

Diagnóstico de
situación sobre el
consumo de
**ALCOHOL
EN ARGENTINA**
y recomendaciones para
la puesta en marcha de
políticas sanitarias

Autoridades

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Directora Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Dra. Verónica Irene Schoj

Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol

Lic. Débora Duffy

Equipo elaborador

Lic. Débora Duffy, Lic. Natalia Cotton, Dra. Analía Zanatta, Dra. Anabella Valle Ruidiaz, Lic. Leandro Amoretti y Dra. Verónica Irene Schoj, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Uso nocivo de alcohol, un problema grave de salud pública

El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo prevenibles de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), junto al consumo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física. Los cuatro factores afectan significativamente el aumento de la prevalencia de las principales ECNT que concentran la mayor carga de enfermedad en la región de las Américas, a saber: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Así, el uso nocivo de alcohol tiene graves repercusiones en la salud, a la vez que genera altos costos sanitarios y provoca efectos perjudiciales tanto para el consumidor como para quienes lo rodean y para la sociedad en general (OMS, 2015). Reciente evidencia (The Lancet, 2018) afirma que ningún nivel de consumo es beneficioso para la salud. Además, el uso nocivo de alcohol es causa de lesiones, al ser uno de los factores de riesgo principales asociado a los siniestros viales y a otras lesiones de causa externa como las producidas por violencia interpersonal, suicidio y homicidio (OMS 2018).

El uso nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de entre 15 y 49 años, franja etaria que suele ser de las más productivas económicamente (OMS, 2015). En el año 2016, implicó la muerte de 3 millones de personas, representando el 5,3% de las muertes en el mundo y el 5,1% de la carga de enfermedades y lesiones (OMS, 2018).

El consumo de alcohol ha sido identificado como un componente causal de más de 200 enfermedades y lesiones (OMS, 2015). Representa un factor de riesgo importante para la carga global de enfermedades y causa una pérdida importante de salud, incrementando el riesgo de discapacidad y mortalidad prematura por todas las causas (The Lancet, 2018; Cremonte M., 2016). A modo general, los distintos tipos de cáncer relacionados al consumo de drogas revelan una distribución según la sustancia consumida que ubica al tabaco como la primera en peso relativo (84%) seguida por el alcohol (15,9%). Se observa una mayor prevalencia de tumores malignos del esófago (46,7%), seguido por tumores malignos del estómago (22,6%), tumores malignos del labio, cavidad oral y faringe (20,6%), y finalmente tumores malignos del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (10,1%) (SEDRONAR, 2017). Existe evidencia de alto riesgo de aparición de cáncer de mama atribuible al consumo de alcohol, representando el 8,6% y el 7,3% de incidencia y mortalidad respectivamente de todos los cánceres de mama (Shield K, 2016).

De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28,7% se debieron a lesiones causadas por siniestros viales, autolesiones y violencia interpersonal; el 21,3% a trastornos digestivos, el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cáncer, trastornos mentales y otras afecciones (OMS, 2018).

Aproximadamente el 49% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental, y cerca del 40% se deben a lesiones no intencionales (OMS, 2018). Del total de muertes atribuibles a enfermedades no transmisibles, el 19% de dicho total corresponden a la categoría padecimientos Mentales, Neurológicos, por uso de Sustancias y Suicidio (MNSS). Centrándonos específicamente en la discapacidad, el uso de sustancias y el suicidio causan más de un tercio del total de los años vividos con discapacidad por cualquier causa en el país (Vigo D, et. al 2018).

Además, se identifica al alcohol como causante de problemas de salud física, como la cirrosis hepática, pancreatitis, diversos cánceres y enfermedades cardiovasculares así como de lesiones (Baan et al., 2007; Shield, Parry & Rehm, 2013). Evidencia reciente considera que el uso nocivo de alcohol contribuye a aumentar la carga de morbilidad asociada a enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la tuberculosis y las de transmisión sexual, debido por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y, por otro, a que la embriaguez obstaculiza la adherencia de las personas al tratamiento con antirretrovirales (Lönnroth et al., 2008; Rehm et al., 2009; Baliunas et al., 2010; Azar et al., 2010).

Asimismo, el consumo de bebidas alcohólicas causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir lesiones y el consumo de alcohol puede ocasionar daños transgeneracionales por exposición prenatal y a terceros. En otras palabras, el uso nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (Anderson et. al., 2006; Sacks et al., 2013). El grado de riesgo por consumo de alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (OMS, 2010).

El rol del alcohol como un factor de riesgo en la producción de siniestros viales se encuentra reconocido a nivel mundial. Se estima que un millón de muertes por traumatismos fueron atribuibles al alcohol, lo que incluye alrededor de 370.000 muertes por traumatismos causados por el tránsito, 150.000 por autoagresión y cerca de 90.000 por violencia interpersonal. De los traumatismos causados por el tránsito, 187.000 muertes atribuibles al alcohol se produjeron en personas distintas de los conductores (OMS, 2018).

El uso nocivo del alcohol también genera costos económicos que han sido clasificados en tres grandes categorías: costos directos referidos a las erogaciones en que incurren las distintas instituciones (sistema de salud, sistema policial, justicia penal, protección social, etc.) para cubrir hospitalizaciones, atención ambulatoria y domiciliaria, medicamentos, tratamiento psicológico, daños a la propiedad por accidentes y conflictos con la ley, detenciones de vehículos, etc. La segunda categoría refiere a los costos indirectos atribuibles a la pérdida de

productividad por el ausentismo, la reducción de ganancias potenciales y los años de trabajo perdidos por muerte prematura o discapacidad que genera la dependencia al alcohol. Finalmente, la tercera categoría contempla los costos intangibles; aquellos atribuidos al dolor, sufrimiento y deterioro en la calidad de vida como consecuencia del uso indebido de bebidas alcohólicas (Anderson et al, 2009). Según la OMS, los países de ingresos altos y medios gastan alrededor del 1% de su PBI, por las consecuencias del uso nocivo de alcohol (OMS/OPS, 2015).

La causa de muerte clasificada por el CIE-10 como “agresiones” incluye aquellas lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio. Estos casos, son considerados sólo parcialmente atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas. **La ingesta de alcohol en la niñez y adolescencia, es un factor de especial preocupación dado que genera consecuencias negativas inmediatas y mediatas.** En lo inmediato, el consumo temprano de alcohol provoca accidentes domésticos, mayores probabilidades de violencia en el hogar y entre pares, conductas sexuales de riesgo, exposición a sufrir accidentes y lesiones, entre otras. Otra consecuencia, es que expone a los niños, niñas y/o adolescentes que consumen, al riesgo de desarrollar problemas con el alcohol en la edad adulta. Específicamente, se ha observado una relación significativa, positiva y lineal entre la edad de inicio del consumo de alcohol y la probabilidad de desarrollar abuso y dependencia hacia la sustancia. En otras palabras, la iniciación temprana embarca a los adolescentes en trayectorias de consumo problemático y riesgoso y se constituye como un factor de vulnerabilidad para la ingesta abusiva de alcohol en el futuro. Esto se ha llamado efecto de “iniciación” o “debut temprano” (Pedersen y Skrondal, 1998). Otros investigadores (Grant y Dawson, 1997) encontraron que los sujetos que se habían iniciado en el consumo de alcohol antes de los 15 años poseían cuatro veces más posibilidades de desarrollar dependencia que los que habían comenzado luego de los 21 años, y casi siete veces más riesgo de sufrir lesiones como consecuencia de un siniestro vial o una pelea (OMS, 2015). La predisposición genética es un factor a tener en cuenta, y potenciaría los efectos ya de por sí facilitadores ejercidos por la iniciación temprana sobre el consumo de alcohol y sus problemas asociados (Pilatti y cols., 2013).

Además, a diferencia de los efectos en adultos, el consumo adolescente dificulta la maduración del sistema nervioso central, puede ocasionar problemas de memoria y aprendizaje, repercutiendo en el rendimiento escolar, predispone a padecer alteraciones en el crecimiento y en la maduración sexual (Pilatti y cols., 2013).

Proceso de elaboración del presente documento

A principios del año 2019, luego de aprobarse la resolución 84/2019, que resolvió que la Coordinación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol quedara a cargo de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (DNPSyCECNT), se inició una revisión de la evidencia científica disponible acerca de las políticas de control del uso nocivo de alcohol y se realizó un mapeo y análisis de la normativa nacional y provincial en la temática.

El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol elaboró un documento borrador que incluyó los siguientes contenidos: información sobre la dimensión del problema sanitario y social del consumo de alcohol a nivel mundial y nacional, información proveniente de las nuevas encuestas epidemiológicas desarrolladas en Argentina 2018, tanto en adultos como en adolescentes, en relación al consumo de alcohol, revisión de la bibliografía y de los estándares internacionales en materia de políticas públicas efectivas y costoefectivas para reducir el uso nocivo de alcohol. Asimismo, se realizó un análisis de la normativa nacional y provincial en Argentina a la luz de dichos estándares internacionales. Finalmente, el documento incluyó un conjunto de recomendaciones para la puesta en marcha de medidas en el país.

El documento borrador y la evidencia de respaldo fueron compartidos y discutidos con los miembros del **Consejo Asesor** del Programa, en el marco de encuentros realizados los días 6 de Junio, 14 de Agosto y 10 de Octubre de 2019. El **Consejo Asesor** está integrado por varias dependencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y la Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables); y por otras instituciones gubernamentales como el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Transporte: Agencia Nacional de Seguridad Vial y La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Asimismo el Consejo está integrado por organismos internacionales como Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y por organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas y académicas: Fundación Interamericana del Corazón Argentina (FIC); Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Fundación INTERCAMBIOS; Equipo de Promoción para la Prevención Intersectorial del Consumo de Alcohol (EPPICA); Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC); Asociación Toxicológica Argentina (ATA); Sociedad Argentina de Medicina (SAM); Sociedad Argentina de Pediatría (SAP); Grupo de Investigación en Sustancias Piscoactivas y Lesiones por Causa Externa del Instituto de Psicología Básica, aplicada y Tecnología (IPSIBAT) de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Laboratorio de Alcohol, Ontogenia y Aprendizaje del Instituto de Investigación

Médica Mercedes y Martín Ferreyra de la Universidad Nacional de Córdoba y el Observatorio de Derecho y Salud de la Universidad de Buenos Aires.

Desde la Creación e inicio de actividades del Consejo Asesor, se mantuvo un intercambio permanente con estas organizaciones, tanto de manera presencial como virtual. Se discutió el documento borrador, se recogieron recomendaciones, sugerencias de cambio, bibliografía recomendada, para llegar a la versión final.

