

EPIDEMIA DE ALCOHOLISMO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO, DEL PARADIGMA INDIVIDUAL AL COMPROMISO SOCIAL



Por **Francisca Dávalos y Martin Langsam**

El uso nocivo del alcohol causa, a nivel mundial aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, esto es el 5,9% de todas las muertes. Esta suma es mayor que la proporción de muertes por VIH/Sida (2,8%), tuberculosis (1,7%) o violencia (0,9%), por citar solamente algunos ejemplos. Así mismo, pueden atribuirse al alcohol un 5,1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones (avads) y, cerca de un cuarto de éstas remiten a desórdenes neuropsiquiátricos.

Si bien la relación entre el consumo de alcohol y la salud es multidimensional, la evidencia científica sugiere que el uso nocivo del alcohol es la principal causa de traumatismos involuntarios por lesiones, de tras-

Francisca Dávalos es antropóloga (U de Chile), Magister en Antropología Social y Política (FLACSO) Argentina, Investigadora y docente (Universidad ISALUD)

Martin Langsam es sociólogo (UBA), Magister en Políticas Públicas para América Latina (Oxford, Reino Unido). Secretario de Ciencia y Técnica, docente e investigador de la Universidad ISALUD.

tornos neuropsiquiátricos, depresión, malnutrición y, en casos muy severos, puede generar daño cerebral.

También es un importante factor de riesgo para la prevalencia de múltiples enfermedades, como las hepáticas, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, úlceras, anemia, coagulación defectuosa y de enfermedades de transmisión y funcionamiento sexual (OMS, 2015).

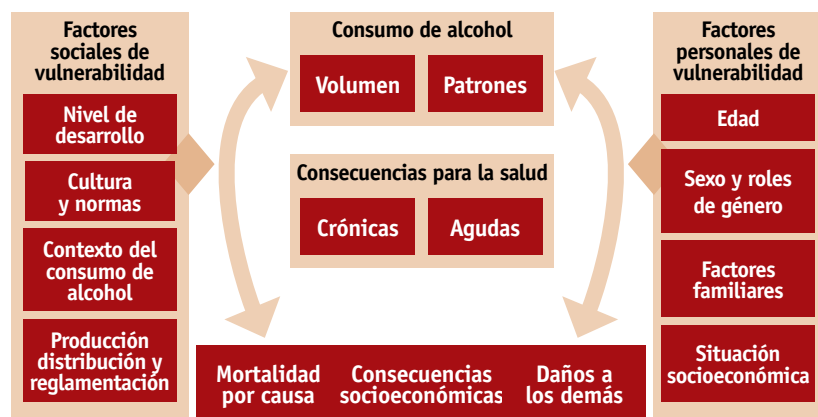
De esta forma el daño producido por el alcohol se puede determinar por 3 dimensiones interconectadas: el **volumen de alcohol consumido**, los **patrones de ingesta** y, en determina-

das ocasiones, la **calidad del alcohol consumido** (OMS, 2014). Estas 3 dimensiones están asociadas a 3 mecanismos producidos directamente por el consumo de alcohol: efectos tóxicos en órganos y tejidos, intoxicación (llevando a impedimentos de coordinación física, de conciencia, cognitivos, percepción, afectos o conductas y por ende, una mayor asociación a accidentes), y dependencia (deficiencia en el autocontrol).

Dentro de los patrones de ingesta, se encuentra el **consumo episódico excesivo (CEE)** definido como el consumo de 60 o más gramos de

Figura 1

Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud



Fuente: OPS, 2015.

alcohol puro en una sola ocasión al menos una vez al mes. La relevancia del CEE es su relación directa en accidentes, distintas formas de violencias y heridas. Por otro lado, la calidad del alcohol toma importancia en la medida en que su fabricación casera puede incluir sustancias tóxicas (methanol o desinfectantes), además de que al encontrarse fuera del mercado regulado, puede incrementarse el volumen de consumo total sin registro, incidiendo en la salud de quienes lo consumen. La figura 1 muestra la interrelación de factores que están o no directamente relacionados con el alcohol.

Por esta razón, desde el año 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora los Global Status Report (años 1999, 2004, 2011 y 2014) que presentan una perspectiva global, regional y nacional respecto de esta problemática, resaltando las consecuencias para su salud y las políticas públicas implementadas por los Estados miembros para hacerle frente.

