

### Resumen

En diciembre de 2003 fue sancionado en la Ciudad de Buenos Aires el Decreto 03/2003, que limita el expendio de alcohol entre las 23 y las 8 horas en los locales habilitados para su venta y consumo fuera del establecimiento (almacenes y supermercados) exceptuando de esta prohibición a locales habilitados para el consumo en su interior y aquellos que prestan servicio de entrega a domicilio. Se prohíbe, además, la venta de alcohol en quioscos y locales destinados a prestar servicios a automovilistas.

Debido a la polémica que esta resolución ha desatado hemos incluido en EVIDENCIA dos artículos con diferentes miradas sobre el tema.

## I. ENTRE LA CONTENCIÓN SOCIAL Y LAS PROHIBICIONES: ENTRE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y EL PROTECCIONISMO

El alcohol etílico es la droga psicoactiva más utilizada en todo el mundo. El abuso en su consumo ha adquirido proporciones masivas y se encuentra asociado a una constelación de consecuencias adversas, de las cuales la enfermedad alcohólica constituye sólo una pequeña parte. Como lo ha expresado la Organización Mundial de la Salud, no existen dudas acerca de la necesidad imperiosa de implementar medidas efectivas de contención social al respecto.

Ahora bien, no debe escapar al análisis de la problemática que nos ocupa la necesidad de discriminar la efectividad de las posibles medidas a adoptar y sus destinatarios, resultando apropiado diferenciar claramente la operatividad del tan mentado "Derecho a la Salud" y la aplicación de restricciones al ejercicio de derechos básicos del hombre, discriminando a sus destinatarios entre menores y adultos.

### DERECHO A LA SALUD: MEDIDAS POSIBLES DE ADOPCIÓN

El derecho a la salud es un derecho humano reconocido por numerosos Tratados Internacionales, por la Constitución Nacional y por las provinciales.

Toda formulación legal adquiere sentido funcional siempre que se encuentren dadas las condiciones adecuadas para su desenvolvimiento. La vigencia de los derechos que protegen a la salud se sostiene, básicamente, en la mayor conciencia cívica sobre los derechos de las personas.

Este "Derecho a la Salud" es entendido en diversos sentidos, todos y cada uno de los cuales lo integran. Cuando hablamos del derecho a la salud como "bienestar" se vislumbra la responsabilidad del Estado de asegurarlo acorde a un concepto integrado por la alimentación, el vestido, las posibilidades de desarrollo, la educación y la justicia<sup>1</sup>. Entendiendo el derecho a la salud como "derecho a educación del usuario y participación de la comunidad", nos referimos a la potestad del Estado de asegurar el efectivo ejercicio del derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. En este sentido, las autoridades estatales deben proveer procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos<sup>2</sup>.

Final y especialmente, integramos el derecho a la salud entendido como "promoción y prevención".

El derecho a la salud ha sido reconocido por los tratados de derecho internacional firmados por la Argentina, cuya jerarquía superior a las leyes les ha sido otorgada por la reforma Constitucional de 1994. Argentina, como Estado parte integrante del Pacto In-

ternacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, se ha comprometido a adoptar medidas a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, garantizando la reducción de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la creación de condiciones que aseguren a todos sus habitantes asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad<sup>3,4</sup>.

Por lo tanto no existen dudas acerca de la existencia de la potestad del Estado de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la salud, incluyendo en este concepto la prevención y lucha contra el consumo excesivo de alcohol.

### MEDIDAS ADOPTADAS POR EL ESTADO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

El marco legal que en nuestro país pretende regular el consumo de bebidas alcohólicas, como parte del cumplimiento de su obligación de garantizar el derecho a la salud de sus habitantes, se integra fundamentalmente por la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo (24.788/97). Esta ley prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad, el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y sitios de concurrencia masiva (exceptuando determinados lugares y en determinados horarios), la publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas dirigidas a o en las que se utilicen menores de dieciocho años o que sugieran un mejor rendimiento en algún aspecto del desarrollo humano, etc., creando, asimismo, el Programa Nacional de Prevención y lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol<sup>5</sup>.

Pretendiendo garantizar una ciudad ordenada y segura y puntualizando en la "Salud Pública" como bien jurídico protegido, el jefe de gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha firmado el 2 de diciembre de 2003 el Decreto 03/2003 de "necesidad y urgencia", que limita el expendio de alcohol entre las 23 y las 8 horas en los locales habilitados para su venta y consumo fuera del establecimiento (almacenes y supermercados) y prohibiendo la venta de alcohol en quioscos y locales destinados a prestar servicios a automovilistas<sup>6</sup>.