Situación epidemiológica en la Argentina acerca del uso nocivo de alcohol y sus efectos en la salud pública

Uruguay y Argentina encabezan el ranking del total de alcohol consumido en la región. En nuestro país se registran datos de consumo de 9,8 litros de alcohol puro per cápita, para un promedio regional de 8 litros y con proyecciones en aumento para el año 2025 (OMS, 2018).

De acuerdo a los datos publicados por SEDRONAR en el 2017, el 8% de las enfermedades cardiovasculares son atribuibles al consumo de alcohol.

Conforme con cifras oficiales, la edad de inicio de consumo de alcohol en Argentina es en promedio 13 años. En los últimos tiempos, y acompañando la tendencia internacional, se evidenciaron cambios en la modalidad y patrón de consumo de bebidas alcohólicas que se manifiestan en una edad de inicio cada vez más temprana y el aumento de la prevalencia de la ingesta en mujeres (achicándose la brecha con los varones) y el registro, en ambos sexos, de un mayor consumo los fines de semana y durante períodos cortos de tiempo (SEDRONAR, 2017).

Según datos de la Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2018), el 77,1% de los adolescentes de 13 a 15 consumió alcohol por primera vez antes de los 14 años de edad (presenta un aumento de prevalencia respecto del valor relevado por la Primera Edición de la misma encuesta en el año 2007 del 72,8%). Además, 7 de cada 10 adolescentes de entre 13 y 15 años compraron bebidas alcohólicas de acuerdo a la última edición de la EMSE pese a la prohibición de venta a menores que establece la ley.

El patrón de consumo instalado entre los jóvenes es el denominado Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) o "binge drinking" el cual se define como el consumo de 2 o más tragos bebidos en una ocasión en los últimos 30 días. Este patrón de consumo duplicó su prevalencia del 35,3% entre la EMSE - 2007 a 62,9% en la Segunda EMSE - 2012, sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes varones y mujeres. En la Tercera EMSE - 2018, siguiendo con el CEEA, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la edición de 2012 (62,9% contra 63,1% en 2018) aunque sí se observa un incremento relativo del consumo en mujeres respecto de los varones, que no se evidenció en la edición anterior de la encuesta. Las chicas consumieron consistentemente más alcohol que los varones lo cual se pone de manifiesto en varios indicadores de la EMSE (2018): en el CEEA 65,4% vs. 60,4%; en la borrachera alguna vez en la vida 30,7% vs. 26,1%, como en el consumo de al menos una bebida en el último mes 50,3% vs. 44,9%, en las chicas y varones respectivamente.

Datos Comparativos del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) según las tres ediciones de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE*), 2007,2012, 2018.

* EMSE 2007 cuenta con representatividad a nivel nacional a diferencia de la EMSE 2012 y EMSE 2018, que presenta representatividad nacional y provincial.

Simultáneamente al consumo en adultos, el CEEA definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días, aumentó en los últimos años. Según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2018) el CEEA en los últimos 30 días fue de 13,3% a nivel nacional. Se evidenció un crecimiento del indicador respecto de la anterior edición de la encuesta, con un aumento relativo del 27,9% respecto de la ENFR (2013), donde el CEEA fue de 10,4%.

En la ENFR (2018), al analizar el CEEA según variables sociodemográficas, se evidenció una amplia diferencia según sexo: el CEEA en varones (20,7%) resultó 3,2 veces mayor que en mujeres (6,5%). En cuanto a la edad, se observó un gradiente descendiente a mayor edad, y una diferencia 5 veces mayor en el consumo de los adultos jóvenes (18-24 años: 20,7%) respecto de los de 65 años y más (4,3%). No se registraron diferencias según quintil de ingresos.

Otro indicador relevante para monitorear el consumo poblacional de alcohol es el consumo de alcohol regular de riesgo (CARR) que se define como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días. De acuerdo a la 4ta ENFR, el CARR en los últimos 30 días fue de 8,4% manteniéndose estable respecto de la 3° edición de la ENFR (7,8%). El indicador resultó mayor entre varones respecto de mujeres y en los rangos etarios 18 a 24 años y 25 a 34 años respecto de los otros tres grupos de edad. No se evidenciaron diferencias en el resto de las variables sociodemográficas.

Perspectiva de protección de derecho a la salud en las políticas de reducción del consumo nocivo de alcohol

Uno de los principales desafíos que tienen los estados para garantizar el desarrollo y el crecimiento de sus países, es asegurar que los habitantes cuenten con una calidad de vida y condiciones sanitarias suficientes para impulsar ese desarrollo. El derecho a la salud, resulta crucial como marco para la elaboración y planificación de políticas públicas que afrontan ese desafío. Este derecho se encuentra reconocido y regulado en una multiplicidad de declaraciones, pactos y convenciones internacionales suscriptas por la mayoría de los estados, incluyendo a la Argentina.

Con la Reforma Constitucional de 1994, varios de estos instrumentos internacionales de Derechos Humanos se incorporaron a nuestro ordenamiento jurídico a través del artículo 75, inciso 22. Son múltiples las normas internacionales que hacen alusión al derecho a la salud de forma específica, a modo de ejemplo: en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*; el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud, por el cual se reconoce *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*; inciso IV, apartado E, del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; apartado F, párrafo 1, de los artículos 11 y 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, etc.

Es de suma importancia la labor de dos Comités internacionales: el de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes –Comité NNyA- y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Comité DESC-.

Respecto a la labor del Comité DESC, existen dos Observaciones Generales que resultan relevantes para la agenda del consumo de alcohol:

a) Nº 14: EL DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD (artículo 12).

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Para ello, es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan

los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud.

b) N° 24 SOBRE LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS EN VIRTUD DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN EL CONTEXTO DE LAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES.

Las empresas desempeñan un papel importante en el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales, entre otras cosas por su contribución a la creación de oportunidades de empleo y —mediante la inversión privada— al desarrollo. No obstante, a menudo el Comité DESC se ha encontrado con situaciones en que, a raíz del incumplimiento por los Estados, en el marco de sus competencias, de normas y disposiciones de derechos humanos internacionalmente reconocidas, las actividades empresariales han tenido repercusiones negativas en los derechos económicos, sociales y culturales.

En cuanto a la labor del Comité de Derechos de NNyA, es pertinente las siguientes Observaciones Generales:

a) N° 4: LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

La Convención sobre los Derechos del Niño define al niño como “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (art. 1). En consecuencia, los adolescentes de hasta 18 años de edad son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención; tienen derecho a medidas especiales de protección y, en consonancia con la evolución de sus facultades, pueden ejercer progresivamente sus derechos (art. 5).

El Comité entiende que las ideas de “salud y desarrollo” tienen un sentido más amplio que el estrictamente derivado de las disposiciones contenidas en los artículos 6 (Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo) y 24 (Derecho a la salud) de la Convención. Uno de los principales objetivos de esta Observación General es precisamente determinar los principales derechos humanos que han de fomentarse y protegerse para garantizar a los adolescentes el disfrute del más alto nivel posible de salud, el desarrollo de forma equilibrada y una preparación adecuada para entrar en la edad adulta y asumir un papel constructivo en sus comunidades y sociedades en general.

Como reconoció la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993 y repetidamente ha reafirmado el Comité, los derechos de los NNyA son también indivisibles e interdependientes. Además de los artículos 6 y 24, otras disposiciones y principios de la Convención son relevantes para garantizar a los adolescentes el pleno disfrute de sus derechos a la salud y al desarrollo.

El Comité se muestra preocupado por la influencia ejercida en los comportamientos de salud de los adolescentes por la comercialización de productos y estilos de vida no saludables. De acuerdo con el artículo 17 de la

Convención, se insta a los Estados Partes a proteger a los adolescentes contra la información que sea dañina para su salud y desarrollo recalcando su derecho a información. Se insta en consecuencia a los Estados Partes a regular o prohibir las estrategias de publicidad y promoción relativa a sustancias como el alcohol y el tabaco, como se propone en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003) de la Organización Mundial de la Salud.

b) N° 15: SOBRE EL DERECHO DEL NIÑO AL DISFRUTE DEL MÁXIMO ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

La Convención reconoce la interdependencia y la igualdad de importancia de los distintos derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que permiten a todos los NNyA desarrollar su capacidad mental y física, su personalidad y su talento en la mayor medida posible. El derecho de los NNyA a la salud no solo es importante en sí mismo; la realización del derecho a la salud es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención. A su vez, el logro del derecho a la salud depende de la realización de otros muchos derechos enunciados en la Convención.

Los niños necesitan información y educación sobre todos los aspectos de la salud para poder adoptar decisiones fundamentadas en relación con su estilo de vida y el acceso a los servicios sanitarios. La información y la preparación para la vida cotidiana deben abordar una amplia gama de asuntos relativos a la salud, entre ellos los hábitos alimenticios saludables y la promoción de la actividad física, el deporte y el esparcimiento; la prevención de accidentes y lesiones; el saneamiento, lavarse las manos y otras prácticas de higiene personal; y los peligros del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.

De la lectura de las Observaciones Generales del Comité de Derechos de los NNyA puede verse que las ECNT son de real preocupación para dicho órgano, como así también, la preocupación de que los NNyA crezcan recibiendo información que los construya como adultos futuros, en entornos que propicien hábitos de vida saludable. Con miras a lograr este objetivo, el Comité de NNyA recomienda fuertemente a los Estados abstenerse de anunciar, comercializar y vender tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas a NNyA.

Asimismo, con la Reforma de la Constitución Nacional de 1994, se incorporó el artículo 42, el cual refiere que los consumidores y usuarios tienen derecho, en sus relaciones de consumo, a la protección de la salud y establece la obligación para las autoridades públicas de hacer lo conducente para garantizar esa protección. En este orden de ideas, en tanto constituye un problema de salud pública, el uso nocivo de alcohol requiere del Estado Argentino políticas públicas que desde una perspectiva sanitaria y bajo un enfoque global de derechos, permitan garantizar la salud de sus ciudadanos, derecho por el cual se comprometió a respetar y garantizar hasta el máximo de los recursos disponibles ante la comunidad internacional.