En este sentido, la OMS sugiere que hay una probabilidad mayor de desarrollar problemas con el alcohol cuando las personas tienen mayores vulnerabilidades, lo que expresa un deterioro de su salud y se manifiesta en dimensiones físicas, mentales y sociales (i.e. dieta no saludable, contaminación ambiental, escaso acceso al sistema de salud, etc.).

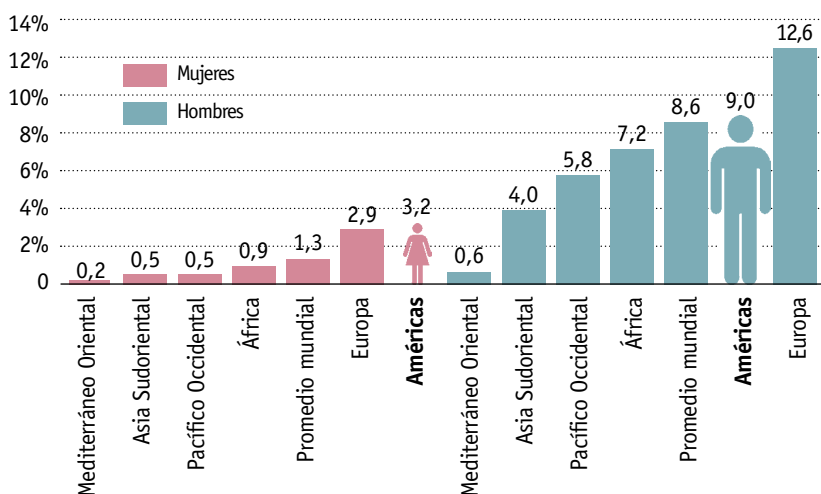
Aun así, el consumo dañino de alcohol además de generar dependencia, acorta la expectativa de vida de las personas, lo que impacta diferencialmente según el sexo de la persona. Y éste es el indicador que establece distinciones relevantes en las morbimortalidad tanto en el volumen de alcohol que se consume como en los patrones de ingesta de alcohol (fundamentalmente en los consumidores episódicos excesivos).

Por otro lado, los países desarrolla-

Gráfico 1

Prevalencia de trastornos por consumo alcohol según región y sexo

En porcentajes. Mayores de 15 años de edad. 2012

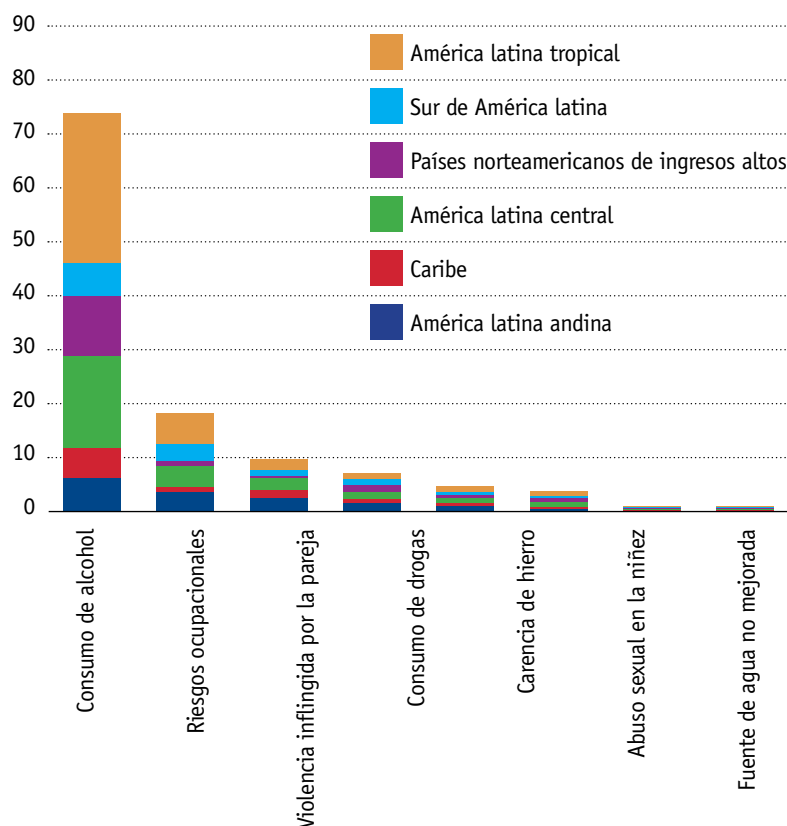


La región Américas tiene algunas de las tasas más elevadas de trastornos por consumo de alcohol del mundo, especialmente entre las mujeres

