corto y mediano plazo.
- Asociar la RSE a las múltiples dimensiones y niveles en los que opera, de modo de visualizar formas para impulsar la RSE integral y aprovechar y potenciar los recursos que se invierten por esta vía.

En la necesidad de complejizar la mirada, un primer ejercicio es comprobar que los objetivos planteados por las políticas de RSE de todas las grandes multinacionales alcohólicas que

operan en nuestro país, convergen, o tienen por lo menos algún punto de contacto, con los objetivos de la política pública en el eje de promover socialmente el consumo responsable de bebidas alcohólicas. Si bien el grado de implementación y de impacto, a nivel internacional pero sobre todo a nivel nacional de estas políticas es un aspecto a revisar, se puede afirmar que existen principios que pueden ser promovidos y aprovechados desde organismos estatales para promover el consumo responsable.

Veamos algunos ejemplos de implementación de políticas de RSE de las principales alcoholeras multinacionales para ilustrar lo anteriormente manifestado.⁴¹

Aunheuser-Busch InBev

Es la cervecería líder a nivel mundial. En 2010, la compañía generó ingresos por U\$S 36297 millones. Cuenta con una sólida cartera de marcas, entre ellas cuatro de las 10 cervezas más vendidas en el mundo. En total tienen más de 200 marcas de cerveza, incluyendo tres marcas líderes globales: Budweiser, Stella Artois y Beckps, otras de rápido crecimiento en varios países: Leffe y Hoegaarden y fuertes "líderes locales": como Bud Light, Scol, Brahma, Quilmes, Michelab, Harbin, Sedrin, Klinskoye, Sibirskaya, Korona, Chernigivske y Juiler, entre las que se cuentan también las marcas fabricadas por FNC en nuestro país (Pilsen, Patricia, entre otras). Con sede en Leuven, Bélgica, Anheuser-Busch InBev opera en 23 países de todo el mundo.

Los principales ejes de su política de RSE son:

- Better World Programs. Donde se muestran programas llevados adelante por operadores del grupo en todo el mundo.
- Responsible Drinking
- Environment
- Community

Más información en: www.ab-inbev.com/go/social_responsibility.cfm

⁴¹ Toda la información presentada sobre las distintas compañías fue extraída de sus respectivos sitios web.

ABInBev cuenta con un “Código de Comunicaciones Comerciales” al que se puede acceder en: www.ab-inbev.com/pdf/CCC_guide_ES.pdf

Como ejemplo de los programas nacionales de ABInBev se pueden ver los implementados por Quilmes en Argentina y por el operador nacional: Fábricas Nacionales de Cerveza.

Quilmes en Argentina lleva adelante el programa “Vivamos Responsablemente”

Vivamos Responsablemente es un programa integral desarrollado por Cervecería y Maltería Quilmes, basado en los pilares de Educación y Consumo Responsable. El programa abarca diversas iniciativas sociales orientadas a promover el consumo y la venta responsables de alcohol a mayores de edad, contribuir a la toma de conciencia sobre la incompatibilidad de combinar las acciones de beber y conducir, y la promoción de valores saludables.

Para más información acerca del Programa, visite su sitio web haciendo [click aquí](#).

Por su parte **Fábricas Nacionales de Cervezas** lleva adelante acciones dentro de un programa con el mismo nombre “Vivamos Responsablemente”:

- Gente que vende.
- Donación de espirómetros y alcoholímetros.
- Campaña conductor responsable.
- Educación.
- Eventos.

Por más información se puede acceder al informe de Responsabilidad Social 2009-2010 de la compañía en: www.fnc.com.uy/archivos/rse_14_4_RS%202009-2010.html

Pernod Ricard

Esta compañía es co-líder mundial en producción de vinos y bebidas destiladas, tiene una amplia cartera de marcas locales e internacionales, entre las que se destacan: Chivas, Ballantines, Jameson, Havana Club, Malibú.

Para Pernod Ricard, la responsabilidad corporativa significa conciliar el desarrollo económico con justicia social y la protección del medio ambiente, todo ello como parte de un programa de mejora continua.

La política mundial de RSE de la compañía consta de dos grandes áreas: "Consumo Responsable" y "Medio ambiente".

El área de Consumo Responsable presenta los siguientes programas:

- Implementing ethical marketing strategies
- Putting the education of young people first
- Fighting against drunk driving
- Raising awareness about risks to pregnant women
- Making Pernod Ricard teams more responsible
- Establishing partnerships

Por más información ver: www.pernod-ricard.com/en/pages/173/pernod/Corporate-responsibility.html.