Es un hito de suma importancia que, en diciembre de 2017, en el ámbito del MERCOSUR, los Estados miembros y asociados hayan firmado una Declaración

de Ministros de Salud acerca del uso nocivo de alcohol como factor de riesgo. Dicho compromiso fue asumido por el Estado Argentino junto con Chile, Brasil, Uruguay y Paraguay. El compromiso insta a los Estados a poner en agenda prioritaria el uso nocivo de alcohol como un grave problema de salud pública y a tomar medidas integrales para reducir la prevalencia del consumo de alcohol entre ellas: establecer prohibiciones a la publicidad y promoción; medidas fiscales; restricciones a la disponibilidad de bebidas con alcohol; fiscalización del control de venta a menores de 18 años; rotulados y advertencias; establecer un límite máximo de alcohol en sangre al conducir con la consecuente fiscalización y control; colaborar en la vigilancia y prevención del uso nocivo de alcohol utilizando indicadores comunes; intercambio de información y de estrategias entre los países miembro y políticas intersectoriales de atención integral a los usuarios dependientes de alcohol, entre otras.

Asimismo, es dable mencionar que durante 2019, bajo la presidencia de Argentina, los Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados se hayan pronunciado sobre la priorización de la salud en todas las políticas para prevenir y controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En dicha Declaración se resalta que es de tal magnitud la preocupación por el aumento de las ECNT, que la Organización de las Naciones Unidas ha realizado tres Reuniones de Alto Nivel correspondiente a los años 2011, 2014 y 2018 para consensuar políticas internacionales en la materia y que en el año 2015 las ENT se incluyeron en la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. En el Objetivo N°3 de dicha agenda, los Estados acordaron: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; y en las metas: 3.4 “Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; 3.5 “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”. También, dicha Declaración recuerda que en la 8va Conferencia Mundial de la OMS sobre Promoción de la Salud del año 2013 se identificó a la acción intersectorial y a la política pública saludable como elementos centrales para la promoción de la salud, el logro de la equidad en salud y la realización de la salud como un derecho humano y que la salud de las personas no es sólo una responsabilidad del sector de la salud, sino que también abarca cuestiones políticas más amplias como el comercio y la política exterior; exigiendo coherencia intersectorial en el diseño e implementación de las políticas (OMS, 2018. Es Hora de Actuar).

El enfoque de la “salud en todas las políticas” es un abordaje de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos, que toma en cuenta sistemáticamente las consecuencias de las decisiones políticas y económicas, busca sinergias y evita impactos dañinos para la salud; bajo una lógica de coherencia política, libre de conflictos de intereses.

Estrategia mundial. Estándares regulatorios basados en evidencia científica

En los últimos años se ha acumulado un corpus sustancial de conocimientos sobre viabilidad y costoeficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol, dando lugar al planteo de una estrategia mundial (OMS, 2010).

A nivel internacional, y desde la perspectiva de las ECNT, los estándares y lineamientos propuestos para la prevención y control del uso nocivo de alcohol se encuentran incluidos a la Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (OPS, 2011), la cual posee cuatro líneas estratégicas:

1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ECNT).
2. Identificación de factores de riesgo y factores protectores de las ECNT y respuestas a través de políticas de alcance poblacional.
3. Respuesta de los sistemas de salud a las ECNT y sus factores de riesgo.
4. Vigilancia e investigación de las ECNT.

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (OPS, 2011), impulsa el abordaje de los factores de riesgo con intervenciones e instrumentos de base poblacional, basadas en la evidencia e intervenciones costoefectivas, prestando especial atención a los niños, niñas y adolescentes y las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

En vías de sistematizar los lineamientos estratégicos, la Organización Mundial de la Salud publicó un paquete de medidas que se resumen con la sigla “SAFER” (OMS 2018) cuyas iniciales indican las 5 políticas más costoefectivas basadas en evidencia para reducir el uso nocivo de alcohol. Estas medidas son:

- Fortalecer las restricciones del acceso y disponibilidad del alcohol (S).
- Garantizar medidas de control del alcohol al conducir (A).
- Garantizar la detección precoz, el consejo breve y el tratamiento en personas con consumo nocivo de alcohol en el sistema de salud (F).
- Implementar prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas (E).
- Aumentar los impuestos selectivos para incrementar los precios de las bebidas alcohólicas (R).

Las mismas, buscan proporcionar una guía orientada a la acción para la implementación a nivel país de un número acotado de acciones estratégicas de alto impacto para reducir el uso nocivo de alcohol, especialmente en los más jóvenes, y basadas en las intervenciones más costoefectivas.

Siguiendo el ejemplo exitoso de MPOWER para control del tabaco y otros paquetes técnicos, SAFER proporciona una guía orientada a la acción para la

implementación a nivel país de un número reducido de acciones estratégicas de alto impacto basadas en las intervenciones más costoefectivas.

Otro documento que analiza la costoefectividad de las políticas para la prevención y control de las ECNT (“Best buys” OMS, 2017), en su capítulo sobre políticas para el control del uso nocivo de alcohol establece que las políticas más costo efectivas son: el aumento de impuestos a las bebidas alcohólicas, las prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio de bebidas y la restricción del acceso a los menores de edad. A continuación se describen las mencionadas políticas.

Restricciones al acceso físico a bebidas con alcohol

Diversos estudios demuestran que la regulación de las horas, días y densidad de puntos de venta de alcohol (Campbell, et al., 2009; Popova et al., 2009; Sherk et al., 2018) son acciones costo efectivas que pueden llevarse adelante a nivel local pero necesariamente complementadas con medidas para prevenir el alcohol de producción ilícita o informal (OMS, 2017). La elevación de la edad legal nacional para comprar y consumir alcohol (Wagenaar & Toomey, 2002) también es una estrategia efectiva para reducir los daños relacionados a su consumo, como por ejemplo las lesiones por siniestralidad vial (Shults et al., 2001).

Análisis recientes confirman que la regulación de la disponibilidad física del alcohol (en particular, la restricción de horarios comerciales y licencias gubernamentales) también se asocia con un menor consumo en países de ingresos bajos y medios (Cook, Bond & Greenfield, 2014). Estas estrategias prevén medidas esenciales para evitar el acceso fácil por parte de grupos en situación de mayor vulnerabilidad o de alto riesgo. La disponibilidad comercial y pública puede influir a su vez en la disponibilidad social del alcohol y contribuir así, a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso nocivo del mismo (OMS, 2010).

La estrategia global (OMS, 2010) recomienda implementar sistemas de licencias para monitorear la producción, venta al por mayor y servicio; regular el número y ubicación de puntos de venta al por menor; regular las horas y días en los cuales puede ser vendido; establecer una edad mínima legal para la compra y consumo; y la restricción del consumo de bebidas alcohólicas en lugares públicos.

Control de alcohol al conducir

Las lesiones y defunciones asociadas a la conducción bajo los efectos del alcohol son prevenibles y constituyen un ejemplo claro del daño a terceros que provoca el consumo del alcohol. La imposición de un grado máximo de alcoholemia permitido, cuando se hace cumplir con intervenciones para eliminar la conducción bajo los efectos del alcohol como los puestos de control y las pruebas de aliento aleatorias (de jurisprudencia nacional, provincial y municipal según corresponda), es una medida costo-eficaz y puede reducir significativamente las lesiones causadas por el consumo de alcohol (OMS, 2017). Numerosas revisiones sistemáticas apoyan el uso de puestos de control de alcoholemia para reducir los daños causados por el consumo de alcohol (Bergen et. al., 2014; Shults et. al., 2001; Peek-Asa, 1999).

La estrategia mundial recomienda, para el control de alcohol al conducir, intervenir con el establecimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre, que debe ser más bajo para los conductores profesionales y los conductores jóvenes o novatos; incremento de los puntos de control y las pruebas de alcoholemia aleatorias; suspensión administrativa del permiso de conducir; licencias de conducir graduada para conductores novatos con valor “cero” para alcohol al volante; programas obligatorios de formación, asesoramiento y, cuando proceda, de tratamiento de conductores; organización de campañas de concienciación e información pública en apoyo de la política adoptada y con el fin de potenciar el efecto disuasorio general; organización de campañas orientadas a situaciones concretas, como periodos de vacaciones, o un público determinado, como los jóvenes (OMS, 2010).

Acceso a servicios de salud para detección y tratamiento

Los profesionales de atención primaria deben tener la capacidad y las condiciones de trabajo adecuadas para la detección sistemática de todos los pacientes con patrones problemáticos de consumo de alcohol, para realizar intervenciones breves psicosociales y derivar a los pacientes de riesgo a tratamientos más intensivos cuando resulte apropiado. Las intervenciones breves pueden ser eficaces para reducir el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales relacionados. Están dirigidas sobre todo a los bebedores de riesgo pero que no necesariamente sufren un trastorno debido al consumo de alcohol y por tanto requieren un tratamiento menos intensivo.

La estrategia mundial (OMS, 2010) recomienda intervenciones afines a: ampliación de la capacidad de los sistemas de salud y bienestar social para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol o inducidos por el alcohol y afecciones comórbidas, con inclusión de servicios de apoyo y tratamiento para las familias afectadas; y respaldo de las actividades y los programas de ayuda mutua o autoayuda; apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el uso nocivo de alcohol en la atención primaria de salud y otros entornos (esas iniciativas deben incluir la identificación precoz y la gestión del consumo nocivo de alcohol entre las embarazadas y las mujeres en edad de procrear); refuerzo de la capacidad para prevenir y detectar los casos de personas y familias que viven con el síndrome alcohólico fetal y toda una serie de trastornos asociados, y para llevar a cabo las intervenciones adecuadas; desarrollo y coordinación eficaz de estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas, incluidos los trastornos por consumo de drogas, la depresión, los suicidios, el VIH/sida y la tuberculosis; logro del acceso universal a la salud, en particular mediante un aumento de la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de tratamiento; creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol, con mecanismos de presentación de informes periódicos; provisión de servicios de salud y sociales culturalmente adaptados cuando proceda.

Restricciones integrales a publicidad, promoción y patrocinio de bebidas con alcohol

La publicidad, la promoción y el patrocinio (PPP) de productos influyen sobre la conducta de consumo de alcohol (Oei y Morawska, 2004). Numerosos estudios muestran el impacto de la exposición a la PPP de las bebidas alcohólicas en el consumo en jóvenes, llevando a una iniciación más temprana, a beber mayores cantidades si ya están consumiendo y a un consumo excesivo, lo cual se encuentra asociado a una mayor receptividad de esta población al marketing (Anderson et. al, 2009; Jernigan et. al., 2016). Al mismo tiempo, altera las expectativas y creencias acerca de consumir bebidas alcohólicas (Jones-Webb et. al, 1997). No solo preocupa el contenido de marketing del alcohol, sino también la magnitud de la exposición de los jóvenes (Bonomo et. al, 2001). Los adolescentes y jóvenes son la población objetivo de la mayor cantidad de campañas publicitarias en lo que refiere al marketing de bebidas alcohólicas, por lo que éstos serían más propensos a estar expuestos a dichas publicidades y a sus efectos (Caswell, 2004 y Noguero, 2005).