Fuente: OPS, 2015

Gráfico 2

Tasas de mortalidad de personas de 15 a 19 años de edad, por factor de riesgo y por subregión, en la Región de las Américas (2010)



Fuente: OPS, 2015

dos tienen una mayor carga de morbilidad relacionada al alcohol, sin embargo la relación entre desarrollo económico, consumo de alcohol y la morbilidad asociada es compleja; esto, porque si bien el volumen de consumo puede ser menor en países periféricos, entran en juego patrones de ingesta más riesgosos que en países desarrollados.

En el contexto panamericano, el consumo tiende a ser más elevado que la media mundial: individuos de 15 años o más beben un promedio de 6,2 litros de alcohol puro por año (13,5 gramos de alcohol puro por día), mientras que en los países de América Latina, la media para el año 2010 era de entre 7,5 a 9,9 litros de alcohol puro per cápita (15 años o más). Llama la atención que el consumo se haya mantenido relativamente estable a lo largo de 8 años, ya que para el año 2002, la media global era de 6,2 litros de alcohol puro, mientras que para América, de 8.5 litros. (Rehm, et al, 2006).

Al desglosar los datos agregados vemos que la región es diversa en lo que se refiere a consumo de alcohol, diferenciándose entre países con muy baja mortalidad infantil y adulta (AMR A),

países con baja mortalidad infantil y adulta –AMR B- (dentro de los que se considera a Argentina), y países de alta mortalidad infantil y adulta (AMR D) (Monteiro, 2007). Sin embargo, el alcoholismo aparece como el primer factor de riesgo para la carga de morbilidad (año 2000) para AMR B y D, mientras que en segundo lugar para AMR A, como muestra la tabla 1.

Datos recientes para Argentina

La ENFR 2013 analizó los siguientes indicadores: prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo, definido en este caso 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; y prevalencia de CEE, ya definido anteriormente. El consumo de alcohol regular de riesgo a nivel nacional fue de 9,7%, manteniendo un valor similar a los registrados en las ediciones anteriores. En cuanto al sexo, se observó un mayor consumo regular de riesgo en varones (11,7%) que en mujeres (4,4%) y en los rangos etarios 18 a 24 años (10,7%) y 25 a 34 años (9,6%). No se registraron

diferencias según nivel educativo ni por ingreso total del hogar por unidad consumidora.

La prevalencia del CEE a nivel nacional fue de 10,4% la cual aumentó respecto de la 2° ENFR 2009 (8,9%) Al igual que para el consumo regular de riesgo, los varones (17,1%) reportaron mayor consumo episódico excesivo que las mujeres (4,4%). También el CCE estuvo fuertemente asociado a una menor edad, ya que los más jóvenes refirieron tener esta conducta 9 veces más que los mayores de 65 años (17,7% entre los encuestados de 18 a 24 años y 1,9% en mayores de 65 años). A su vez, al relacionar ambas categorías, se observó un porcentaje aún mayor en los varones de 18 a 24 (25,7%) que en las mujeres de la misma edad (9,7%).

Políticas preventivas

Según la Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, entre las políticas más costo efectivas se encuentran: el control de la disponibilidad de alcohol; el aumento del precio a través de impuestos; el control de la publicidad del alcohol, y la implementación de políticas para evitar la conducción de

Tabla 1

Principales factores de riesgo para la carga de morbilidad en el año 2000 en diferentes regiones de las Américas*, clasificadas por porcentaje de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos atribuibles a cada factor