Quedan exceptuados de esta prohibición los locales habilitados para el consumo en su interior y aquellos que prestan servicio de entrega a domicilio.

La salud pública y más precisamente su garantía, constituye un presupuesto fundamental para una vida humana digna, así como para el ejercicio de los derechos y libertades constitucionales, en

la medida en que se refiere a un presupuesto aún más elemental y básico: la salud individual.

En consecuencia, además de concretar el contenido de la salud pública, es necesario articular correctamente las relaciones entre la salud pública y la salud individual, ello implica interpretar que este bien jurídico colectivo, que merece ser objeto de protección restrictiva, tiene como principal característica la de ser complementario del bien jurídico individual, circunstancia que no compromete su autonomía ni supone que sea la salud individual su criterio rector. Ahora bien, lo que parece no estar claramente delimitado, en la normativa Nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es la determinación del bien jurídico rector, a simple vista podríamos decir que es "la salud pública", pero cuando se hace un análisis más detallado de la normativa antes mencionada nos encontramos que este concepto deviene en abstracto y se antepone otros bienes jurídicos como "la seguridad pública" y "la salud individual" de forma muy particular. Cabe aclarar que el reconocimiento constitucional de los intereses colectivos como merecedores de protección no necesariamente implica que esta protección deba realizarse, y sea efectivo hacerlo, mediante normas jurídicas sancionatorias, en el caso que nos ocupa la imposición de multas y/o clausuras de comercios.

Respecto de la existencia de este tipo de normativa, podemos encontrarnos con distintos argumentos que justifican que el Estado pretenda asegurar bienes jurídicamente protegidos, como "el derecho a la salud", mediante legislación de tipo restrictiva, reemplazando acciones de contención, educación y fomento del desarrollo social que, en definitiva, forman parte de sus obligaciones. En este sentido se presentan tres tipos de argumentos. El menos expuesto sostiene la intervención sancionatoria del Estado sobre la base que la mera autodegradación moral que el consumo excesivo de alcohol provoca, constituye una razón suficiente para que el derecho interfiera con ese consumo. Un segundo criterio de justificación, que podría llamarse de "raíz paternalista" afirma que es legítimo desalentar, por medio de prohibiciones, el consumo excesivo de sustancias psicoactivas, como el alcohol, con el fin de proteger a los consumidores potenciales contra daños físicos y psíquicos que se autoinfringirían si se convirtieran en dependientes. Una ley "paternalista" se traduce en una norma dirigida a proteger los intereses de cierta gente contra la voluntad de los mismos titulares de esos intereses. Por último, nos encontramos frente al característico argumento de la "defensa social", que se configura como uno de los justificativos más comunes y persuasivos a la hora de reemplazar las políticas positivas de un Estado por normas sancionatorias, dadas las consecuencias perniciosas que para la vida social tiene el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, difícilmente pueda pensarse en la existencia de una conducta de un individuo que no pueda llegar a afectar más o menos los intereses de otros. Frente a esta realidad alguien podría afirmar que la distinción que hace nuestra propia Constitución Nacional (artículo 19) entre "acciones privadas" y que ofenden a la moral pública (porque perjudican a terceros) es insostenible; esto significaría que no hay lugar para la libertad personal que reconoce nuestra Ley Suprema de la Nación. Similares argumentos encontramos en esta doctrina respecto de la punición a la tenencia de estupefacientes para consumo personal, argumento devenido abstracto, en estos tiempos, respecto de esta última acción privada<sup>7-10</sup>.

A los fines de concluir con la discriminación de las posibles políticas estatales para la erradicación del alcoholismo, resta recordar, y parece hasta necesario hacerlo, que el alcohol no produce vio-

lencia en sí, las violencias son parte de las simbolizaciones, expectativas y funciones que cada sociedad le otorga. Las drogas son, en cada sociedad, aquello que los conjuntos sociales hacen con ellas. Por ello, esta complejidad del fenómeno del alcoholismo se puede atacar desde varios lados: en las representaciones sociales, en sus relaciones sociales, culturales y de género. Teniendo en cuenta que el empeoramiento de esta situación denota claramente que la normativa restrictiva no sólo no disminuyó el consumo de alcohol, sino que desconoció otras medidas que podrían disminuirlo, como la restricción publicitaria equilibrada con la educación sanitaria y la contención social, se torna imprescindible actuar consecuentemente al concepto de alcoholismo como enfermedad social, brindando herramientas para la autodeterminación del individuo que los aparte de la exclusión sistemática de su desarrollo personal y colectivo, puntualizando en forma profunda sobre la formación de nuestros menores y adolescentes.