Las restricciones integrales de PPP son una de las tres mejores intervenciones para control del alcohol (OMS, 2017) que puede llevar adelante los gobiernos estableciendo marcos regulatorios para el contenido y el volumen de publicidad directa o indirecta incluyendo las estrategias tradicionales como las nuevas técnicas como el marketing directo y el uso de las redes sociales entre otras (OMS, 2010; OMS, 2011). La estrategia global recomienda implementar sistemas de vigilancia eficaces para garantizar el cumplimiento de dichas restricciones y el establecimiento de regímenes administrativos y disuasorios eficaces para aplicar multas ante las infracciones (OMS, 2010).

Es interesante destacar que si bien las restricciones parciales y la auto-regulación de la industria son las formas más habituales de regulación en la región, estas son ineficaces y difíciles de hacer cumplir, sobre todo en los nuevos entornos integrales de comunicación (OMS, 2010). Sólo medidas de prohibición total de toda forma de PPP han demostrado reducir la exposición al marketing de alcohol y prevenir el uso nocivo de alcohol.

Aumento de los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas

El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces que pueden llevar adelante los gobiernos para reducir el uso nocivo del alcohol (OMS, 2010). Este tipo de políticas afectan a todos los aspectos del consumo de alcohol, incluidas la prevalencia, la frecuencia y la intensidad, así como a muchas de las consecuencias del consumo excesivo (Wagenaar et. al., 2009). Al igual que otras medidas como la edad mínima y las restricciones sobre la publicidad, el alza de precios tiene una repercusión mayor sobre el consumo de los jóvenes siempre y cuando esté acompañada de una administración tributaria eficaz y combinada con medidas para prevenir la elusión y evasión fiscal.

Las políticas fiscales reducen el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, detienen la progresión hacia la ingesta de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercen influencia en las preferencias de los consumidores (OMS, 2010).

La estrategia mundial recomienda el establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida; la revisión periódica de los precios en función de la inflación y de los ingresos; la prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, descuentos, precios inferiores al costo y precios únicos que promueven beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades; la fijación de precios mínimos para el alcohol, cuando proceda; la facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas; y la disminución o interrupción de las subvenciones destinadas a los operadores económicos en el ramo del alcohol (OMS; 2010). Hay varios argumentos económicos favorables al gravamen del alcohol. En primer lugar, el objetivo parafiscal, destinado a compensar los daños atribuibles al consumo de alcohol. El alcohol no debe considerarse como un producto de primera necesidad (Babor et al. 2010). En segundo lugar, los impuestos sobre el alcohol son efectivos para reducir el consumo y los daños a nivel de la población. Puesto que las personas de ingresos bajos sufren más los efectos perjudiciales por litro de alcohol consumido, los impuestos pueden contribuir al proteger a los grupos más vulnerables. Por último, los impuestos sobre el alcohol son una manera eficaz de recaudar ingresos para el Estado (OMS, 2015).

Advertencias sanitarias en los envases

Adicionalmente a las cinco estrategias recomendadas en el paquete técnico SAFER, el etiquetado de bebidas con alcohol es un componente de la estrategia integral de salud pública para reducir el daño relacionado con el alcohol (OMS, 2010). La oficina regional europea de la OMS publicó un documento de discusión sobre políticas de etiquetado de bebidas con alcohol en el que destaca la importancia de esta intervención para crear conciencia y su utilidad, a largo plazo, para ayudar a establecer una comprensión social de la nocividad del alcohol (OMS Europa, 2017). Los mensajes de salud en las etiquetas pueden aumentar el conocimiento y fomentar un cambio en la percepción de los riesgos asociados al consumo de alcohol: sobre el propio daño físico, pero también los mensajes pueden advertir específicamente sobre los peligros de consumir alcohol durante el embarazo, al conducir un vehículo, siendo menor de edad, operando maquinaria o tomando ciertos medicamentos. Al igual que en los productos de tabaco, las advertencias sanitarias pueden tener un formato y diseño estándar, independientemente de la marca de la bebida con alcohol, para asegurar una mejor visibilidad (OMS Europa, 2017).

Existe un amplio consenso en la literatura de que esta información puede mejorar el conocimiento, aumentar la conciencia y promover el debate sobre las consecuencias perjudiciales para la salud. Además, no se han demostrado efectos negativos. Sin embargo, las pruebas relativas al impacto en el comportamiento de los bebedores es controvertido. La efectividad relativamente baja reportada por los investigadores parece deberse principalmente a ciertas características de la forma en que se presenta la información, como un contenido textual inadecuado, mala visibilidad de la advertencia por la posición, color y tamaño y falta de contenido pictórico para ilustrar las consecuencias del alcohol (Babor et al, 2010). A la vez, hay evidencia de que las etiquetas de advertencia impactan en las percepciones, el conocimiento, la concientización, las intenciones pero en el mejor de los casos, se puede concluir que su influencia en el consumo es incierta (Babor, 2010). Algunos trabajos (Kaskutas y Greenfield 1992; Greenfield y Kaskutas 1998; Greenfield et al. 1999) enuncian que las etiquetas de advertencia aumentan el conocimiento respecto a los riesgos del manejo en estado de ebriedad y del consumo durante el embarazo entre algunos grupos (por ejemplo, consumidores leves) y generan más conversaciones sobre los riesgos entre los consumidores frecuentes, incluyendo a adultos jóvenes (Kaskutas y Greenfield 1997; Greenfield y Kaskutas 1998).

Varios de los estudios sobre etiquetas de advertencia se han enfocado en los jóvenes. Un estudio de MacKinnon et. al. (1993), en el cual se evaluó estudiantes con un promedio de 17 años de edad, el primer año después de que se introdujeron las etiquetas de advertencia, reportaron aumentos en la concientización, exposición y reconocimiento de etiquetas de advertencia. Sin embargo, no hubo cambios sustanciales en el uso de alcohol o en las creencias sobre los riesgos contenidos en las etiquetas. El estudio experimental realizado por Snyder y Blood (1992) incluyó una muestra de 159 estudiantes

universitarios que vieron seis anuncios diferentes de productos de alcohol, algunos con la advertencia oficial y otros sin ella. Las advertencias no aumentaron las percepciones de riesgo del alcohol, y hasta podrían haber hecho que los productos fueran más atractivos para los consumidores. Por lo tanto, las investigaciones sobre etiquetas de advertencia no demuestran que la exposición produzca un cambio en la conducta de consumo per se. Andrews (1995) concluye que las etiquetas de advertencia no son significativamente efectivas en la prevención del uso de alcohol de los consumidores excesivos. Otras revisiones (Agostinelli y Grube 2002, MacKinnon, 2001) concluyen que existe poca evidencia de que las etiquetas de advertencia del alcohol tengan efectos mensurables en las conductas de consumo. Una revisión hecha por MacKinnon y Nohre (2006) refiere que no existe evidencia convincente en lo relativo al efecto de las etiquetas de advertencia del alcohol sobre la conducta de consumo de alcohol en general, y en el manejo tras haber consumido. En los estudios que analizan, hay poca evidencia de que el consumo de alcohol haya disminuido como resultado de las etiquetas de advertencia. Concluyen que las personas están conscientes de las etiquetas de advertencia, que las han visto, siendo este efecto más notorio entre los consumidores frecuentes de alcohol y a la vez observaron que un cambio en el diseño de las etiquetas podría mejorar el reconocimiento (Mackinnon & Nohre, 2006).

Por lo enunciado anteriormente, las recomendaciones en torno al etiquetado de bebidas alcohólicas son heterogéneas. El estudio realizado por Martin-Moreno (2017), concluye que los consumidores se benefician con la inclusión de la lista de ingredientes, información nutricional, cantidad de producto y advertencias sanitarias. Por esto, proponen como estrategia combinar con otras políticas sanitarias para reducir el uso nocivo de alcohol.

Por último, son sabidos los efectos nocivos del consumo de alcohol durante el embarazo, en su mayoría englobados dentro el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). El presidente ejecutivo de FARE (Foundation for Alcohol Research and Education) Michael Thorn en torno al etiquetado de advertencias dirigido a mujeres embarazadas refirió, que una etiqueta de advertencia que no crea conciencia sobre el daño que el alcohol causa a los bebés no nacidos es irrelevante para las consumidoras. El informe realizado advirtió que si bien la norma social prevaleciente es que las mujeres eviten el alcohol durante el embarazo, algunas creyeron que consumir pequeñas cantidades de alcohol ocasionalmente no puede considerarse perjudicial, y que para algunos la versión de texto de las etiquetas de advertencia actuales utilizadas por la industria refuerza esta idea falsa. El informe concluye que las etiquetas de advertencia podrían mejorarse combinando el pictograma con un texto para comunicar mejor las posibles consecuencias del consumo de alcohol de tal forma que desafíe de manera creíble las creencias existentes. El informe también evidenció que mejorar el tamaño, la posición y la presentación (por ejemplo, en términos de color, contraste, etc.) de la advertencia también podría atraer una mayor atención de los consumidores por lo que más investigaciones son necesarias (Fare, 2018).

Otras investigaciones, han concluido que la introducción de una etiqueta de advertencia en los envases de alcohol puede ser eficaz para aumentar la conciencia de los riesgos asociados con el consumo de alcohol en el embarazo, sin embargo, para acentuar el cambio de comportamiento, otros enfoques de prevención dentro de un marco de promoción de la salud deben ser necesarios para complementar esta medida (Hankin, 1996, Parackal, 2010, Burton 2016).

Descripción y análisis del marco regulatorio argentino para el control del uso nocivo de alcohol

En Argentina, además de la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788* del año 1997 (reglamentada en 2009 mediante Decretos N° 149 y N° 688), son varias las normativas que abordan complementariamente la problemática del uso nocivo de alcohol, tales como la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061, la Ley de creación del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas N° 26.586 y la Ley de Derechos de los Pacientes en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N° 26.529.

Asimismo, existe otro conjunto de normas que se refieren o regulan al alcohol, cuyos ejes están centrados en intereses distintos a la salud, como ser la ley de impuestos internos que no está diseñada con un objetivo parafiscal para reducir el consumo nocivo de alcohol y proteger la salud pública, o la ley que establece al vino como bebida nacional, la cual promueve su consumo.

1. Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788.

Sancionada en 1997, la Ley N° 24.788 declara en su artículo 2°, de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol y considera como bebida alcohólica a toda aquella que contenga alcohol, independientemente de su graduación. Dicha norma crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol a través de su artículo 8° y crea el Consejo Asesor integrado por representantes de instituciones públicas y/o privadas cuyos fines se relacionen con los objetivos del programa y serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico”, según lo dispuesto por el artículo 11°.

Para un análisis ordenado el mismo se realizará en relación a los siguientes ejes:

a) Disponibilidad o acceso de los menores de edad a las bebidas alcohólicas.

El artículo 1° establece que *“queda prohibido en todo el territorio nacional, el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad”* y el artículo 4° agrega que *“la prohibición regirá cualquiera sea la naturaleza de las bocas de expendio, ya sea que se dediquen en forma total o parcial a la comercialización de bebidas”* y que *“queda prohibido el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y en el interior de los estadios u otros sitios, cuando se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales y/o artísticas, excepto en los lugares y horarios expresamente habilitados por la autoridad competente”*.

Asimismo, el artículo 5° dispone que *“bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres*

* Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42480/norma.htm>

destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes leyendas: 'Beber con moderación'. 'Prohibida su venta a menores de 18 años'". El Capítulo XIV del Código Alimentario Argentino complementa estos requisitos, disponiéndolos como obligatorios para toda bebida alcohólica que se comercialice en nuestro país, independientemente de que sea nacional o importada.

En relación a este eje y a las sanciones aplicables, el artículo 14 dice que ante violaciones a los artículos 1° y 4° se sancionará *"con multa de quinientos a diez mil pesos o la clausura del local o establecimiento por el término de diez días"* y que *"en caso de reincidencia la multa podrá elevarse hasta mil pesos en su mínimo y cincuenta mil pesos en su máximo, y la clausura del local o establecimiento hasta ciento ochenta días"*.

Si bien la legislación nacional establece la prohibición de venta a menores, la misma es insuficiente porque no incluye componentes de la restricción a menores que son fundamentales para garantizar su cumplimiento como por ejemplo: restricción de horarios y días de venta, la reducción de bocas de expendio, las licencias para el expendio de alcohol, entre otras. La ineficacia de la medida parcial queda de manifiesto en el alto acceso que los menores de edad tienen al alcohol según la EMSE (2018): 7 de cada 10 adolescentes de 13 a 15 años compraron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, pese a la prohibición.

b) Publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas.

La ley N° 24.788 en su artículo 6° menciona que *"queda prohibida toda publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, que: a) Sea dirigida a menores de dieciocho (18) años; b) Utilicen en ella a menores de dieciocho (18) años bebiendo; c) Sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas; d) Utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones; e) No incluya en letra y lugar visible la leyenda: 'Beber con moderación. Prohibida su venta a menores de 18 años'"*.

Una década más tarde, mediante el Decreto Reglamentario N° 149/2009 se establece que: *"...la publicidad de bebidas alcohólicas en los distintos medios de comunicación masiva (televisivo, cinematográfico, radial, gráfico, etc.) deberá incluir, las leyendas 'BEBER CON MODERACION. PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS'. En la publicidad en medios audiovisuales, estas advertencias deberán estar sobreimpresas al pie de la imagen, de manera que permita su lectura por parte del público sin ningún esfuerzo, durante toda la emisión. Esta sobreimpresión podrá ser reemplazada por una imagen fija con las advertencias en letras blancas sobre fondo negro, que se emita durante un lapso no inferior a CINCO SEGUNDOS (5") como finalización del aviso". Respecto a "la publicidad radial o sonora, en cualquiera de sus modalidades, deberá finalizar con las advertencias 'BEBER CON MODERACION' Y 'ESTA PROHIBIDA LA VENTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS A MENORES DE 18 AÑOS' sin fondo musical. El tiempo de emisión de estas advertencias no se computará a los*

efectos establecidos en el artículo 71° de la Ley N° 22.285 y sus modificatorias” y en cuanto a la publicidad gráfica “tanto en la vía pública -estática o móvil- como en periódicos, revistas e impresos en general, las leyendas deberán insertarse dentro del espacio destinado al aviso de publicidad, ocupando no menos del TRES POR CIENTO (3%) de la superficie total del aviso o de la fracción del mismo destinada a publicar bebidas alcohólicas cuando estén integradas en un aviso para distintos productos. Esta norma no será aplicable a los materiales y/o elementos destinados a la promoción que realicen, a título gratuito, las empresas productoras y/o comercializadoras, con el objeto de presentar, difundir o consolidar sus marcas en el mercado mediante la utilización de distintos medios de propaganda a través de otros elementos (sombrrillas, mesas, servilletas, vasos, relojes, etc.)”.*

Asimismo, la reglamentación establece que la prohibición de PPP dirigida a menores de dieciocho (18) años, alcanza a toda publicidad -directa, indirecta (no tradicional), institucional- o al incentivo de consumo alcohólico en los contenidos de la programación que se emitan por medios masivos de comunicación (radio y televisión) en el horario de protección al menor; en programas cinematográficos destinados a menores o público infantil; en espectáculos públicos (deportivos, culturales o artísticos) con libre acceso a menores y medios gráficos cuyos contenidos principales estén especialmente dirigidos a público infantil.

Vale mencionar que, a poco de ser publicado el Decreto N° 149/19, este fue modificado por el Decreto 688/2009, el cual menciona que “*serán autoridades de aplicación de las normas del presente artículo, el COMITE FEDERAL DE RADIODIFUSION dependiente de la SECRETARIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, en el ámbito de su competencia definida por la Ley N° 22.285, el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES dependiente de la SECRETARIA DE CULTURA de la PRESIDENCIA DE LA NACION, en el ámbito de su competencia definida por la Ley N° 17.741 (T.O. 2001) y sus modificatorias y las autoridades jurisdiccionales que correspondieren, en tanto esas jurisdicciones hubieran adherido a la Ley N° 24.788”.*

En este sentido, debemos recurrir a la lectura de la Ley N° 26.522, por medio de la cual se regulan los Servicios de Comunicación Audiovisual en todo el ámbito territorial de la República Argentina. Respecto a las sanciones, el artículo 103° de la Ley N° 26.522 menciona que “*la aplicación de las sanciones deberá realizarse teniendo como marco de referencia la preservación del derecho a la protección de la salud y el derecho a un ambiente sano, consagrados en la Constitución Nacional, el derecho a que se respete la vida y la integridad física, establecidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el deber de asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, el derecho intrínseco a la vida y el deber de garantizar la supervivencia y el desarrollo del niño, establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño...*”, en tanto el

* Ley N° 22.285 de Radiodifusión, sancionada 15 de setiembre de 1980. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/17694/texto.htm>

artículo 18 de la Ley N° 24.788 dispone que “la violación a lo previsto en los arts. 5° y 6° será sancionada con multa de cinco mil a cien mil pesos. La sanción por la infracción al art. 6° se aplicará tanto al anunciante como a la empresa publicitaria.

Referente a la promoción y el patrocinio, el artículo 7° de la Ley N° 24.788 estipula la prohibición *“en todo el territorio nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro, que requieran la ingesta de bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la catación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos”* y el artículo 15° establece que quien infrinja esta prohibición *“será reprimido con prisión de seis meses a dos años y con una multa de dos mil a veinte mil pesos. Además se impondrá la clausura del local donde se realizaren los hechos, por un término de hasta treinta días. En caso de reincidencia, la clausura del local será definitiva”* y que *“si a consecuencia del hecho resultare la muerte de alguna persona, la pena será de dos a cinco años de prisión, y si resultaren lesiones la pena será de uno a cuatro años de prisión”*, agravándose la pena *“si la víctima del hecho resultare un menor de dieciocho años de edad la pena máxima se elevará en un tercio”*. Complementa el artículo 16°, en tanto refiere que *“en caso de producirse las consecuencias a que se refiere el tercero y cuarto párrafo del artículo anterior, la clausura del local será definitiva”*.

Como puede verse, la legislación nacional en materia de PPP no cumple con los estándares internacionales dado que establece prohibiciones parciales. Tanto las restricciones parciales que se circunscriben a ciertos canales comunicacionales, exceptuando otros, como las restricciones de publicidades o estrategias de promoción dirigidas a niños, son inefectivas y difíciles de fiscalizar y hacer cumplir. Esto trae aparejado una alta exposición de la población, en especial de niños, niñas y adolescentes (NNyA) a la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas por diferentes canales. Los datos de la EMSE 2018 muestran que el 23,9% de los estudiantes de 13 a 17 años vio alguna publicidad de bebidas alcohólicas diariamente, o casi diariamente, en los últimos 30 días.

c) Alcohol al conducir:

Con el artículo 17° de la Ley N° 24.788 se sustituye al inciso a) del artículo 48° de la Ley N° 24.449. De este modo *“queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente, habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Conducir cualquier tipo de vehículos con una alcoholemia superior a 500 miligramos por litro de sangre. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia superior a 200 miligramos por litro de sangre. Para vehículos destinados al transporte de pasajeros, de menores y de carga, queda prohibido hacerlo cualquiera sea la concentración por litro de sangre. La autoridad competente realizará el respectivo control mediante el método adecuado aprobado a tal fin por el organismo sanitario”*.

Si bien la ley insta un límite de alcohol en sangre al conducir, la misma no establece el método, ni cómo se implementarán los controles pertinentes.

d) Servicios de salud:

El artículo 12° menciona que *“las obras sociales y asociaciones de obras sociales, incluidas en la ley 23.660, beneficiarias del Fondo de Redistribución de la ley 23.661, y las entidades de medicina prepaga, deberán reconocer en la cobertura para los tratamientos médicos, farmacológicos y/o psicológicos, la patología del consumo de alcohol, determinada en la Clasificación Internacional de Enfermedades declaradas por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud”* y *“deberán brindar a los pacientes alcohólicos la asistencia y rehabilitación que su estado requiera, como asimismo encarar acciones de prevención primaria”*. Asimismo, el artículo 13° agrega que *“las obras sociales elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo precedente que deberán ser presentados ante la ANSSAL para su aprobación y financiamiento, previa existencia en el presupuesto general de la Nación de partidas específicas destinadas a tal fin”* y que *“la no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones establecidas en las leyes 23.660 y 23.661 con relación a las infracciones”*.