América D (Alta mortalidad infantil y adulta)		América B (Baja mortalidad infantil y adulta)		América A (Muy baja mortalidad infantil y adulta)	
AVAD totales (miles)	17.062	AVAD totales (miles)	80.437	AVAD totales (miles)	46.284
Alcohol	5,5	Alcohol	11,4	Tabaquismo	13,3
Bajo peso	5,3	Sobrepeso	4,2	Alcohol	7,8
Sexo no seguro	4,8	Hipertensión arterial	4,0	Sobrepeso	7,5
Agua y serv. sanit. no seguros	4,3	Tabaquismo	3,7	Hipertensión arterial	6,0
Sobrepeso	2,4	Colesterol	2,3	Colesterol	5,3
Hipertensión arterial	2,2	Sexo no seguro	2,1	Baja ingesta de frutas y verduras	2,9
Deficiencia de hierro	1,9	Exposición a plomo	2,1	Inactividad física	2,7
Humo en interiores	1,9	Baja ingesta de frutas y verduras	1,8	Drogas ilícitas	2,6
Colesterol	1,1	Agua y serv. sanit. no seguros	1,6	Sexo no seguro	1,1
Baja ingesta de frutas y verduras	0,8	Inactividad física	1,4	Deficiencia de hierro	1,0

* Definición de regiones: las subagrupaciones regionales utilizadas por la OMS, basándose en niveles altos, medios, bajos de mortalidad adulta e infantil.

“A” significa muy baja mortalidad infantil y adulta, “B” es baja mortalidad infantil y adulta, y “D” es alta mortalidad infantil y adulta.

América A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, **América B:** Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela, **América D:** Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

Fuente: Monteiro, 2007.

vehículos bajo los efectos del alcohol (OPS, 2010, OMS 2013).

Otras medidas poblacionales que también cuentan con evidencia en su costo efectividad son el aumento de la edad mínima permitida para adquirir alcohol y la regulación de la graduación de alcohol en las bebidas (OMS, 2007, 2010).

Dentro de las intervenciones individuales, numerosos estudios respaldan las estrategias de detección temprana e intervenciones breves realizadas en el primer nivel de atención, sobre todo para actuar contra los riesgos del CEE (OPS, OMS, 2013).

En Argentina existe el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, desarrollado por la Dirección Nacional de Promoción de Salud Mental y Control de Adicciones que articula sus acciones con otras áreas gubernamentales tales como la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). En estos casos particulares las estrategias utilizadas pueden resumirse de la siguiente manera:

- Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo, sancionada en 1997 (Ley N° 24.788) y sus decretos reglamentarios 149/09 y 688/2009.

- La elaboración y difusión de herramientas para la detección temprana y atención del consumo episódico excesivo de alcohol.

- Acciones de política comunicacional que incluyen acciones de sensibilización pública y acciones de capacitación a agentes de salud, centradas en la detección temprana, las intervenciones breves de consejería y el acompañamiento terapéutico de los casos detectados.

- La promoción del consumo responsable articulada con las entidades empresarias de productores de bebidas alcohólicas.

- El seguimiento de los indicadores para la vigilancia epidemiológica (Ver

Tabla 2

Evolución de los principales indicadores agregados sobre consumo de alcohol en Argentina

Principales indicadores	2005	2009	2013
Consumo de alcohol regular de riesgo	9,6% (9,0%-10,3%)	10,7% (10,1%-11,3%)	9,7% (9,1%-10,4%)
Consumo de alcohol episódico excesivo	10,1% (9,3%-10,9%)	8,9% (8,4%-9,5%)	12,1% (9,9%-14,7%)
Manejó habiendo bebido alcohol (últimos 30 días)	16,8% (15,3%-18,2%)	13,2% (12,3%-14,1%)	12,1% (9,9%-14,7%)

Fuente: 3era ENFR (MSAL), 2013

tablas ENFR y cuadros referentes de la EMSA y los estudios de la SEDRONAR en este mismo artículo).

Alcohol y percepción de los riesgos asociados a su ingesta

Sin embargo, y más allá de detallar la efectividad de las políticas desarrolladas, nos interesa mencionar algunos aspectos menos estudiados del fenómeno en cuestión. Estos aspectos se relacionan con la percepción del riesgo que la ingesta conlleva, ya sea esta regular o episódica.