No podemos olvidar que este tipo de enfermedades, como el alcoholismo, tienen un patrón cultural y hasta económico determinante, que experimentan hoy día la velocidad de los cambios provenientes de las nuevas condiciones sociales, asistiendo a una tendencia que paulatinamente deforma la idea original. La bebida como hecho social retrocede cada vez más como utilización básicamente farmacológica. No es de sorprender, entonces, la presentación creciente del uso de otras sustancias psicoactivas junto con el alcohol<sup>8</sup>.

Por ello, no pretendamos sanear sólo una de las manifestaciones de la falta de garantía del derecho a la salud como concepto integral, mediante normas restrictivas que pretenden suplir, con prohibiciones, la formación integral, la contención social, la prevención efectiva y la educación, que no son otra cosa que la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos.

Es entonces, una vez más, donde no cabe el tratamiento de normativas sancionatorias y mucho menos del poder de policía que debe ejercer el Estado para asegurar el cumplimiento de dichas normas, debiendo, por el contrario, arbitrar los medios necesarios para que las prohibiciones dirigidas a quienes se pretende proteger y que claramente lesionan derechos básicos como la autodeterminación, el ejercicio de la libertad y la intimidad, sean reemplazadas por la educación y por reales políticas de prevención de este tipo de enfermedades, abandonando de una vez por todas las políticas legislativas paternalistas que, impidiendo el desarrollo integral del individuo so pretexto de "protegerlo", violentan claramente los derechos protegidos por la normativa nacional e internacional ubicada en la cúspide de nuestro ordenamiento jurídico. Es de considerarse muy especialmente la necesidad de implementar políticas de asistencia, de prevención e inserción en todo estado que pretenda autodenominarse "Estado de Derecho", donde debe existir un respeto estricto de las garantías constitucionales vigentes, determinando claramente cuáles son los bienes jurídicos que el Estado debe proteger, cuáles son sus modos de protección, limitándose a hacer una intervención mediante leyes prohibitivas y más aún punitivas en el uso estrictamente necesario de este tipo de normativas, es decir de mínima intervención.

Sin duda la implementación de un derecho restrictivo no es la cura al flagelo del alcoholismo, como no lo fue el derecho penal a la drogadicción, atreviéndome a decir que este tipo de políticas legislativas favorece que las adicciones permanezcan en el anonimato y obstaculizan el tratamiento de quienes tengan la voluntad de recuperarse, estigmatizando la enfermedad.

Quizás no sea el momento propicio para la aplicación profunda de políticas preventivas, de asistencia e inserción sociales, pero podría comenzarse por aplicarse los principios constitucionales que nos rigen y tal vez, en ese camino de transición, encontrar op-

ciones menos lesivas a los principios rectores del ordenamiento jurídico, que al mismo tiempo constituyan políticas estatales realmente efectivas.

Para todo, existe un camino largo y un camino corto. El intento de resolver este tipo de problemas mediante las restricciones es el camino corto que, casi obligadamente, nos dirige al fracaso, teniendo en cuenta que viene a pretender suplir las falencias de un sistema que no garantiza el pleno ejercicio de los derechos a la salud, a la autodeterminación y al desarrollo integral del individuo.

## MENORES: PROYECTOS EDUCATIVOS

Centralizar la protección de los menores utilizando un elemento simplista e insuficiente, como lo es la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años, implica no sólo la falta de cumplimiento por parte del Estado de las obligaciones contraídas en el ámbito del derecho internacional, impuestas por nuestra propia Constitución Nacional, sino un grave ocultamiento de dichas omisiones y de la negligencia con que se asume dicha responsabilidad.

En este sentido, es conveniente, y hasta necesario, analizar con real conciencia y en forma global, la normativa interna que nos rige y la situación social existente respecto de los menores y el consumo de alcohol.

Toda norma tiene, además de una finalidad concreta, una motivación que denota circunstancias sociales determinantes de la necesidad de su existencia.