A modo de conclusión, puede verse que en razón de cada uno de los ejes analizados de la Ley N° 24.788, la lectura de esta no debe realizarse de forma aislada, lo que a la vez presenta la complejidad de la necesaria articulación de distintas autoridades de aplicación y la coexistencia de distintos regímenes sancionatorios, que para ciertos casos exceden las competencias administrativas. Asimismo, y a la luz de la evidencia científica en la materia la ley no cumple con los estándares para proteger el derecho a la salud y reducir el uso nocivo de alcohol. La insuficiencia de la ley queda plasmada en el hecho de que los indicadores de consumo de alcohol vienen empeorando a la luz de diferentes encuestas nacionales, tanto en niños, niñas y adolescentes como en adultos. Por ello, es prioritario impulsar desde la política pública la actualización del marco regulatorio actual específico en la materia, que garantice la puesta en marcha de medidas basadas en evidencia y en los estándares internacionales antes mencionados.

2. Ley 24.674/96. Ley de Impuestos Internos.

Establece en todo el territorio de la Nación según el Artículo 23° que: todas las bebidas, sean o no productos directos de destilación que tengan 10° GL o más de alcohol en volumen, excluidos los vinos, serán clasificadas como bebidas alcohólicas y pagarán para su expendio un impuesto interno de acuerdo con las siguientes tasas que se aplicarán sobre las bases imponibles respectivas, de conformidad con las clases y graduaciones estipuladas en la misma norma.

La ley de impuestos internos 24.674/96, modificada por la ley 27.430/2017 establece impuestos ad valorem (por porcentaje) a las bebidas alcohólicas: la cerveza sólo tributa un 0,14%, los licores, whisky y otras bebidas de alta graduación alcohólica tienen una alícuota de 0,26% y los vinos y espumantes quedan excluidos (impuesto interno “cero”).

Alícuota de bebidas alcohólicas, de acuerdo a la modificación de la Ley 27.430.

Bebidas	Ley 24.674/96	Ley 27.430/17
Whisky	20%	26%
Coñac, brandy, ginebra, pisco, tequila, gin, vodka o Ron	20%	26%
Cerveza	8%	14%
Cerveza artesanal	8%	8%
Vino	0%	0%
Espumantes	0%	0%

Como puede observarse, la carga fiscal a las bebidas alcohólicas es baja y la diferencia que hay entre impuestos a las bebidas con alta y baja graduación es menor a la recomendada. Además la asequibilidad del alcohol es alta en Argentina de acuerdo a múltiples comparaciones internacionales (Urrutia, 2015). Por otra parte, los impuestos al alcohol no están diseñados con objetivo sanitario y no cumplen con las recomendaciones tampoco respecto del tipo de impuesto, dado que en Argentina se implementan impuestos ad valorem y no impuestos fijos o específicos que han demostrado ser más efectivos para reducir progresivamente la asequibilidad de las bebidas alcohólicas, disminuir las brechas de precios y desalentar el consumo nocivo.

3. Ley 26.870/13. Vino Argentino-Bebida Nacional.

Declara al vino argentino como bebida nacional. La norma se encuentra vigente en todo el territorio de la República Argentina, con la denominación del Código Alimentario Argentino, las disposiciones higiénico-sanitarias, bromatológicas y de identificación comercial del Reglamento Alimentario aprobado por Decreto 141/1953. En el capítulo 8º, los artículos: 1080 al 1107 –enuncian las especificaciones para las Bebidas Fermentadas. Y en el capítulo 9º, los Artículos: 1108 al 1136 – enuncian especificaciones para las Bebidas Espirituosas, Alcoholes, Bebidas Alcohólicas Destiladas y Licores. El hecho que en Argentina, por ley, el vino tribute tasa “cero” de impuesto interno, y que dicha medida esté amparada en la mencionada Ley de Vino Bebida Nacional se contrapone con los objetivos parafiscales de los impuestos al alcohol para reducir su uso nocivo y así proteger la salud y reducir los costos sanitarios y sociales provocados por el alcohol del alcohol.

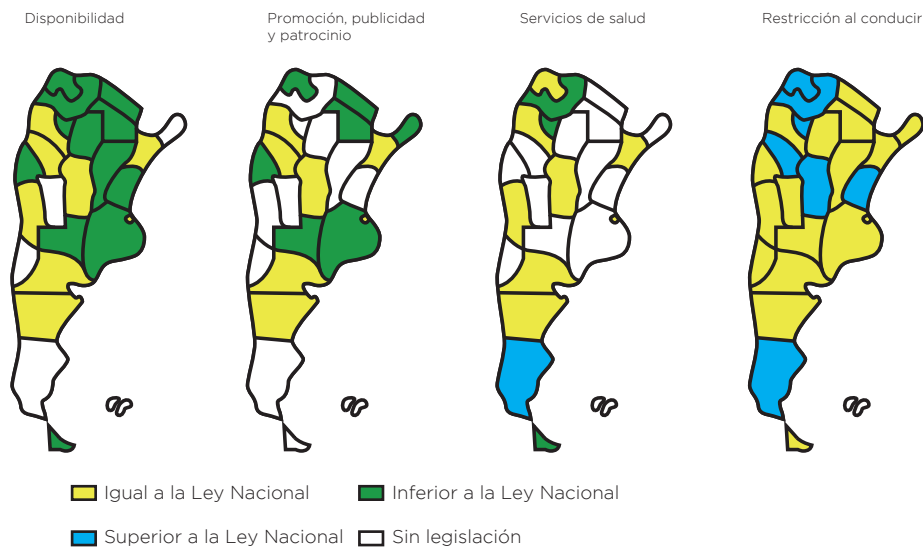
La reglamentación de la ley N° 5708/16 de la Ciudad de Buenos Aires (de prohibición de publicidad de bebidas con alcohol en vía pública), exceptúa en su reglamentación aquellas publicidades que se desarrollen en el marco del artículo 3º de la Ley N° 26.870 de Declaración del Vino como Bebida Nacional, lo cual deja de manifiesto cómo se utiliza la mencionada ley para promover

el consumo de vino y obstaculizar la puesta en marcha de medidas sanitarias basadas en evidencia, como la restricción integral de la PPP de todas las bebidas alcohólicas y por todos los canales comunicacionales.

A nivel provincial, contamos con legislación en materia de alcohol, pero uno de los aspectos que caracteriza este corpus legislativo es su heterogeneidad.

En cuanto al análisis a nivel provincial, la regulación de la **Disponibilidad de alcohol a menores de edad** es la que mayormente se ha regulado en todas las jurisdicciones del país, principalmente por medidas que incluyen la prohibición de venta y expendio a menores de edad, restricción horaria y registro para la comercialización, evidenciándose en la mayoría una escasa fiscalización de su cumplimiento. **Las restricciones provinciales de alcohol al conducir** mantienen el mismo estándar nacional salvo las provincias que legislan con alcoholemia 0 o 0,2 superando así el estándar nacional, tales son los casos de: Santa Cruz, Entre Ríos, Córdoba, La Rioja, Salta, Tucumán y Jujuy (ANSV, 2019). Para el resto de las medidas la realidad es dispar. En materia de **regulación de publicidad, promoción y patrocinio** las medidas regulatorias integrales son escasas y por ende en su mayoría ineficaces para reducir la exposición de la población, en especial de NNyA, al marketing de alcohol. Lo mismo sucede con el Eje **Servicios de Salud**, donde el escenario es altamente heterogéneo. Las provincias adherentes a la Ley Nacional cuentan con una normativa más integral para abordar el control del uso nocivo de alcohol. Sin embargo, esto es insuficiente para garantizar medidas exitosas ya que la ley nacional no cumple con los estándares internacionales recomendados.

En los mapas se grafica el estado actual de las normativas a nivel jurisdiccional tomando como base al Ley Nacional 24788.



La falta de normativa nacional y provincial basada en evidencia científica, sumada a la escasa coherencia entre normativa complementaria vigentes al interior del plexo legislativo nacional, dificultan la correcta y eficiente intervención sobre la problemática del uso nocivo de alcohol en Argentina. Asimismo, la normativa vigente carece de una perspectiva de derecho a la salud como principal abordaje de la problemática, y circunscribe la misma a interpretaciones y abordajes exclusivos del campo de la salud mental. Frente a esta realidad, la formulación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo de alcohol deben rigurosamente guiarse por los intereses de salud pública y basarse en objetivos claramente definidos y en la mejor evidencia disponible.

Acciones puestas en marcha por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para fortalecer las políticas de uso nocivo de alcohol

En enero de 2019 mediante la Resolución Ministerial 84/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación se traspasó la coordinación del Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo excesivo de alcohol a la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT). Esta decisión se basó en la necesidad de implementar las mencionadas medidas para la prevención del uso nocivo de alcohol a través de políticas de alcance poblacional en línea con otras medidas para regular los entornos y los productos para la prevención y control de las ECNT. El Programa conserva el componente de redes de servicios de salud para personas con consumo nocivo de alcohol, coordinado desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol tiene como prioridad impulsar mejoras a la Ley 24.788 de Lucha contra el alcoholismo, a nivel nacional y jurisdiccional y en armonía con los estándares internacionales basados en evidencia científica. Asimismo, se ha puesto en funcionamiento, según lo dispuesto en el artículo 11° de la Ley 24.788, el Consejo Asesor del Programa cuyo principal objetivo es el de brindar apoyo institucional y asesoramiento para el diseño de políticas públicas, investigaciones, elaboración de documentos, difusión de información, campañas de comunicación masiva entre otras, que tengan por objeto contribuir a la reducción del uso nocivo de alcohol.

Del mismo modo se ha establecido una agenda de colaboración con la Agencia Nacional de Seguridad Vial para abordar de manera conjunta la problemática de alcohol al conducir. Se realizó también un mapeo de la normativa nacional y provincial que fue útil para la elaboración del presente documento, así como también un mapeo de actores a nivel provincial y estrategias para fortalecer la capacidad en promoción de políticas efectivas en las jurisdicciones.

Recomendaciones para el fortalecimiento del marco regulatorio vigente en base a los estándares internacionales

Atento a:

- Los resultados de las últimas encuestas poblacionales que registran una tendencia en aumento de la prevalencia de consumo de alcohol y aumento del consumo excesivo episódico en adultos, con una disminución progresiva en la edad de inicio, y el cierre de la brecha entre varones y mujeres.
- El tiempo transcurrido desde la sanción de la ley nacional de lucha contra el alcoholismo 24788 (1997) y el hecho de que dicha ley no cumple con los estándares internacionales en materia de acceso a menores y de regulación publicidad promoción y patrocinio.
- La falta de una política fiscal con objetivo sanitario y efectiva para desincentivar el consumo nocivo.
- La incoherencia política al interior del plexo normativo argentino vinculado a la problemática.
- La actual evidencia internacional sobre intervenciones altamente costoefectivas en materia de control de alcohol, que muestra los estándares a alcanzar.