Definido como “[...] la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa posibilidad”, el riesgo es cifrado en la morbi-mortalidad (OMS, 2002: 12); y su relación con el alcohol implica dar cuenta del ciclo vital de las personas, al considerar que la exposición a experiencias y entornos desventajosos se acumula a lo largo de la vida, aumentando el riesgo de enfermedad y muerte prematura. Como ya se mencionó anteriormente de manera resumida, el consumo de alcohol se relaciona con accidentes y violencia; por ejemplo, entre el 20 y el 50% de las fatalidades en accidentes de tránsito están relacionadas con el alcohol (Monteiro, 2007). Así mismo, hay correlaciones entre el consumo de alcohol y el riesgo de una persona de ser perpetrador o víctima de violencia (violencia en la pareja,

maltrato infantil, violencia juvenil, violencia sexual, y maltrato y abuso de ancianos). En este sentido, el abuso de alcohol y la violencia actúan como catalizadores entre ambos. Así mismo, se encuentra una relación entre el comportamiento sexual riesgoso y el uso y abuso de alcohol, teniendo como consecuencia embarazos no deseados, transmisión de enfermedades venéreas y violaciones, entre otros. Sin embargo esta interpretación debe necesariamente examinarse desde una perspectiva amplia, considerando cómo se definen los riesgos y cómo los perciben y aceptan tanto individuos como grupos de la sociedad.

Siguiendo a Monteiro (2007), al complementar la dimensión sociocultural, la biológica y la aproximación estadística, se relativiza la aplicación del concepto de riesgo. En este sentido, diversos autores indican que una definición precisa sobre el concepto “riesgo” es difícil y, por ende, el significado tiende a tener un carácter controversial.

Diversas investigaciones demuestran que las personas que incurrir en comportamientos riesgosos relacionados con alcohol (por ejemplo, manejar en estado de ebriedad, o beber durante el embarazo), lo hacen en conocimiento de los daños potenciales para su salud y la de otros. Para entender esta distancia entre conocimiento y práctica cotidiana, debemos

atender cuestiones relativas a la definición del riesgo, para después diferenciar entre percepciones y aceptabilidades de éste.

En primer término, la definición del riesgo evidencia una brecha entre dos discursos específicos respecto del riesgo que impactan profundamente en el uso abusivo de alcohol en relación con accidentes: el de los expertos y el de los no expertos.

Definir una conducta de riesgo implica posicionar al sujeto en una red de riesgos o factores de riesgo que son objetivados por un *otro*, suponiendo en última instancia que el riesgo es controlable y que el saber experto puede hacerse cargo de él, cuestión que en el contexto de la sociedad ac-

tual, implica la autogestión y privatización del riesgo.

De esta forma, cuando la discusión enfatiza conceptos tales como elección/decisión, control y responsabilidad de comportamientos que incluyen factores de riesgo, los programas y políticas de salud privilegian nociones reflexivas y autogobernadas de los sujetos. Sin embargo, y tal como lo demuestran las estadísticas de alcohol y accidentes, las personas siguen incurriendo en comportamientos riesgosos (Lupton, citada en Spencer, 2008).

Esto se relaciona con una dimensión placentera y, aparentemente positiva, que incide en comportamientos definidos como riesgosos en áreas como

la salud, el trabajo o las relaciones, en la cual la intensidad de las emociones experimentadas constituyen un discurso no experto (de las personas) que enfatiza el rechazo al control y regulación social impuesta al sujeto por medio de legislación,

Así, el enfoque experto sobre el riesgo, supone una definición de éste como **peligro de daño** que, al ser identificado, fomenta la utilización de evidencias de eventos pasados para predecir y prevenir eventos dañinos en el futuro, salvaguardando así la seguridad de las personas. Pero esta definición no es completa puesto que no reconoce la agencia de los sujetos en la estructuración del riesgo, perspectiva que resalta discursos de placer y autonomía en la toma voluntaria de comportamientos riesgosos (como conducir en estado de ebriedad) en total conocimiento de los riesgos potenciales a la salud. Así, el discurso experto hace hincapié en las nociones de decisión y responsabilidad del sujeto, asumiendo que las personas siguen –sin cuestionamientos–, la definición experta respecto de lo saludable y lo no riesgoso (Alaszewski et al., 2006; Alaszewski, 2006; Spencer, 2008).

Por el contrario, los sujetos reconocen los comportamientos riesgosos pero los sopesan en la probabilidad de ocurrencia, en conjunto con la tensión entre seguridad y autonomía. De esta forma, adoptando un elemento de confianza en sus conductas, si un evento no cabe dentro del registro experiencial de una persona, ésta no la asocia a un riesgo y, por ende, no la visualiza como ocurriendo en el futuro.