Esta política a nivel mundial ha tenido diferentes expresiones y aplicaciones en los distintos países según características propias y las estrategias trazadas por los subsidiarios nacionales.

En Argentina Pernod Ricard tiene un programa titulado "Beber con Moderación", lanzado hace dos años aproximadamente. El foco del mismo está puesto en:

- Recomendar un consumo moderado
- Evitar el alcohol al volante
- Sensibilizar a los jóvenes sobre los riesgos potenciales del alcohol

- Disuadir a las mujeres embarazadas
- Responsabilizar a los equipos

Por más información: <http://www.pernod-ricard.com.ar/responsabilidad-social.php>

Pernod Ricard también tiene un “Código de Comunicación Comercial” al cual se puede acceder en: www.pernodricard.com/medias/CorporateResponsibility/pernod_ricard_code_of_commercial_communications_march_2010.pdf

DIAGEO

Produce algunas de las marcas de bebidas alcohólicas más importantes del mundo: bebidas espirituosas, cerveza y vino. El porfolio de marcas de Diageo incluye 17 de las 100 principales marcas de bebidas espirituosas destiladas premium del mundo (2009), así como 8 de las 20 principales marcas de bebidas espirituosas premium. A esto se suman una amplia gama de marcas de cervezas y vinos.

Esta compañía cuenta con una plataforma web llamada “DRINKIQ” en donde pone a disposición una variedad de recursos para la promoción del consumo responsable de bebidas alcohólicas. www.drinkiq.com/es-ES/pages/home.aspx. En este sitio se pueden consultar algunas de las iniciativas de Diageo en todo el mundo para concienciar y fomentar el consumo responsable de bebidas alcohólicas.

Diageo también cuenta con un “Código de Marketing”, un “Código de auto regulación Publicitaria Digital” y un área de “Canal Responsable”, a los cuales se puede acceder en:

www.drinkiq.com/en-row/Documents/Diageo%20Digital%2005.pdf

www.drinkiq.com/es-ES/Documents/DMC%20%20spanish.pdf

<http://www.drinkiq.com/es-ES/pages/responsibility-channel.aspx>

ICAP

Por último, se considera imprescindible tener en cuenta la actuación del Centro Internacional en materia de Políticas sobre el Alcohol (Internacional Center for Alcohol Policies, ICAP- por

sus siglas en inglés). Es un centro que busca favorecer el diálogo entre los gobiernos, la industria de vinos y licores y las instituciones de salud pública para la planeación de políticas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. Con un enfoque basado en evidencias, promueve la responsabilidad y la vinculación con otras entidades interesadas.

La misión del ICAP es:

- Discernir el impacto que tiene el consumo de alcohol en la sociedad y contribuir a la reducción en el abuso de bebidas alcohólicas a nivel mundial.
- Fomentar el diálogo y vinculación entre la industria de bebidas alcohólicas, los gobiernos, las instituciones de salud pública y otras entidades interesadas.

El ICAP es una organización sin fines de lucro. Sus promotores son representantes de las diez compañías líderes en la producción de bebidas alcohólicas:

- [Anheuser-Busch InBev](#)
- [Asahi Breweries](#)
- [Bacardi-Martini](#)
- [Beam Global Spirits & Wine](#)
- [Brown-Forman Corporation](#)
- [Diageo](#)
- [Heineken](#)
- [Molson Coors](#)
- [Pernod Ricard](#)
- [SABMiller](#)
- [UB Group](#)

Por más información: www.icap.org

Principales emergentes del capítulo:

- Existe amplia experiencia internacional respecto a las políticas de responsabilidad empresarial. Sin embargo, no surge evidencia de la eficacia de las mismas.
- Presentan un excesivo foco en tránsito y poco apoyo a lo sanitario.

Acciones a desarrollar.

- Debido a la alta carga tributaria vigente, es razonable incorporar en la estrategia a los actores empresariales como posible fuente de co-financiamiento de campañas y puestos sanitarios.

6 - LAS MEJORES PRÁCTICAS

El libro de Babor y otros “El alcohol un producto no ordinario” presenta un resumen de toda la investigación acumulada y la opinión de expertos referida a las mejores prácticas y la eficacia y eficiencia de una serie de acciones. Se pretende entonces en este ítem presentar la metodología y las conclusiones presentadas por Babor como la evidencia científica que servirá de soporte para la toma de decisiones.