A simple vista, y sin realizar mayor análisis de las circunstancias imperantes al momento del dictado de las normas, podría sostenerse que la prohibición de vender bebidas alcohólicas a menores de edad constituye una clara y concreta medida de protección de la "salud de nuestros niños", sin embargo, y en tanto se pretenda en forma real y efectiva garantizar el derecho de los menores a una vida sana, resulta fundamental comenzar por asegurar que dicha normativa no sea imprescindible a la hora de salvaguardar a nuestros niños del consumo de alcohol, y, en su caso, tomar medidas menos vulnerables, esto es, que tengan un grado de efectividad e inviolabilidad determinado por la importancia del bien jurídico que intenta preservar.

Si la creencia es garantizar que los menores de edad no consuman bebidas con contenido alcohólico, mediante la interposición de obstáculos para que las adquieran, como la prohibición de su venta, sería conveniente determinar con plena certeza cuáles son los lugares de principal abastecimiento, disponiendo mecanismos efectivos para que la norma sea cumplida y considerando que la sanción sea aplicable en forma extensiva a los responsables del menor (padres, tutores o guardadores). Ello teniendo en cuenta que las

posibilidades reales con que cuentan los menores, a la hora de tener a su alcance bebidas con contenido alcohólico, no se limitan a la adquisición comercial en forma personal; menos aún podría creerse que las mismas se circunscriben sólo a los comercios que se encuentran dentro de los radios alcanzados por las inspecciones estatales.

Si, en cambio, se sostiene que la real solución radica en la formación básica de los menores y sus responsables, mediante la provisión de información clara y precisa sobre el tema, se torna necesario establecer los medios básicos para encarar una política preventiva efectiva.

En este último sentido, las políticas sobre el alcohol dirigidas a los menores deberían formar parte de una respuesta social más amplia, ya que el consumo de alcohol entre los jóvenes, en gran medida, refleja las actitudes y prácticas de la sociedad adulta.

A tales efectos, el Estado debería promover la reflexión sobre los factores sociales que inciden en forma decisiva y constituyen el contexto de los procesos de salud-enfermedad, sobre todo cuando se trata de un grupo de riesgo como los adolescentes.

Estos factores se integran fundamentalmente por las Instituciones Educativas. Ello, por cuanto constituyen el ámbito en el que los menores permanecen o deberían hacerlo cotidianamente un tiempo considerable, por lo que deben funcionar, a través del trabajo docente, como un medio creador de condiciones de las que resulte un contexto saludable y, consecuentemente, protector de conductas de riesgo<sup>11</sup>.

Ahora bien, existe para ello la necesidad de una capacitación docente adecuada para encarar las tareas que implican un proceso global de formación del individuo sin limitarse a la mera transmisión de información, poniendo énfasis en actividades orientadas a conformar el desarrollo de una postura crítica de los menores frente al consumo excesivo de alcohol, respecto de la presión ejercida por sus pares hacia el consumo, de la influencia de los medios de comunicación y de la estigmatización del alcohólico.

Estas condiciones deben lograrse mediante conductas positivas y duraderas, tomando como eje fundamental la responsabilidad y la protección, ya que sin ellas se corre el riesgo de simplificar problemáticas de esta envergadura y de encontrarse en situaciones de emergencia que obliguen a recurrir a soluciones superficiales y provisorias.

Tal como lo ha postulado la Organización Mundial de la Salud, dentro de los principios básicos de su constitución, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.". Ello implica correrse del modelo que postula estrictamente un sentido bio-médico, para considerar las influencias sociales, económicas y culturales que condicionan la salud y la conducta vinculada con su protección<sup>9</sup>.

**Dra. Mariana Chávez** [ Abogada. Patrocinio Jurídico Gratuito. Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires ]

### Referencias

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, artículo 25.
2. Constitución de la Nación Argentina, artículos 19, 31, 33, 42 y 75 inciso 22.
3. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, artículo 12.
4. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948, artículo XI.
5. Ley Nacional de Lucha contra el Alcohólicismo, 1997, 24.788.
6. Decreto N° 03 Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 02 de diciembre de 2003.
7. Domínguez, Ana Cristina, "Los delitos contra la Salud Pública", Tirant Lo Blach "Colección de los Delitos", Valencia 2002, España.
8. Losada, Luis Gustavo, "Hacia una cultura del cuidado de la Salud", suplemento de Derecho Penal, Revista Otro si digo, Año 2000, mayo, N° 3.
9. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Yakarta sobre la conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, 1998.
10. Bacigalupo Enrique, "Manual de Derecho Penal". Ed. Temis, 1994, Bogotá, Colombia.
11. Organización Mundial de la Salud, Escuelas Promotoras de la Salud. "Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras, Comunicación para la salud N° 13, 1999, Wash. D.C.