Aquí es oportuno diferenciar analíticamente entre la percepción de los riesgos, como creencias que tienen una dimensión perceptiva; la aceptabilidad de los riesgos, entendida como la interpretación de creencias sobre peligros/riesgos que se expresa

Resultados de la 2da Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2012

- El 70,5% de los estudiantes bebió alguna vez alcohol en su vida; de éstos, el 75,9% lo hizo por primera vez antes de los 14 años. Este porcentaje fue mayor en varones (78,7%) que en mujeres (73,3%). La mitad de los estudiantes encuestados declaró haber bebido alcohol al menos 1 de los últimos 30 días, siendo este porcentaje mayor en los estudiantes de más edad. Esta tendencia también se observó en el indicador de cantidad de tragos consumidos: el 54,9% de los estudiantes de 13 años que bebieron alcohol en los últimos 30 días, refirió haber tomado dos o más tragos los días que bebió y los de 15 años refirieron haberlo hecho en un 66,7%
- En comparación con los resultados de la EMSE 2007, se evidenció que la proporción de estudiantes que tomó dos o más tragos los días que bebió aumentó más de 25 puntos porcentuales, siendo en aquel momento del 35,3% y del 62,9% en el 2012. No se registraron diferencias en el resto de los indicadores de consumo de alcohol respecto a la encuesta anterior.
- El 27,9% de los estudiantes se emborrachó alguna vez en la vida, mientras que el 19,7% refirió que alguna vez en la vida le ocurrió alguno de los siguientes eventos como resultado de haber bebido alcohol: tuvo resaca, se sintió enfermo, tuvo problemas con su familia o amigos, faltó a la escuela o participó en peleas. Ambos indicadores fueron mayores en estudiantes de más edad.
- Entre aquellos estudiantes que quisieron comprar bebidas alcohólicas, al 26,7% se les negó la venta debido a su edad
- Por último, el 42,7% de los estudiantes encuestados manifestó haber visto publicidades de bebidas alcohólicas diaria o casi diariamente en el último mes en videos, revistas, internet, cines, eventos deportivos o conciertos
- Exceptuando el indicador que refiere al consumo de alcohol antes de los 14 años, no se observaron diferencias según sexo en el resto de los indicadores de esta temática

Fuente: EMSE (MSAL)

PRESENTAMOS



COMUNIDAD ISALUD de BODEGA TIERRA MAYOR



**DISFRUTE DE BENEFICIOS EXCLUSIVOS, EVENTOS,
DESCUENTOS ESPECIALES Y PREMIOS.**

Para **asociarse** o saber mas sobre COMUNIDAD ISALUD envíenos un mail con sus datos a:
comunidad-isalud@bodegatierramayor.com.ar

M

www.bodegatierramayor.com.ar

BEBER CON MODERACIÓN. PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS.

en decisiones y comportamientos; y los riesgos aceptados, las prácticas y comportamientos de riesgo de sujetos concretos.

Esto se hace patente, por ejemplo en la relación entre el consumo de alcohol y el embarazo, ya que si bien beber alcohol es considerado como una actividad dañina durante la gestación, el consumo en dosis controladas ha sido aceptado por mujeres embarazadas (Morris, Suazi y Mazis, 1994). Otro estudio sobre percepción de advertencias relativas al alcohol, evidenció que personas que consumían menor cantidad de alcohol percibían mayor riesgo de conducir bajo los efectos del alcohol, que personas que mostraban más volumen y frecuencia en la ingesta. Así mismo, las mujeres asociaban un mayor riesgo que los hombres a conducir habiendo consumido alcohol y a la ingesta de alcohol durante el embarazo (Patterson, Hunnicutt y Stutts, 1992).

La edad también aparece como un elemento significativo a la hora de sopesar la relación volumen de alcohol

y riesgos, al relacionar inversamente la conciencia del riesgo y niveles seguros de ingesta de alcohol, en donde los segmentos juveniles tienden a consumir mayor cantidad de alcohol (Little et al., 1980).