Selección de estrategias eficaces

Según el autor, con la gran acumulación de investigaciones fue necesario desarrollar un procedimiento sistemático para evaluar la evidencia, comparar las intervenciones alternativas y evaluar los beneficios para la sociedad de enfoques diferentes.

En base a ello, y fundamentándose en trabajos de expertos, el autor presenta un método relativamente simple para sintetizar los resultados de la revisión. La Tabla proporciona valoraciones de cada una de las 43 estrategias e intervenciones consideradas. Las valoraciones reflejan las perspectivas de consenso de los autores y están diseñadas para servir como guía a quienes quieran evaluar las fortalezas y debilidades de las diferentes opciones de política. La tabla está organizada según tres criterios principales: 1) evidencia de efectividad; 2) amplitud del respaldo de la evidencia; y 3) pruebas internacionales.

La efectividad se refiere a la probable efectividad de la intervención, reflejando la fuerza de la evidencia científica que establece si una estrategia en particular es efectiva en la reducción del consumo de alcohol y/o los problemas relacionados con el alcohol. En algunos casos, una intervención puede tener el objetivo de cambiar un resultado inmediato, como el conocimiento o actitudes sobre el consumo de un joven, o la prevención de las ventas de alcohol a los jóvenes. Se uso la siguiente escala de valoración:

- 0 La evidencia indica una falta de efectividad
- + Evidencia de efectividad limitada
- ++ Evidencia de efectividad moderada
- +++ Evidencia de un alto grado de efectividad

La amplitud del respaldo de la evidencia se ocupa del número de estudios científicos y de la consistencia de los resultados, mientras que el criterio de efectividad se ocupa de la dirección de la evidencia independientemente del número de estudios realizados. La valoración más alta fue influenciada por la disponibilidad de las revisiones y meta-análisis integradores hechos por expertos en sus respectivos campos de estudio. La amplitud del respaldo de la investigación se evaluó independientemente de la valoración de efectividad (por ejemplo, es posible que una estrategia sea calificada como baja en efectividad pero también puede tener una calificación alta en la amplitud del respaldo de la investigación). Se usó la siguiente escala:

0 No se han realizado estudios de efectividad

+ Se han completado uno o dos estudios de efectividad bien diseñados

++ Varios estudios de efectividad se han completado, a veces en diferentes países, pero no estaban disponibles las revisiones integradoras

+++ Se han completado suficientes estudios de efectividad para permitir las revisiones integradoras o meta-análisis de literatura integradora

? No se han llevado a cabo estudios de control o hay insuficiente evidencia sobre la cual emitir un juicio.

Las pruebas internacionales significan que la evidencia de una intervención particular se obtuvo de estudios realizados en diferentes países, regiones, subgrupos y clases sociales. Al evaluar la evidencia nos interesa particularmente la medida en la que las intervenciones desarrolladas y evaluadas en las economías del mercado establecido pueden transferirse a las sociedades en desarrollo. Este criterio de esta manera se ocupa principalmente de la diversidad de la geografía y las culturas dentro de las cuales se ha aplicado y probado cada estrategia. Se refiere al vigor de las pruebas internacionales o multinacionales de una estrategia así como el grado en el que una estrategia aplica a múltiples países y culturas. Se usó la siguiente escala:

• La estrategia ha sido estudiada en un solo país, pero no ha sido objeto de una replicación internacional

+ La estrategia ha sido estudiada al menos en dos países

++ La estrategia ha sido estudiada en varios países

+++ La estrategia ha sido estudiada en muchos países

Otras consideraciones relevantes que se reportan en la sección de Comentarios de la tabla incluyen el alcance a la población, el grupo objetivo de la intervención, factibilidad, efectos secundarios adversos y costo para implementar y mantener.

El alcance a la población se refiere al número de personas del grupo objetivo que pueden ser atendidas cuando se da una intervención bajo condiciones de la vida real. El grupo objetivo se refiere a la población que más probablemente será afectada por la estrategia: 1) la población general de consumidores, 2) los consumidores de alto riesgo o grupos que se consideran como particularmente vulnerables a los efectos adversos del alcohol (por ejemplo, adolescentes); y 3) personas que ya están manifestando consumo perjudicial y dependencia del alcohol.