## II. AUNQUE PATERNALISTAS, LAS REGULACIONES ESTATALES PUEDEN AYUDAR A REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Se ha generado un gran debate en torno a la decisión del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ver artículo anterior), en parte por el temor de que estas medidas no sean exitosas (es de público conocimiento que en nuestros países, el cumplimiento de este tipo de legislación suele ser pobre) y en parte porque éstas afectan los intereses de las personas y empresas que lucran con la venta de alcohol, que en algunos quioscos representa entre el 35 y el 40% del volumen de sus ventas.

### EL PROBLEMA EN EL MUNDO Y EN ARGENTINA

Asumiendo un importante subdiagnóstico, la prevalencia mundial de alcoholismo se estima entre 12 y 15%. La dependencia a alcohol y otras drogas sería responsable de más del 30% de la discapacidad neuropsiquiátrica en hombres y del 7% en mujeres, con el 1,5% de las muertes atribuibles a su consumo. Datos argentinos de 1999 han documentado una prevalencia de problemas con el alcohol de 12% y por otro lado, se estima que por cada paciente alcohólico hay tres o cuatro familiares que sufren las consecuencias de la enfermedad, cerca de ocho millones de personas en Argentina<sup>5</sup>.

Datos de la provincia de Buenos Aires indican que el 78% de los adolescentes varones y el 52% de las mujeres beben alcohol con regularidad, mientras que un informe del SEDRONAR de 1999 revela que el 11% de las personas había abusado del alcohol\* durante los 30 días previos a la encuesta y el 7% había presentado síntomas de abstinencia en el último año (similares guarismos a los de Brasil).

Es destacable el incremento del consumo en las nuevas generaciones de mujeres<sup>3</sup>, que suelen comenzar por bebidas de baja graduación alcohólica y/o de sabores frutados o aromáticos<sup>5</sup> (ej. cerveza o vinos blancos gasificados).

Al igual que en la mayoría de los países occidentales, en Argentina, el consumo de alcohol está ampliamente difundido y culturalmente permitido. Hasta la década del ochenta era aceptado su consumo en forma moderada dentro del ambiente familiar, pero no era bien vista la ingesta excesiva. Este patrón, culturalmente semejante al de los países mediterráneos<sup>5</sup>, implica sólo tenues efectos psicoactivos. Esta situación ha ido cambiando para convertirse en un consumo cada vez más precoz, dañino y riesgoso, que tiende a parecerse cada vez más al patrón observado en otros países latinoamericanos<sup>2,5</sup> donde también se tolera socialmente la embriaguez. El consumo regular y cotidiano del vino de mesa cedió el paso a consumos episódicos con ingesta excesiva, especialmente en adolescentes, a quienes se ha "convencido" que para divertirse hay que estar bajo los efectos de alguna sustancia<sup>10</sup>.

Desde 1980 la cerveza se impuso como la principal bebida consumida por los jóvenes, cuadruplicándose el consumo nacional por habitante<sup>7</sup>. Los jóvenes ingieren alcohol, fundamentalmente en busca de su efecto sobre el estado de ánimo, la percepción y/o el comportamiento, reforzando la bebida la búsqueda deliberada y grupal del descontrol y asociándose al uso de otras sustancias<sup>3</sup>.

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE REGULACIONES PARA DESINCENTIVAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

A principios del siglo XIX, en pleno auge de la Revolución Industrial y en forma consecuente con el patrón de consumo masivo que comienza a imperar en esos tiempos, empieza a ser reconocido en el mundo occidental el alcoholismo crónico como un problema de salud pública. Aparecen en Francia las "Ligas Anti-alcohólicas" y los movimientos para la rehabilitación de los bebedores<sup>8</sup>.

Si bien, consideramos que la prevención de los problemas relacionados con el alcohol, requiere la implementación de estrategias globales transdisciplinarias, transjurisdiccionales y que cuenten con el apoyo y el compromiso de la comunidad y sus manifestaciones organizadas; existen en países más serios que Argentina, antecedentes exitosos de reglamentaciones gubernamentales destinadas a desincentivar el consumo de bebidas alcohólicas.