Todo lo anterior sugiere que existe la creencia, **la percepción de un control de los riesgos del alcohol por parte de las personas al reducir la cantidad y/o frecuencia de la ingesta.** Así, los sujetos interpretan los riesgos diferencialmente (por lo que encontramos una **aceptabilidad** de éstos) dependiendo de la evaluación de las actividades, y despliegan comportamientos aceptando aquellas que, en dicha interpretación, no se configuran en el horizonte cognitivo de las personas.

De esta forma, se construye una distancia entre un deber ser público constituido por un aspecto normativo y sanitario, y el comportamiento rutinario de los sujetos sociales (Gusfield, 2014). Dicha separación se hace evidente en el acto de conducir habiendo consumido alcohol; las personas tienen co-

nocimiento de los efectos del alcohol en la conducción de automóviles, sin embargo siguen incidiendo en tales prácticas individuales.

Efectividad de las políticas, del riesgo individual a la prevención integral

En este contexto, y siguiendo a Gusfield (2014), **la eficacia de las sanciones legales en tanto método de disuasión y prevención de accidentes viales producto del alcohol, es limitada.** Por esto, Gusfield resalta un proceso de construcción de una realidad social por medio de la norma (ley), la cual crea autoridad y legitima el control social por medio de la imagen de un orden naturalizado que se fundamenta en el consenso moral y cognitivo, orden avalado por el discurso científico a través de investigaciones y publicaciones, los cuales constituyen un sentido específico al acto en la arena pública. De esta forma, el autor plantea que –teniendo en cuenta la brecha ya esbozada–, las legislaciones y políticas específicas en la materia deben ser entendidas como puestas en escena creadas para el consumo público, y no como estrategias técnicas para controlar el abuso de alcohol y su relación con el uso del automóvil. En este sentido, las presentaciones públicas traducidas en agenda institucional, disimularían las barreras y obstáculos, camuflando los conflictos de intereses que afectan a la implementación de las políticas, como un método para establecer un mundo lógico y consistente. En el caso ejemplificado la morbi-mortalidad asociada al uso excesivo del alcohol y la conducción de automóviles. Lo que está en tensión aquí no cuestiona la problemática asociación entre consumo de alcohol-accidentes/violencias sino las soluciones que se piensan para la implementación de políticas

Resultados del 6to Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media, 2014

- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes en todo el país, tanto entre los varones como entre las mujeres y en los grupos de edad de 15 y 16 años y el de 17 años y más.
- 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida. 6 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en el último año. La mitad de los adolescentes declaró haber consumido bebidas alcohólicas durante el último mes.
- Esto implica que más de 1.116.000 estudiantes consumen alcohol actualmente.
- El consumo de alcohol se incrementa con la edad de los estudiantes. Sin embargo debe señalarse que la mitad de los adolescentes de 14 años o menos ya habían tomado alguna bebida alcohólica alguna vez.
- Varones y mujeres consumen bebidas alcohólicas en proporciones similares.
- El análisis de tendencia durante el último quinquenio (2009- 2014) pone en evidencia que, en términos generales, el valor de la prevalencia del consumo de bebidas alcohol entre los estudiantes secundarios se mantuvo estable.

Fuente: SEDRONAR, 2014

en la materia. **Esto, ya que las políticas de control tienden a focalizar en el individuo particular, por lo que la explicación se centra en la conducción deficiente, en un evento aislado con solución individual. Esto socava las posibilidades de la construcción del problema público donde, en la sanción, deben también incluirse otros actores de la problemática: la industria automotriz, las compañías de seguro, la industria de bebidas alcohólicas, entre otros.**

Teniendo esto en cuenta, resulta relevante a la hora de diseñar políticas referidas al consumo excesivo de alcohol, integrar una diversidad de actores sociales, institucionales, económicos y políticos que inciden en la configuración de los problemas públicos. Tal como plantea Murray (1991), los problemas públicos son construcciones sociales que se vuelven lo que son para cada grupo, producto de la definición antagónica por parte de otro colectivo: así “[...] un problema está constituido por las diferencias entre sus definiciones [...] una política, entonces, es un conjunto de respuestas contradictorias, cambiantes y diversas a un espectro de intereses políticos.” Las afirmaciones de dicho autor ponen en evidencia que para que un problema sea puntualizado como público, se ponen en juego diversas tensiones entre grupos; de esta forma, no todos los problemas se incorporan a las agendas públicas e institucionales pues dependen de las interpretaciones, de los recursos, del poder y estrategias de los actores que los ponen en juego en el campo de las políticas públicas. Pero dicho proceso sólo puede ser comprendido en el marco de una disputa en la definición de la política, donde el Estado debe desplegar sus capacidades políticas y administrativas para incluir y negociar y coordinar con diversos actores sociales e institucionales construyendo agendas institucionales consensuadas, y flexibilizar

las estrategias en función de los contextos políticos locales.

Esto se vuelve fundamental a la hora de pensar soluciones al consumo excesivo de alcohol y la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles asociadas al mismo; desde la regulación de la disponibilidad de acceso (establecimiento de monopolios estatales, limitación de horarios y días de venta, y edad mínima de compra), pasando por las restricciones a la comercialización (enfaticando en

la regulación de la publicidad a determinados segmentos poblacionales, aumento de precios vía impuestos) y las restricciones a la conducción en estado de ebriedad por medio de límites legales de cantidad de alcohol en la sangre (OPS, 2015), **cualquier medida de este tipo será más efectiva en la medida en la que logre generar consenso y compromisos entre todos, o al menos la mayoría de los actores sociales e institucionales involucrados.**

Referencias bibliográficas

- Alaszewski, Andy. 2006. Managing risk in community practice: nursing, risk and decision-making. En: Paul Godin (ed.) Risk and Nursing Practice, Palgrave, London, pp. 24-41.
- Alaszewski, Andy; Helen Alaszewski & Jonathan Potter. 2006. Risk, Uncertainty and Life Threatening Trauma: Analysing Stroke Survivor's Accounts of Life after Stroke. En Forum: Qualitative Social Research, Volume 7, No. 1, Art. 18 – January 2006 Pp: 1-16
- Fischhoff, Baruch; S. Watson y C. Hope. 1984. Defining Risk. En Policy Sciences 17 (1984) 123-139.
- Gusfield, Joseph. 2014. La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Siglo Veintiuno Editores, Argentina.
- Little, Ruth; Harrison Grathwohl; Ann Pytkowics and Catherine McIntyre. 1981. Public Awareness and Knowledge about the Risks of Drinking During Pregnancy in Multnomah County, Oregon. En AJPH March 1981, Vol. 71, No. 3. pp: 312-314.
- Lupton, Deborah. 1999. Introduction: risk and sociocultural theory. En: Lupton, Deborah (ed.), Risk and sociocultural theory: New Directions and Perspectives. Cambridge University Press. Pp: 1-11.
- Monteiro, Maristela. 2007. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS.
- Morris, Louis; John L. Swasy and Michael B. Mazis. 1994. Accepted Risk and Alcohol Use During Pregnancy. En Journal of Consumer Research, Vol. 21, No. 1 (Jun., 1994), pp. 135-144.
- OMS, 2014. Global Status Report on Alcohol and Health.
- OPS, 2015. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. División de Enfermedades no transmisibles y salud mental, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y Políticas Públicas, segunda edición. Washington, D.C: OPS, 2010
- Patterson, Larry; Garland G. Hunnicutt and Mary Ann Stutts. 1992. Young Adults' Perceptions of Warnings and Risks Associated with Alcohol Consumption. En Journal of Public Policy & Marketing, Vol. 11, No. 1 (Spring, 1992), pp. 96-103.
- Rehm, Jürgen; Robin Room, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel, Kathryn Graham, Nina Rehn, Christopher T. Sempos, Ulrich Frick and David Jernigan. 2004. Alcohol Use. En Ezzati, M. Alan D. Lopez, Anthony Rodgers and Christopher J.L. Murray (eds.), Comparative quantification of health risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors Volume 1. World Health Organization, Geneva.
- Spencer, Grace. 2008. Young people's perspectives on health-related risks. En Educate Vol.8, No.1, 2008, pp. 15-28. Disponible en: <http://www.educatejournal.org>
- Tulloch, John; Deborah Lupton. 2003. Introduction: Researching Risk and Everyday life. En Risk and Everyday Life. Pp: 1-15. SAGE Publications, California.
- Yu Ye, Cheryl J. Cherpitel y Scott Macdonald. Capítulo 6: Traumatismos relacionados con el consumo de alcohol en las Américas: variaciones en función de la causa y el país. En Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política. OPS. OMS; Washington DC, 2013