La factibilidad es la probabilidad que tiene la intervención de ser traducida a políticas efectivas. La viabilidad puede ser evaluada en términos de consideraciones políticas (liderazgo, oposición de la industria, respaldo público), implicaciones económicas (efectividad en función de los costos y análisis de costo/beneficio) y la presencia o ausencia de efectos reactivos, como cuando la implementación de altos impuestos lleva al uso creciente del o a las importaciones ilegales.

Los efectos secundarios adversos incluyen la tendencia de algunas intervenciones de estimular las actividades delictivas como el fraude fiscal o la producción ilícita de alcohol.

El costo para implementar y sostener una estrategia se refiere al costo monetario para el gobierno para implementar, operar y sostener la misma, sin importar su efectividad. Las valoraciones de los costos pueden ser muy generales para los responsables de las políticas porque los verdaderos costos de la estrategia o intervención para el estado pueden depender de una gran cantidad de factores.

Estrategia o intervención	Eficacia	Amplitud de respaldo de investigación	Pruebas internacionales	Costo de implementación	Comentarios
Precios e impuestos					Generalmente evaluado en términos de cómo los cambios de precio afectan el consumo de alcohol a nivel de población, los problemas relacionados con el alcohol y las preferencias de bebida.
Impuestos sobre el alcohol	+++	+++	+++	Bajo	Los aumentos en los impuestos reducen el consumo de alcohol y el daño. La eficacia depende de la supervisión gubernamental y del control del suministro general de alcohol.
Precio mínimo	¿	+	0	Bajo	Lógica basada en la teoría del precio, pero existe poca evidencia de eficacia. Las reglamentaciones de competencia y las políticas de comercio pueden restringir la implementación
Prohibiciones de los descuentos de precios y promociones	¿	+	0	Bajo	Sólo estudios débiles en las poblaciones generales del efecto de las restricciones en el consumo o daño; la eficacia depende de la disponibilidad de formas alternativas de alcohol barato.
Precio diferencial por bebida	+	+	+	Bajo	Precios más altos por los licores destilados cambian el consumo a bebidas de más bajo contenido de alcohol que resultan en menor consumo en general. Evidencia del impacto del alivio tributario en los productos bajos en alcohol es sugerente, pero no completo.

Impuesto especial o adicional en refrescos de alcohol y bebidas orientadas a la juventud	+	+	+	Bajo	Evidencia de que los altos precios reducen el consumo de refrescos de alcohol de los jóvenes sin una sustitución completa; no hay estudios del impacto o daños.
Reglamentación de la disponibilidad física.					Generalmente evaluada en términos de cómo los cambios en la disponibilidad afectan el consumo de alcohol a nivel población y los problemas relacionados con el alcohol.
Prohibición en las ventas	+++	+++	+++	Alto	Puede reducir el consumo y el daño considerablemente, pero a menudo con efectos secundarios adversos del mercado negro, que es muy costoso de eliminar; Ineficaz sin aplicación.
Prohibiciones del consumo en lugares públicos	¿	+	+	Moderado	Generalmente se enfoca en consumidores jóvenes o marginalizados de alto riesgo; puede desplazar el daño sin necesariamente reducirlo.
Edad legal mínima para comprar	+++	+++	+++	Bajo	Eficaz para reducir las fatalidades de tránsito y otros daños con mínimo cumplimiento, pero la aplicación aumenta considerablemente la eficacia y el costo.
Racionamiento	++	++	++	Moderado	Los efectos son mayores en los consumidores excesivos.
Monopolio gubernamental de las ventas al menudeo	+++	+++	+++	Bajo	Manera eficaz de limitar el consumo y daño por el alcohol. Los objetivos de salud pública y orden público aumentan los efectos benéficos.
Restricciones de horarios y días de venta	++	++	+++	Bajo	Eficaces donde los cambios en los horarios de comercio reducen

					significativamente la disponibilidad del alcohol o en lugares donde los problemas como la violencia nocturna están específicamente relacionados con los horarios de venta.
Diferente disponibilidad según la concentración del alcohol	++	++	++	Bajo	En su mayoría probado en las concentraciones de cerveza.
Modificación del ambiente de consumo					Generalmente evaluado en términos de cómo la capacitación al personal, la aplicación y responsabilidad legal afectan la violencia relacionada con el alcohol y otros daños.
Capacitación al personal y políticas	0/+	+++	++	Moderado	No todos los estudios han encontrado un efecto significativo de la capacitación de RBS y las políticas internas; necesita respaldarse con aplicación para tener efectos continuos
Capacitación al personal y la gerencia para manejar mejor la agresión	++	+	++	Moderado	La evidencia está limitada actualmente a un estudio de control aleatorio y resultados favorables de los programas de componentes múltiples. Evidencia disponible en Australia, Canadá y Suecia.

Fuente: Babor et al, op.cit.

Principales emergentes del capítulo.

- Se ha recogido evidencia suficiente sobre la diferente efectividad que acumulan determinadas medidas estratégicas en el contexto internacional sobre algunas dimensiones; disponibilidad física de las bebidas alcohólicas (facilidad de acceso), impuestos y precios, permisividad para el contexto de consumo de alcohol, educación y prevención, promoción del alcohol (publicidad), control del alcohol en tránsito con sanciones importantes, detección precoz del uso problemático e intervenciones tempranas y tratamiento.
- La recomendación de los expertos a partir de la experiencia acumulada en aquellos países que han implementado estrategias nacionales sobre alcohol, refieren a que se debe actuar simultáneamente tanto sobre el consumidor problemático y grupos en riesgo, como sobre la población general y el contexto social y cultural. La presente propuesta acuerda con esta postura de intervenir tanto en el segmento específico como en su escenario, mercado y contexto.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr, D. (2009). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Policies and Programmes to Reduce the Harm caused by Alcohol. *The Lancet* 2009. Vol. 373; 2234-2246.
- Australia, Ministerial Council On Drug Strategy (2006). National Alcohol Strategy 2006-2011. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/nas-06-09>
- Babor, T. y otros. "El alcohol: un producto de consumo no ordinario" Investigación y políticas públicas. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2010.
- Canadian Centre on Substance Abuse (2007), Reducing Alcohol-Related Harms in Canada. Disponible en: http://www.nationalframework-adrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf
- Chile, Ministerio de Salud (2010). Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del Consumo de Riesgo y sus Consecuencias Sociales y Sanitarias. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/952e1e6b068b7eb6e04001011e0126c7.pdf>
- Fantin, M., Morales, C. (2007). Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, Año VIII, Número 1. 133-145.
- Giskes, K., Turrell, G., Bentley, R., Kavanagh, A. (2011). Individual and household-level socioeconomic position is associated with harmful alcohol consumption behaviours among adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Vol. 35, Issue 3, 270-277.
- Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., Lopatko, O. (2009) Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Documento preparado para el Gobierno de Australia. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/76AE6384CE9A3830CA2576BF003073F8/\\$File/DEZEM_Alcohol%20Guide_FA.pdf](http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/76AE6384CE9A3830CA2576BF003073F8/$File/DEZEM_Alcohol%20Guide_FA.pdf).
- Goldman and Bergen (1998); McGue (1999) citados por Sloan, C. et al. (2008), p. 14. Organización Mundial de la Salud. *Global Report: Alcohol Policy* (2004)
- International Center For Alcohol Policies. Factores Determinantes del Consumo de Alcohol. ICAP Issues Briefings.
- Observatorio Uruguayo de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (2006).

- Observatorio Uruguayo de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (2009).
- Observatorio Uruguayo de Drogas: Sobre ruidos y nueces: El consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia (2011)
- Observatorio Uruguayo de Drogas: Estudio sobre Consumo de Drogas en Detenidos recientes (2004).
- Observatorio Uruguayo de Drogas: "Consumo de drogas en usuarios de servicio de Urgencia del Hospital Pasteur".(2007-2010)
- Observatorio Uruguayo de Drogas: "Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en Uruguay" (2007)
- Observatorio Uruguayo de Drogas: Primer Censo Nacional de Centros de Tratamiento y Usuarios en Tratamiento (2010)
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un caso para la acción. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/A&SP.pdf>.
- Sartor, C., Lynskey, M., Bucholz, K., Madden, P., Martin, N., Heath, A. (2009). Timing of First Alcohol Use and Alcohol Dependence: Evidence of Common Genetic Influences. *Addiction*, Vol. 104, Número 9. 1512-1518.
- Sloan, C., Sayarath, V., Moore, J. (2008) Systems Genetics of Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, Vol 31, Número 1, 14-25.
- Stockley, C. (2008) Recommendations on Alcohol Consumption: An International Comparison. *Contemporary Drug Problems*, Vol. 34 Número 4, 681-714.
- World Health Organization (2004). Global Status Report: Alcohol Policy. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf
- World Health Organization (2011). Global Status Report on Alcohol and Health. Disponible http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
- World Health Organization (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf
- World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health (2011)