Yendo más allá de algunos interesantes ejemplos históricos<sup>1,8,11</sup> a lo largo del siglo XX varios trabajos epidemiológicos mostraron asociación inversa entre el precio relativo<sup>1</sup> del alcohol, su consumo por habitante y la mortalidad por cirrosis; lo que respalda las medidas impositivas que tienden a encarecer las bebidas alcohólicas aplicadas por la mayoría de los países europeos<sup>16</sup>. En el Reino Unido y Suecia las restricciones horarias y la limitación de los puntos de venta se asoció a un menor aumento del consumo de alcohol por habitante que las políticas más laxas (ej. Alemania, Holanda); mientras que en EE.UU., Canadá y Suecia se evidenció una disminución de los problemas relacionados con el alcohol en adolescentes cuando se elevó a 21 la edad autorizada para la compra y el consumo de bebidas alcohólicas. Este punto no es menor ya que cuanto más precoz en la vida de una persona es el inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas o de otras sustancias, mayor es la probabilidad de consumo de otro tipo de drogas<sup>3</sup>, en el futuro. Por otro lado, el consumo de alcohol se asocia a mayor fracaso escolar, conductas violentas<sup>12</sup>, y/o de riesgo<sup>1</sup> como las que predisponen a los accidentes de tránsito.

En la actualidad, los gobiernos de los países latinoamericanos han intentado limitar la disponibilidad de las bebidas alcohólicas a través de monopolios gubernamentales de la producción y las ventas de bebidas, impuestos, edades mínimas para la compra (en general

\* Definido como un episodio de consumo de más de 70g de alcohol.

† Es interesante el trabajo de Miguez y col., que mostró que 20% de los adolescentes considera que, si se está organizando una fiesta, es adecuado calcular un consumo de un litro de cerveza por persona, el 20% lo estima en dos litros y el 20% en tres litros (globalmente, el 60% estima más de un litro por persona).

++ Durante el siglo VII, Mahoma prohibió a sus discípulos el consumo de sustancias que "pudieran dañar la pureza del alma". Los Árabes erradicaron durante siglos el consumo de bebidas alcohólicas en las extensas regiones conquistadas.

§ En la América precolombina se castigaba el uso de bebidas alcohólicas fuera de las fiestas religiosas.

\*\* La Chicha y el Pulque, bebidas autóctonas de Latinoamérica causaban estragos en la población indígena, lo que condujo a mediados del siglo XVII a que las autoridades virreinales Limeñas prohibieran la fabricación, distribución y venta de la Chicha, castigando con penas de multas y azotes a los transgresores de estas reglamentaciones.

†† Costo promedio de un litro de etanol puro a partir de la bebida alcohólica más barata del mercado ajustado por la renta media de la población.

18 años con excepción de Chile que exige 21) exigencia de licencias para los locales de expendio, racionamiento y restricción de los horarios de venta (ej. Chile, Colombia y Venezuela) regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas (ej. El Salvador y Paraguay) etc.

## CONCLUSIONES

Por estos antecedentes históricos que hablan de la efectividad que ha mostrado este tipo de regulación gubernamental cuando se la aplica en países con historia de cumplimiento de la ley, teniendo en cuenta que el horario comprendido entre las 23.00 y las 8.00hs es el de mayor consumo de bebidas alcohólicas (más del 90% de

los menores refiere beber en ese horario) y siendo los quioscos uno de los dos principales lugares de provisión de las mismas\* (casi el 80% refiere hacerlo en este tipo de local) consideramos atinada la decisión de las autoridades de la Ciudad de Buenos Aires \*\*. Sin embargo, considerando que durante el mes previo a la vigencia de esta resolución del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires el 80% de los menores refería comprar en quioscos y en discotecas (siempre estuvo prohibida la venta a menores en todo tipo de boca de expendio) suponemos que, de no mediar mejoras en el cumplimiento de las reglamentaciones estatales que restringen la disponibilidad de alcohol, es muy probable que las buenas intenciones que motivaron el reciente decreto estén destinadas al fracaso.