La Secretaría de Gobierno de Salud, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol; la SEDRONAR; el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología; La Agencia de Seguridad Vial y todas las organizaciones miembro del Consejo Asesor recomiendan:

1) Implementar una estrategia nacional de abordaje integral para el control del uso nocivo de alcohol para proteger la salud pública, que promueva la actualización del marco normativo tanto a nivel nacional como provincial, según sus competencias, para lograr una regulación efectiva en base en la evidencia científica, garantizando la coherencia entre las diferentes normas y donde la perspectiva de protección del derecho a la salud esté siempre presente en todas las políticas. Las políticas prioritarias a promover/fortalecer son:

- Restricciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio.
- Políticas fiscales con objetivo sanitario.
- Restricción multicomponente de acceso a menores.
- Control de alcohol al conducir.

2) Promover el desarrollo de acciones de educación, concientización y sensibilización a diferentes audiencias para robustecer la instalación del tema en la agenda pública.

3) Fortalecer los servicios de salud en la temática, especialmente a través de intervenciones breves en el primer nivel de atención, para garantizar el acceso

a servicios de salud para personas con consumos problemáticos y dependencia al alcohol, particularmente para grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

4) Fortalecer el abordaje integral de la problemática, incluyendo pero no limitándose al abordaje tradicional del campo de la salud centrado en la atención del alcoholismo como patología sino también incluyendo las políticas para la prevención y promoción de alcance poblacional. Para ello es fundamental contar con un abordaje intersectorial e interdisciplinario que integre organismos gubernamentales, actores académicos y de la sociedad civil.

5) Garantizar la sostenibilidad del sistema de vigilancia sanitaria y su articulación entre diferentes actores del Estado, así como también promover el desarrollo de investigaciones en la temática, para contar con mejor evidencia local que facilite la adopción de medidas más robustas y monitorear la evolución del uso nocivo de alcohol y evaluar el impacto de las medidas implementadas.

Referencias

1. Alcohol labelling, a discussion documento on policy options. OMS, 2017.
2. Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Análisis de los controles de alcoholemia en Argentina. Período 2016-2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_observatorio_informe_controles_alcoholemia_2.pdf.
3. Agostinelli G. and Grube J. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. *Alcohol Research and Health* 26, 15-21.
4. Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229–243. 9.
5. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*; 373:2234-46.
6. Andrews J. (1995). The Effectiveness of Alcohol Warning Labels: A Review and Extension. *American Behavioral Scientist*, 38(4), 622–632
7. Azar M, Springer J, Frederick M & Altice L (2010). A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug Alcohol Depend*,112(3):178-93.
8. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K. *Alcohol: no ordinary commodity* (2010). Research and public policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
9. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard F, Altieri A, Coglianò V. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet*, 8:292-93.
10. Baliunas D, Rehm J, Irving H & Shuper P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health*, 55:159-166.
11. Bergen G, Pitan A, Shuli Q, Shults R, et. al. (2014). Publicized Sobriety Checkpoint Programs. A Community Guide Systematic Review. *Am J Prev Med*, 5:529-539.
12. Best Buys and other recommended interventions for the prevention and control of communicable diseases. Appendix 3 of the Global Action Plan 2013-2020, OMS.

13. Bonomo Y, Coffey C, Wolfe R, Lynskey M, Bowes G, Patton G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*; 96 (10):1485-96.
14. Burton et al. The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies: An evidence review. (2016). *Public Health England*.
15. Campbell C, Hahn R, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, Middleton J. (2009). The Effectiveness of Limiting Alcohol Outlet Density As a means of Reducing Excessive Alcohol Consumption and Alcohol -Related Harms. *American Journal of preventive Medicine*. 37(6):556-569.
16. Casswell, S. (2013). Vested interests in addiction research and policy. Why do we not see the corporate interests of the alcohol industry as clearly as we see those of the tobacco industry? *Addiction*; 108(4):680-5.
17. Casswell S. (2004). Alcohol brands in young people's everyday lives: need developments in marketing. *Alcohol and alcoholism*; 39(6): 471-6.
18. Cook W, Bond J & Greenfield T (2014). Are Alcohol Policies Associated with Alcohol Consumption in Low- and Middle-Income Countries? *Addiction*; 109(7): 1081-1090.
19. Cremonte M, Bizcarra M , Conde A & Cherpitel C. (2016).Epidemiology of Alcohol Consumption and related problems in Latin American Countries: contribution of psychology. *International Journal of Psychology*.
20. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Ministerio de Salud. Argentina, 2007.
21. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Ministerio de Salud. Argentina, 2012.
22. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Ministerio de Salud. Argentina, 2018.
23. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 4ta. Edición. Principales Resultados. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019.
24. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 3era. Edición. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud, 2013.
25. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2da Edición. Ministerio de Salud, 2009.
26. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 1era Edición. Ministerio de Salud y Ambiente, 2005.

27. Esser M, Bao J, et. al. Evaluation of Evidence Based for the Alcohol Industry's Actions to Reduce Drink Drinking Globally. *American Journal of Public Health*, 106 (4), 2016.
28. Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. OMS, 2010.
29. FARE Understanding of consumer information messaging on alcohol products. Focus group testing report. Australia, 2018.
30. Global status report on alcohol and health. WHO/PAHO, 2018.
31. Grant BF, Dawson DA. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*, 9: 103-110.
32. Greenfield T.K. and Kaskutas L.A. (1998). Five years' exposure to alcohol warning label messages and their impacts: Evidence from diffusion analysis. *Applied Behavioral Science Review*, 6: 39- 68.
33. Greenfield T.K. and Rogers J.D.(1999). Who drinks most of the alcohol in the US?: The policy implications. *Journal of Studies on Alcohol* 60: 78-89.
34. Hanking et.al. (1996) Heeding the alcoholic beverage warning label during pregnancy: multiparae versus nulliparae. *Journal of studies alcohol*. 57 (2): 171-177
35. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. OMS, 2014.
36. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. OMS/OPS, 2015.
37. Ireland, R., Bunn, R., Reith, G. et.al. (2019). Commercial determinants of health: advertising of alcohol and unhealthy foods during sporting events. *Bull World Health Organ*; (97):290-295.
38. Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., & Lobstein, T. (2016). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112: 7-20.
39. Informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles. *Es Hora de Actuar*. OMS, 2018.
40. Jones-Webb R, Toomey TL, Short B, Murray DM, Wagenaar A, Wolfson M. (1997). Relationships among alcohol availability, drinking location, alcohol consumption, and drinking problems in adolescents. *Substance use & misuse*; 32(10):1261-85.

41. Kaskutas L.A. and Greenfield T.K. (1992). First effects of warning labels on alcoholic beverage containers. *Drug and Alcohol Dependence* 31: 1-14.
42. Kaskutas L.A. and Greenfield T.K. (1997). Behavior change: The role of health consciousness in predicting attention to health warning messages. *American Journal of Health Promotion* 11, 183-93.
43. I. Kickbusch, L Allen, C Franz (2016). The commercial determinants of health, *The Lancet Global Health*, - completer-
44. MacKinnon D.P., Pentz M.A., and Stacy A.W. (1993). The alcohol warning label and adolescents: The first year. *American Journal of Public Health* 83: 585-7.
45. MacKinnon D, Nohre L, Cheong J. et.al. (2001). Longitudinal relationship between alcohol warning label and alcohol consumption. *J. Stud. Alcohol*; 62(2):221-227.
46. MacKinnon D.P. and Nohre L. (2006). *Alcohol and tobacco warnings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
47. Martin-Moreno JM, Harris ME, Breda J, Møller L, Alfonso-Sanchez JL, Gorgojo L.(2013). Enhanced labelling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. *Eur J Public Health*, 23 (6):1082-7 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23657783>, accessed 3 July 2017).
48. Mejores inversiones (“Best buys”) y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. OMS, 2017.
49. Noguero Alfonso Méndiz. (2005). La juventud en la publicidad. *Revista de estudios de juventud*; (68): 104-15.
50. Lönnroth K, Williams B, Stadlin S, Jaramillo E. (2008). Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health* 2008, 8:289.
51. Oei TP, Morawska A.(2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive behaviors*, 29(1):159-79.
52. OMS: Cie 10. Decima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1992.
53. Parackal S, et. al. (2010). Warning labels on alcohol containers as a source of information on alcohol consumption in pregnancy among New Zealand women *International Journal of Drug Policy* 21, 302-305.
54. Pedersen W, Skrondal A. (1998). Alcohol consumption debut: predictors and consequences. *J Stud Alcohol* 59: 32-42.

55. Peek-Asa C, McArthur D & Kraus J. (1999). The prevalence of non-standard helmet use and head injuries among motorcycle riders. *Accident Analysis and Prevention*; 31: 229-233.
56. Pilatti A, Godoy JC, Brussino SA, Pautassi RM. (2013a). Patterns of substance use among Argentinean adolescents and analysis of the effect of age at first alcohol use on substance use behaviors. *Addict Behav* 38: 2847-2850.
57. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol =MS OPS, 2011 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20498&Itemid=270&lang=en.
58. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D & PatraJ. (2009). Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review. *Alcohol & Alcoholism*, 44(5): 500-516.
59. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders.(2009). *The Lancet*.
60. Sacks, J. J., Roeber, J., Bouchery, E. E., Gonzales, K., Chaloupka, F. J., & Brewer, R. D. (2013). State Costs of Excessive Alcohol Consumption, (2006). *American Journal of Preventive Medicine*, 45(4), 474-485.
61. SAFER: disponible en: who.int/substance_abuse/SAFER/en/.
62. SEDRONAR, Resumen de los resultados del estudio de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 A 65 años, 2017.
63. SEDRONAR, Consumo de Sustancias Psicoactivas. Tabaco y Alcohol. Intensidad del Consumo., 2017. SEDRONAR, Análisis del Consumo Alcohol en Población Escolar. Sexta Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza Media, 2016.
64. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T. et.al.(2018). Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density. *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*.
65. Shield K, Parry C & Rehm J.(2013). Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use. *Alcohol Research*.
66. Shield K, Soerjomataram I, & Rehm J.(2016). Alcohol use and Breast Cancer: A Critical Review. *Alcohol Clin Exp Res*.
67. Shults R, Elder R, Sleet D. et. al.(2001). Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcohol-Impaired Driving. *Am J Prev Med*; 21.

68. Snyder L.B. and Blood D.J.(1992). Caution: Alcohol advertising and the Surgeon General's alcohol warning may have adverse effects on young adults. *Journal of Applied Communication Research* 20, 37-53.
69. The Lancet "Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2018.
70. Vigo D, Jones L, Maidana D, Krausz M & Kestel D.(2018). La Carga de los Trastornos Mentales, Neurológicos, por Consumo de Sustancias y Suicidio: Informe sobre las Prioridades de Salud Mental en Argentina. *Rev Arg de Psiquiatría*. 24 (142).
71. Wagenaar A, Salois M & Komro K. (2009) Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*.
72. Wagenaar A, Toomey T (2002). Effects of Minimum Drinking Age Laws: Review and Analyses of the Literature from 1960 to 2000.

Bibliografía Complementaria

1. Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Estudio sociocultural sobre percepciones, creencias y actitudes de la población argentina en torno a la seguridad vial. 2017. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sociocultural_sobre_seguridad_vial.pdf.
2. Aulicino, C; Roig, M (2014) Políticas públicas para la reducción de la venta y el consumo de alcohol en menores de 18 años. Una aproximación al caso argentino CIPPEC, documento de trabajo N°129.
3. Bell E. Zizzo N & Racine E.(2015). Caution! Warning Labels About Alcohol and Pregnancy: Unintended Consequences and Questionable Effectiveness. Vol. 15, No 3.
4. British Pregnancy Advisory Service. 2014. No need to consider abortion over pre-pregnancy test binge, charity reassured women. Disponible en: <https://www.bpas.org/about-our-charity/press-office/press-releases/no-need-to-consider-abortion-over-pre-pregnancy-test/>. Fecha de acceso: 4 de Octubre, 2019.
5. Dossou, G., Gallopel-Morvan, K & Francois Diouf J. (2017). The effectiveness of current French health warnings displayed on alcohol advertisements and alcoholic beverages. *The European Journal of Public Health*, Vol. 27, No. 4, 699-704.
6. Eggertson, L. (2013). Stigma a major barrier to treatment for pregnant women with addictions. *Canadian Medical Association Journal* 185(18): 1562.

7. France, K. E., R. J. Donovan, N. Henley, et al. (2013). Promoting abstinence from alcohol during pregnancy: Implications from formative research. *Substance Use & Misuse* 48: 1509-1521.
8. McCambridge J, Mialon M & Hawkins M.(2018). Alcohol Industry Involvement in policy making: a systematic review. *Addiction* 113: 1571-1584.
9. Meurk, C. S., A. Broom, J. Adams, W. Hall, and J. Lucke. (2014). Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 246.
10. McBride, N., S. Carruthers, and D. Hutchinson. (2012). Reducing alcohol use during pregnancy: Listening to women who drink as an intervention starting point. *Global Health Promotion* 19(2): 6-18.
11. SEDRONAR, Algunos análisis económicos sobre las sustancias psicoactivas en la Argentina. Informe final, 2011.
12. Thomas G. et.al. (2014). The effectiveness of alcohol warning labels in the prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A brief review- *The International Journal of Alcohol and drug Research*. Vol. 3, no 1.
13. Thorn M (2018). Addressing power and politics through action on the commercial determinants of health. *Health Promot J Austral*; 29:225-227.
14. Urrutia M. (2015).Economía de Bebidas Alcohólicas en Argentina. Tesis de investigación, Maestría en Economía Aplicada.
15. Wilkinson, C., and R. Room. (2009). Warnings on alcohol containers and advertisements: International experience and evidence on effects. *Drug and Alcohol Review* 28: 426-435.

Anexo I: Conformación e integrantes del Consejo Asesor del Programa Nacional de Lucha Contra el Consumo Nocivo de Alcohol

En nuestro país existen numerosas organizaciones que desde distintos enfoques se encuentran trabajando con la problemática del uso nocivo de alcohol.

Desde la Coordinación del Programa de Alcohol se instituyó el Consejo Asesor de acuerdo a lo enunciado en la Ley 24.788. El mismo tiene como objetivo, brindar apoyo institucional y asesoramiento para el diseño de políticas públicas, investigaciones, elaboración de documentos, difusión de información, campañas de comunicación masiva entre otras que tengan por objeto contribuir a la reducción del consumo nocivo de alcohol.

El Consejo Asesor de acuerdo a lo enunciado en la Ley 24788 se encuentra integrado por: *“representantes de instituciones públicas y/o privadas cuyos fines se relacionan con los objetivos del programa y fueron designados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico”*.

Desde la Coordinación del Programa se analizó y realizó una amplia convocatoria a diferentes actores y sectores que vinculen la problemática y de reconocida trayectoria tanto institucional como académica en torno a la problemática del alcohol en nuestro país.

Las entidades participantes han acreditado encontrarse libres de cualquier conflicto de interés con las medidas para reducir el consumo nocivo de alcohol.

A continuación se describen los objetivos generales y específicos establecidos, que orientan las funciones del Consejo Asesor.

Objetivo general:

Brindar apoyo institucional y asesoramiento para el diseño de políticas públicas, investigaciones, elaboración de documentos, difusión de información, campañas de comunicación masiva entre otras que tengan por objeto contribuir a la reducción del consumo nocivo de alcohol.

Objetivos específicos:

a) Proponer criterios y estrategias de actuación consensuados y coordinados para impulsar la transversalidad en las políticas públicas de lucha contra el consumo nocivo de alcohol.

b) Emitir dictámenes e informes sobre proyectos normativos y otras iniciativas directamente relacionadas con el objeto del Consejo que se sometan a su consideración.

c) Actuar como órgano permanente de revisión y análisis de la información disponible sobre nuevas modalidades y patrones de consumo, principalmente en niñez y en la adolescencia y establecer mecanismos regulatorios en esta materia.

d) Informar y asesorar sobre líneas de investigación.

f) Difundir estadísticas, estudios, informes, documentos y normas técnicas, así como experiencias innovadoras entre los diferentes agentes que intervienen.

En el siguiente cuadro se describe la conformación actual del Consejo Asesor:

Estructura Nacional	
Ministerio de Salud y Desarrollo Social	
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. (DNPSyCECNT). • Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (DNSMyA). • Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA). • Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente (PNSIA) • Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables. 	
Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología	
<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Formación Docente. 	
Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección Nacional de Prevención. 	
Ministerio de Transporte	
<ul style="list-style-type: none"> • Agencia Nacional de Seguridad Vial. Observatorio de Seguridad Vial. 	

Organizaciones de la Sociedad Civil, ONG's, Sociedades Científicas y Académicas	
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas.
Fondo Para las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF)	Trabaja para garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Argentina, y para promover su bienestar, incluyendo entre sus principales acciones que cada uno cuente con servicios de salud que respondan a sus necesidades y que promuevan estilos de vida saludables.
Fundación Interamericana del Corazón Argentina (FIC)	Adopta diferentes líneas de acción para promover el diseño y la implementación de políticas de salud de control de tabaco, alimentación saludable, control del consumo problemático de alcohol y promoción de la actividad física. https://www.ficargentina.org
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)	Institución académica independiente y sin fines de lucro que se dedica a investigación, educación y cooperación técnica en salud. Se encuentra afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) que alberga una unidad ejecutora del CONICET, un centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un Centro Cochrane .
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)	Organización civil sin fines de lucro. Desarrolla actividades de investigación en ciencias sociales; formación de recursos humanos; y asistencia técnica. Su misión es fortalecer el desarrollo de la investigación y formar recursos humanos en investigación guiados por estándares de calidad y el compromiso de contribuir al debate social; al diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas; la formulación de marcos normativos; el fortalecimiento de la rendición de cuentas; y la incidencia informada. Su visión es contribuir al desarrollo económico y social, el fortalecimiento de la democracia, la promoción y garantía de los derechos humanos, la equidad social y de género y la preservación del medio ambiente. http://www.cedes.org

<p>Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)</p>	<p>Congrega a los médicos pediatras y a interesados en el estudio y la atención del ser humano en su período de crecimiento y desarrollo. Su independencia de intereses sectoriales y coyunturales la ha convertido en una entidad asesora de gobiernos, universidades y distintas organizaciones de la comunidad en el área materno infanto-juvenil.</p> <p>La SAP, a través de su cooperación con otros organismos internacionales (UNICEF, OPS) y su integración a la Asociación Latinoamericana (ALAPE) y a la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), participa del Movimiento Pediátrico Mundial.</p> <p>La Sociedad cuenta apoyo de la Fundación Sociedad Argentina de Pediatría (FUNDASAP) para el desarrollo de sus actividades.</p> <p>https://www.sap.org.ar</p>
<p>Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC)</p>	<p>Sociedad médica que reúne a los oncólogos de Argentina que realiza actividades científicas, académicas e investigaciones.</p>
<p>Asociación Toxicológica Argentina (ATA)</p>	<p>Entidad multidisciplinaria sin fines de lucro que nuclea profesionales vinculados directa o indirectamente al estudio, desarrollo investigación, aplicación y divulgación de la toxicología.</p>
<p>Sociedad Argentina de Medicina (SAM)</p>	<p>Sociedad científica de carácter federal que contribuye a la formación continua e investigación de profesionales médicos.</p>
<p>Intercambios Asociación Civil</p>	<p>Asociación Civil cuyo fin es propiciar el desarrollo de investigaciones y estudios sobre los problemas relacionados con las drogas desde una perspectiva científica, interdisciplinaria y ética.</p> <p>Es una organización clave en temas de reducción de daños y políticas de drogas, desplegando trabajo en red, incidencia política, investigación, capacitación, producción y distribución de información, tanto a nivel nacional como en toda América.</p>
<p>Equipo de Promoción para la Prevención Intersectorial del Consumo de Alcohol (EPPICA)</p>	<p>Se encuentra conformada por referentes de entidades como la Sociedad Argentina de Pediatría, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, la Fundación Trauma, la Asociación Toxicológica Argentina, la Sociedad Argentina de Medicina Interna General, la Asociación Psiquiatras Argentinos y unidades del Conicet en universidades.</p>

Universidad Nacional de Córdoba	Laboratorio de Alcohol, Ontogenia y Aprendizaje del Instituto de Investigación Médica Mercedes y Martín Ferreyra.
Universidad Nacional de Mar del Plata	Instituto de Psicología Básica y Aplicada y Tecnología del CONICET.
Universidad de Buenos Aires	Observatorio de Derecho y Salud.