**Dr. Sergio Terrasa** [ Unidad de Medicina Familiar y Preventiva y Escuela de Medicina de Hospital Italiano de Buenos Aires ]

## Referencias

- 1- Rojas-Guiot E, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME, Morón MA, Domenech-Rodríguez M. Alcohol and drug consumption among students from Pachuca, Hidalgo. *Salud Publica Mex* 1999;41:297-308.
- 2- González Menéndez R. El alcoholismo y su atención específica, una proposición para el tercer mundo. 1989, Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.
- 3- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Saldívar-Hernández GJ. Gender differences in alcohol consumption in Mexico City. *Salud Publica Mex* 1999;41:177-188.
- 4- Almeida L, Coutinho E. Prevalence of the consumption of alcoholic beverages and of alcoholism in an urban region of Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 27(1):23-9, 1993.
- 5- Verruno C. Alcoholismo. En: Sociedad Argentina de Pediatría, Secretaría de Educación Continua. Programa Nacional de Actualización Pediátrica. 2001. Módulo No 4. Cap. 3. Pag 43-77.
- 6- Limansky R, Schoj V. Tabaquismo y alcoholismo. En: PROFAM. Programa de Educación a Distancia en Medicina Familiar y Ambulatoria. Esteban Rubinstein, Miguel Zárate, Paula Carrete, editores. 2da edición. Buenos Aires. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". 2001. Capítulo 14. p.229.
- 7- Torresi L, Ciuffo S. Se me sube a la cabeza. *Clarín*. Sección: "Revista Viva". Domingo 28 de septiembre de 2003. Pag 21-26.
- 8- Míguez H. Encuesta Nacional de Adicciones ENSA, 1999. SEDRONAR, 2000.
- 9- Carlini-Cotrim, Beatriz, Gazal-Carvalho, Cynthia and Gouveia, Nelson. Comportamientos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, Dez 2000, vol.34, no.6, p.636-645.
- 10- Mate C. Negocio o salud pública. LA NACIÓN. Sección "Información general". 10.01.2004. Página 24. Disponible en internet: [http://www.lanacion.com.ar/04/01/10/dg\\_562677.asp](http://www.lanacion.com.ar/04/01/10/dg_562677.asp).
- 11- Nazar Beutelspacher A, Tapia Conyer R, Villa Romero A, León Alvarez G, Medina Mora M, Salvatierra Izaba B. Factors related with drug use among urban adolescents in México. *Salud Pública Mexicana* 1994;36:646-654.
- 12- Mora Ríos J, Natera G. Alcohol use expectancy, intake, and related problems among college students in Mexico City. *Salud Publica Mex* 2001;43:89-96.
- 13- Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Publica Mex* 2002;44 supl 1:S109-S115.
- 14- Takahashi A, Franklin J. Alcoholismo. *Pediatrics in Review*. Vol 17. No7. Sept. 1996:248-253.
- 15- Orpinas P. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. *Investigaciones en salud pública*. Documentos técnicos. Proyecto activa. 1999. *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol.6(4).
- 16- Gili Miner M. Epidemiología y prevención de los problemas relacionados con el alcohol. En: Martínez Navarro F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V eds. *Salud Pública*. Madrid. Mc Graw Hill-Interamericana, 1998. Cap 34. Pp.659-677.
- 17- Pyne HH, Claeson M, Correia M. Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2002. (World Bank Discussion Paper No.433).

# Datos no publicados de una encuesta llevada a cabo por alumnos de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano en vecindarios de clase media de la Ciudad de Buenos Aires).  
\*\* Una encuesta realizada en una muestra de 304 personas mayores de 18 años reveló que el 75% apoya la medida y que el 58% supone, como sugiere la evidencia acumulada a lo largo del siglo XX en los países desarrollados que será efectiva en disminuir el consumo en la calle.

## Nuevos Precios Evidencia

Estimado lector:

Como Ustedes sabrán, la suscripción de EVIDENCIA se ha mantenido sin aumentos durante los últimos años, absorbiendo los importantes incrementos de nuestros costos sin trasladarlos a nuestros lectores. Es por ello que nos vemos obligados a realizar un ajuste pequeño del precio de la suscripción anual. Desde ya, esperamos seguir contando con Ustedes que hacen que este proyecto sea posible.

Comité Editorial

## Fe de Erratas : Evidencia : volumen 7 nro. 1, pág.18-24.

El artículo publicado en la sección Actualización "Manejo de la bronquiolitis en niños" corresponde a la **Dra. Graciela Demirdjian**, Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan.