



EVALUACIÓN DEL AVANCE EN LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DEL ALCOHOL EN LOS PAÍSES ANDINOS



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

EVALUACIÓN DEL AVANCE EN LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DEL ALCOHOL EN LOS PAÍSES ANDINOS: ORAS-CONHU; 2026.

67 p.; ilus.tab

SALUD/ ENT/ ALCOHOL/ Políticas públicas/ REGIÓN ANDINA/ Sistemas de Salud/ Indicadores/ Estrategias

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2026- 00569

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta ORAS-CONHU

Dr. Luis Beingolea More, Coordinador del Comité Andino de Enfermedades No Transmisibles ORAS-CONHU

Mag. Stephanie Tafur, Profesional de Salud Pública y Salud Global

Consultor encargado de estudio: Eco. Mag. Augusto Portocarrero Grados.

Coordinación de publicación: Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Jefa de Comunicaciones ORAS-CONHU

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2026

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 611 3700 <http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, enero 2026



Atribución-NoComercial-Compartirlgual
CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

Contenido

Presentación	6
Resumen ejecutivo	8
Introducción	10
I. Objetivos del informe.....	13
II. Estrategias mundiales y regionales contra el uso nocivo de alcohol	15
III. Los avances en los indicadores de la segunda línea estratégica del Plan Andino para la Prevención y Control de las ENT 2018 – 2022.....	27
III.1. El Plan Andino y la lucha contra el consumo nocivo del alcohol	27
III.2. Indicadores y avances por país del Plan Andino para la Prevención y Control de las ENT 2018 – 2022	27
1. Número de países con impuestos selectivos a todas las bebidas alcohólicas, ajustadas para la inflación/costo de vida y de acuerdo con el volumen de alcohol puro.	27
2. Número de países que logran una reducción del consumo per cápita de alcohol en la población con más de 15 años de edad, desde la línea de base, al nivel establecido en la meta mundial (10%).	37
3. Número de países que desarrollan e implementan una estrategia o plan de acción nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol que incluya medidas fiscales para reducir el consumo de alcohol, regulación de la publicidad, promoción y patrocinios y medidas regulatorias para reducir el acceso físico del alcohol (reducción de los horarios de venta; venta a menores; sistema efectivo de licencias para la venta y reducción de la densidad de los puntos de venta de alcohol).	37
4. Número de países con servicios de detección e intervención breve en todos los servicios de APS.....	41
5. Número de países con políticas y reglamentos nacionales para reducir la exposición de niños y adolescentes a la publicidad de alcohol en todos los medios.....	44
6. Número de países con políticas y reglamentos para reducir la producción, venta y distribución de alcohol ilícito.....	47
7. Número de países con reglamentos para controlar los horarios, días y locales de venta de bebidas alcohólicas, bien como la venta a menores y por menores de edad.	48

8. Número de países con regulaciones sobre el etiquetado de las bebidas alcohólicas (contenido de alcohol en N tragos estándar, alertas de salud sobre los daños del alcohol, visibles y entendidos por la población, N calorías e información nutricional)	54
9. Número de países con guías clínicas nacionales para los límites de riesgo del consumo de alcohol.....	55
10.Número de países con detección e intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol integrados en los servicios de atención primaria ...	57
IV. Conclusiones y recomendaciones	58
V. Bibliografía relevante	60
Anexos.....	63

Presentación

El consumo excesivo de alcohol representa un problema de salud pública significativo en los países andinos y sudamericanos. Se ha asociado con diversas consecuencias negativas, como accidentes de tránsito, violencia, suicidios, enfermedades crónicas y problemas sociales.

En la Región de las Américas, el consumo nocivo de alcohol representó un alarmante 6,7% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Esta cifra revela que el alcohol fue responsable tanto de muertes prematuras como de años perdidos por discapacidad relacionada con su consumo. La Región presenta algunas de las tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol y trastornos fetales por alcohol a nivel global. Las cifras son particularmente preocupantes si se toma en cuenta las muertes que causa en las Américas, 2,5 millones de muertes cada año, y en el caso de los jóvenes de entre 15 y 29 años el 9 por ciento de las defunciones en este grupo etario se debe a causas relacionadas con el consumo de alcohol.

En respuesta a este desafío, los gobiernos de la región han implementado diversas estrategias para la prevención y el control del alcoholismo. La mayoría de los países han implementado medidas como el control del horario de venta de alcohol, la prohibición de la venta a menores y la exigencia de mensajes de etiquetado. Los impuestos sobre las bebidas alcohólicas han demostrado ser una estrategia esencial y rentable, pero a menudo enfrentan resistencia debido a consideraciones de generación de ingresos.

Frente a esta situación, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, aprobó mediante Resolución REMSAA XXXVII/ 525, el Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) para el periodo 2018-2022, e incluyó en su segunda línea estratégica denominada “Factores de riesgo de ENT reducidos y factores protectores incrementados”, reducir el consumo nocivo del alcohol e incluyó indicadores para medir el avance programado en la disminución de los factores de riesgo.

La mayoría de los países han implementado medidas como el control del horario de venta de alcohol, la prohibición de la venta a menores, la exigencia de mensajes de etiquetado, los impuestos sobre las bebidas alcohólicas han demostrado ser una estrategia esencial y rentable, pero a menudo enfrentan resistencia debido a consideraciones de generación de ingresos, abordar la producción y el consumo de alcohol ilícito sigue siendo un desafío, particularmente en las comunidades marginadas y las zonas rurales.

Es por ello que es necesario fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria y promover la respuesta multisectorial, desarrollar políticas y estrategias nacionales explícitas para reducir el consumo perjudicial de alcohol, adaptadas al contexto específico de cada país. contra el consumo perjudicial de alcohol.

Este documento proporciona información valiosa sobre el progreso y los desafíos de la reducción del consumo perjudicial de alcohol en los países andinos. Para lograr el objetivo se ha contado con la participación de los países respondiendo un cuestionario, además, de la revisión de información pública relevante.

Destaca la necesidad de un liderazgo más fuerte, políticas integrales e intervenciones basadas en evidencia para abordar este importante problema de salud pública.

La prevención y el control del alcoholismo son desafíos complejos que requieren un enfoque multisectorial y sostenido. Los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y, el sector privado debe trabajar juntos para implementar estrategias efectivas y abordar las causas subyacentes del consumo excesivo de alcohol.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria Ejecutiva
ORAS-CONHU

Resumen ejecutivo

El uso nocivo del alcohol genera problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores, y el ausentismo laboral en muchos países, incluidos los de las Américas.

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40 por ciento mayor que el promedio mundial, la misma que causa 2,5 millones de muertes cada año. Unos 320,000 jóvenes de entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol lo que representa un 9 por ciento de las defunciones en ese grupo etario, que incluyen más de 200 condiciones (enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, lesiones y VIH), así como violencia doméstica, pérdida de productividad y muchos costos ocultos.

Para evaluar el avance de los indicadores aprobados para la segunda línea estratégica denominada “Factores de riesgo de ENT reducidos y factores protectores incrementados” establece como objetivo específico, reducir el consumo nocivo del alcohol e incluye indicadores para medir el avance programado en la disminución de los factores de riesgo del Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) para el periodo 2018-2022 aprobado por el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, mediante Resolución REMSAA XXXVII/ 525. Esta labor se ha llevado a cabo con la información proporcionada por los países miembros a través de un cuestionario y de información pública recolectada.

Un elemento exógeno al Plan Andino, que es muy relevante para el análisis, es la pandemia por COVID-19. Su impacto ha sido sustantivo en el comportamiento de la población. Este evento mundial ha afectado tres de los cinco años del Plan Andino.

Uno de los primeros resultados que resaltan, a pesar de la poca información cuantitativa recibida¹, es la reducción del consumo per cápita de alcohol en la población con más de 15 años. La falta de información no permite identificar si esto fue debido al Plan Andino o a los cambios de comportamientos durante la pandemia.

La mayoría de los países vienen implementando medidas como el control de horarios para los locales que expenden alcohol, la prohibición de venta a menores, exigencias sobre mensajes en el etiquetado y otras medidas incluidas en el Plan Andino. Sin embargo, solo Chile y Perú tienen planes explícitos para disminuir el consumo nocivo del alcohol, Bolivia y Colombia tienen su política expresada en su legislación. Esta situación de ausencia de planes o políticas explícitas puede ser en una limitación al momento de hacer alianzas con los demás ministerios o secretarías implicadas en las demás medidas que se busca impulsar, sobre

¹ Cabe mencionar que fuentes de información importantes como el Global Information System on Alcohol and Health de la OMS se encuentra con información al año 2016 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health#:~:text=The%20Global%20Information%20System%20on,of%203%20million%20people%20annually.>). Además, se debe tener en cuenta que, en general, los sistemas de recolección de información se vieron afectados en el 2020 y 2021 por la pandemia del Covid-19.

todo, si se toma en cuenta que hay sectores que buscan expandir la venta de alcohol dado la rentabilidad económica que tiene.

Es relevante reforzar la posición de la Autoridad Sanitaria en su participación en la formulación de las políticas tributarias. Esta medida ha mostrado ser una forma esencial y costo efectiva para la estrategia de reducir el consumo nocivo de alcohol. Está siendo asumida, con diferentes características en cada país, sin embargo, en los países de la región muchas veces los criterios de generación de ingresos para el Estado o el de movilizar las inversiones y el empleo se sobreponen a la necesidad de reducir el consumo nocivo. Encontrar un buen balance con participación de la autoridad sanitaria en la decisión es un reto que los Estados deben enfrentar.

Un área que aparece poco en las políticas y las estrategias es el control del consumo de alcohol ilícito, de producción informal o no propicios para el consumo humano, problema que, además, tiene una fuerte vinculación con la violencia familiar y la violencia de género. Las medidas que más se aproximan a tratar el tema son la fiscalización y la prohibición de venta de los licores sin autorización sanitaria, pero estas medidas son difíciles de implementar en las zonas donde están los sectores socioeconómicamente en desventaja o que viven en zonas rurales alejadas de la presencia del Estado.

De la revisión de los avances obtenidos se desprenden los siguientes retos: 1. Fortalecer a la autoridad sanitaria del país para que conduzca la política multisectorial contra el consumo nocivo del alcohol. 2. Los países requieren contar con una política explícita contra el consumo nocivo del alcohol y con una estrategia particular que tome en cuenta sus propias características; 3. Retomar la recolección sostenida de la información que permita fortalecer la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas a desarrollar; 4. Incorporar a la discusión sobre las siguientes acciones en materia del enfrentamiento al consumo nocivo del alcohol las herramientas que se han producido con posterioridad a la aprobación y publicación del Plan Andino, en particular, las incluidas en el Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022 – 2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Introducción

El uso nocivo del alcohol genera problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores, y el ausentismo laboral de muchos países, incluidos los de las Américas.

El consumo de alcohol en las Américas es de aproximadamente un 40 por ciento mayor que el promedio mundial, la misma que causa 2,5 millones de muertes cada año. Unos 320,000 jóvenes de entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol lo que representa un 9 por ciento de las defunciones en ese grupo etario, que incluyen más de 200 condiciones (enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, lesiones y VIH), así como violencia doméstica, pérdida de productividad y muchos costos ocultos.

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, mediante Resolución REMSAA XXXVII/ 525 aprobó el Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) para el periodo 2018-2022, cuya segunda línea estratégica denominada “Factores de riesgo de ENT reducidos y factores protectores incrementados” establece como objetivo específico, reducir el consumo nocivo del alcohol e incluye indicadores para medir el avance programado en la disminución de los factores de riesgo.

El presente documento se ha elaborado con el fin de determinar el avance en la implementación de la estrategia para disminuir el consumo nocivo del alcohol en los países andinos que se propusieron como parte del Plan Andino de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2018 – 2022 del ORAS-CONHU publicado en el 2019. Para esta tarea se ha evaluado la situación de cada uno de los diez indicadores del objetivo específico 2.2: Reducir el consumo nocivo de alcohol² a partir de la información proporcionada por los países miembros a través de un cuestionario y de información pública.

Una variable exógena al Plan Andino que no se puede dejar de lado al momento de leer lo vivido por los países y que han condicionado el comportamiento de la población ha sido la pandemia de la COVID-19 a la que nos hemos visto enfrentados individual y colectivamente, como país y como sistema de salud. Este evento mundial ha afectado sobre tres de los cinco años sobre los que se deseaba actuar.

Uno de los primeros resultados que resaltan, a pesar de la poca información cuantitativa recibida³, es una reducción del consumo per cápita de alcohol en la población con más de 15 años. Fortalecer los sistemas de información conforme se recupera la presencialidad en las actividades laborales, es un reto que se debe asumir como región.

² Organismo Regional Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Plan Andino de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2018 – 2022. Lima. 2019. p. 35 – 36.

³ Cabe mencionar que fuentes de información importantes como el Global Information System on Alcohol and Health de la OMS se encuentra con información al año 2016 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health#:~:text=The%20Global%20Information%20System%20on,of%203%20million%20people%20annually.>). Además, se debe tener en cuenta que, en general, los sistemas de recolección de información se vieron afectados en el 2020 y 2021 por la pandemia de COVID-19.

La mayoría de los países viene implementando medidas como el control de horarios para los locales que expenden alcohol, la prohibición de venta a menores de edad, exigencias sobre mensajes en el etiquetado y otras medidas incluidas en el Plan Andino. Sin embargo, solo Chile y Perú tienen planes explícitos para atender problema del consumo nocivo del alcohol, en los casos de Bolivia y Colombia la tienen expresada en su legislación. Esta situación puede convertirse en una limitación al momento de hacer abogacía frente a los demás ministerios o secretarías implicadas en las demás medidas que se busca impulsar, sobre todo, si se toma en cuenta que del lado de los que desean producir y vender licores hay fuertes intereses en expandir sus mercados. La necesidad de que los países cuenten con políticas o planes que integren las medidas dispersas permitirá ganar en sinergias entre las medidas y tener una mejor gobernanza de la política.

Esto permitirá reforzar la posición de la Autoridad Sanitaria frente a los demás sectores implicados en las intervenciones. Esto adquiere particular relevancia en medidas como el de los impuestos a las bebidas alcohólicas, como también para el tabaco y las gaseosas azucaradas. Esta medida ha mostrado ser una forma esencial⁴ y costo efectiva⁵ para la estrategia de reducir el consumo nocivo del alcohol y está siendo asumida, con diferentes características en la mayoría de los países de la región, sin embargo, muchas veces los criterios o necesidad de generar ingresos para el Estado o el de movilizar las inversiones y el empleo, se sobreponen al de ser un mecanismo para reducir el consumo nocivo. Encontrar un buen balance con participación de la autoridad sanitaria en la decisión es un reto que se debe enfrentar.

La otra cara de la moneda cuando se habla de usar los impuestos como herramienta disuasiva, es la generación de mercados de producción informal o que se lleve al consumo de alcoholes no propicios para el consumo humano. Las medidas que se aproximan en esta perspectiva son el control que se hace a los licores sin autorización sanitaria. Sin embargo, existen limitaciones para intervenir en zonas donde están los sectores marginales de la sociedad o de zonas rurales alejadas de la presencia del Estado.

Posterior a la formulación y publicación del Plan Andino, importantes documentos sobre evaluación de las estrategias utilizadas⁶ han sido publicados, de herramientas como el SAFER⁷ y de un Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol de la OMS⁸, que deberían ser considerar para los ajustes a las estrategias en la región y la formulación de un nuevo Plan Andino.

⁴ The Task Force on Fiscal Policy for Health. (2019). Impuestos a favor de la salud para salvar vidas. El uso eficaz de impuestos selectivos al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas. p. 14

⁵ Organización Mundial de la Salud. (2017). Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. OMS. Suiza, Ginebra. p. 9.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. (2018). Calificación de las políticas en materia de alcohol. Evaluación del nivel de ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de las Américas. Washington DC. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49679/9789275320457_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2020). El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol: Cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional. OMS. 2019. Washington DC. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867>

⁸ Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, Primer proyecto. Obtenido de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

De la revisión de los avances obtenidos se desprenden los siguientes retos:

1. Fortalecer a la autoridad sanitaria del país para que conduzca la política multisectorial contra el consumo nocivo del alcohol. Esto implica, dotar a la Autoridad Sanitaria de los instrumentos necesarios (marco normativo y organización institucional funcional a la política) y de recursos presupuestales para implementar las políticas.
2. Los países requieren contar con una política explícita contra el consumo nocivo del alcohol y con una estrategia particular que tome en cuenta sus propias características y las vinculaciones que tiene el problema del uso nocivo del alcohol con otros problemas como la violencia de género, la violencia familiar y otras externalidades más. Esto último, le permitirá a la Autoridad Sanitaria hacer alianzas y potenciar las intervenciones de la política.
3. Retomar la recolección sostenida de la información que permita fortalecer la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas a desarrollar. Este reto se debe enfrentar regionalmente para que las metodologías de recolección y la selección de la información a recoger sean consistentes y permitan la comparación. En esta discusión, se hace necesario incorporar el impacto de la COVID-19.
4. Incorporar a la discusión sobre las siguientes acciones en materia del enfrentamiento al consumo nocivo del alcohol las herramientas que se han producido con posterioridad a la aprobación y publicación del Plan Andino, en particular, las incluidas en el Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022 – 2030 de la OMS⁹, sobre todo, el replanteamiento de las esferas claves.

En este informe se presentará en el primer capítulo, los objetivos del trabajo realizado y la metodología llevada a cabo; en el segundo capítulo se presentará los documentos que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han elaborado desde el 2010 en materia de planes, estrategias contra el uso nocivo del alcohol y evaluaciones de las medidas utilizadas; en el tercer capítulo, se revisará los avances en los indicadores de la segunda línea estratégica del Plan Andino; y finalmente, se hará un listado de la bibliografía relevante.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, Primer proyecto. Ginebra. 2021. En: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_

I. Objetivos del informe

Los objetivos generales y específicos del presente informe son:

Objetivo general

Determinar el avance en la implementación de la estrategia para disminuir el consumo nocivo del alcohol en los países andinos.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos son los siguientes:

- a) Ejecutar el diagnóstico de la situación del consumo de alcohol y su impacto en la salud de las poblaciones andinas para el período 2018-2022.
- b) Llevar a cabo el monitoreo de los indicadores para la reducción del consumo nocivo de alcohol en cada país andino, teniendo como base los contenidos en el Plan Andino de Prevención y Control de las ENT 2018-2022 del ORAS-CONHU.
- c) Ejecutar una revisión comparada de los avances logrados en países con ingresos medianos y bajos de otros países de las Américas, que han aplicado políticas impositivas pro-salud asociadas al consumo de alcohol.
- d) Identificar las lecciones y buenas prácticas en diseño, implementación, monitoreo y resultados de las medidas aplicadas por los países andinos.

Metodología

La metodología combina los siguientes elementos:

- a) La elaboración y aplicación de un formulario que sirva de herramienta para el recojo de la información de los países andinos referente a los indicadores para la reducción del consumo nocivo del alcohol contenidos en el Plan Andino de Prevención y Control de las ENT 2018-2022 de los países andinos. Esta labor se cumplió a través de los puntos focales de cada país (ver anexo 1).
- b) La revisión documental de las principales políticas, investigaciones y normas establecidos por salud, industria, comercio y otros organismos e instituciones de estado establecidas para disminuir el consumo del alcohol. Sean estas proporcionadas por los países a través de la encuesta o de lo identificado a través de búsqueda en páginas web oficiales.

Las respuestas de los países al cuestionario

Las respuestas al cuestionario fueron las siguientes:

Pregunta	Conteo		
	Si	No	En proceso
En su país ¿se han puesto impuestos selectivos a todas las bebidas alcohólicas, ajustadas para la inflación/costo de vida y de acuerdo con el volumen de alcohol puro?	Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú	Chile, Venezuela	
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado una estrategia o plan de acción nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol que incluya medidas fiscales para reducir el consumo de alcohol, regulación de la publicidad, promoción y patrocinios o medidas regulatorias para reducir el acceso físico del alcohol (reducción de los horarios de venta; venta a menores; sistema efectivo de licencias para la venta o reducción de la densidad de los puntos de venta de alcohol)?	Bolivia, Chile, Colombia, Perú	Ecuador, Venezuela	
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado servicios de detección e intervención breve en todos los servicios de Atención Primaria de la Salud?	Bolivia, Chile, Colombia, Perú	Ecuador, Venezuela	
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado políticas y reglamentos nacionales para reducir la exposición de niños y adolescentes a la publicidad de alcohol en todos los medios?	Chile, Colombia	Bolivia, Ecuador, Perú, Venezuela	
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado y reglamentos para reducir la producción, venta y distribución de alcohol ilícito?		Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Venezuela	Perú
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado reglamentos para controlar los horarios, días y locales de venta de bebidas alcohólicas, bien como la venta a menores y por menores de edad?	Bolivia, Chile, Ecuador, Colombia, Perú	Venezuela	
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado regulaciones sobre el etiquetado de las bebidas alcohólicas (contenido de alcohol en N tragos estándar, alertas de salud sobre los daños del alcohol, visibles y entendidos por la población, n calorías e información nutricional)?	Bolivia, Chile, Colombia, Perú	Ecuador, Venezuela	
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado guías clínicas nacionales para los límites de riesgo del consumo de alcohol?	Chile, Colombia, Ecuador, Perú	Venezuela	Bolivia
En su país ¿Se ha desarrollado e implementado detección e intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol integrados en los servicios de atención primaria?	Colombia. Perú	Chile, Ecuador, Venezuela	Bolivia

II. Estrategias mundiales y regionales contra el uso nocivo de alcohol

El Plan andino para la prevención y control de las enfermedades no Transmisibles 2018 – 2022 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue fue publicado en el 2019. En el proceso de elaboración se recogieron los avances, debates y propuestas que se discutían dentro y fuera de la región. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta los documentos que se han producido con posterioridad a la aprobación del plan, en particular lo trabajado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por lo tanto, en el presente capítulo revisaremos los documentos publicados entre el 2010 y el 2021.

Un hito importante se dio con la aprobación de la “**Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol**” en el 2010¹⁰. La estrategia mundial se plateaba ser una orientación para la acción en los diferentes niveles, determinar esferas prioritarias y, sobre todo, recomendar una serie de políticas y medidas que podían adaptarse a las características de cada país.

La estrategia plateaba cinco objetivos: a) Aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol; b) Consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños; c) Incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados; d) Fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol; e) Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

Así mismo, planteaba ocho principios rectores con el fin de guiar la formulación y aplicación de las políticas públicas. Estos principios son: a) La formulación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol debe guiarse por los intereses de salud pública y basarse en objetivos de salud pública claramente definidos y en la mejor evidencia disponible. b) Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos nacionales, religiosos y culturales. c) Todas las partes interesadas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no se socave la aplicación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol. d) Hay que otorgar la debida deferencia a la salud pública en caso de conflicto de intereses y promover enfoques que propicien esa forma de actuar. e) La protección de las poblaciones expuestas a un gran riesgo de sufrir daños atribuibles al alcohol y de las expuestas a los efectos del consumo nocivo de terceros debe ser parte integrante de las políticas destinadas a hacer frente al uso nocivo del alcohol. f) Las personas y las familias afectadas por el uso nocivo del alcohol deben tener acceso a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención. g) Los niños, adolescentes y adultos que optan por no consumir bebidas alcohólicas

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Suiza, Ginebra. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44486>.

tienen derecho a que se respete su decisión de no beber y a estar protegidos de las presiones para que beban. h) Las políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol deberían abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución. Cabe precisar, como lo hace el documento que cuando se habla de sustitución se hace referencia a líquidos que por lo general contienen etanol y no se han concebido como bebidas, pero son consumidos por vía oral en reemplazo de las bebidas alcohólicas.

Es así como, el documento planteaba y desarrollaba un conjunto de opciones de política e intervenciones aplicables a nivel nacional y las agrupada en diez esferas de acción recomendadas:

- a) Liderazgo, concienciación y compromiso
- b) Respuesta de los servicios de salud
- c) Acción comunitaria
- d) Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- e) Disponibilidad de alcohol
- f) Marketing de las bebidas alcohólicas
- g) Políticas de precios
- h) Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- i) Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal
- j) Seguimiento y vigilancia

El documento resaltaba que, por alcohol de producción informal se entiende las bebidas alcohólicas producidas en el hogar o a nivel local mediante la fermentación y destilación de frutas, cereales, hortalizas y productos similares, y a menudo en el contexto de prácticas culturales y tradicionales locales. Como ejemplo de bebidas alcohólicas de producción informal cabe citar la cerveza de sorgo, el vino de palma y los licores preparados a partir de caña de azúcar, cereales y otros productos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó en marzo del 2013 el “**Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020**”¹¹ en respuesta a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA64.11. El Plan tiene por objetivo “poner en práctica los compromisos de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.” Y en ese sentido “aporta una hoja de ruta para que la comunidad mundial pueda actuar de forma coordinada y coherente”

El objetivo 3 del plan está orientado a “Reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud”, es dentro de este objetivo que se propone la reducción del uso nocivo del alcohol como una opción de política. Con el fin de alcanzar la meta de lograr la reducción relativa de al menos un 10% en el uso nocivo del alcohol,

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013 – 2020. Suiza – Ginebra. 2013. En: [https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/15032013_updated_revised_draft_action_plan_sspanish.pdf](https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf)

recomienda como estrategia mundial que las políticas y programas nacionales se centren en las diez esferas de acción mencionadas líneas arriba

Un año después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el “**Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019**”¹² dentro de la “la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respaldada en el 2012 por la Conferencia Sanitaria Panamericana junto con un marco regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT).”

En consonancia con los veinticinco indicadores y las nueve metas que figuran en el marco mundial de vigilancia integral de la OMS, el plan de acción plantea las líneas siguientes estratégicas:

“a) Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT: Fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno y la sociedad, incluida la integración en las agendas económicas, académicas y de desarrollo.

b) Factores de riesgo y factores protectores de las ENT: Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

c) Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo: Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado.

d) Vigilancia e investigación de las ENT: Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.”

Dentro de la segunda estrategia¹³, se encuentra el objetivo específico 2.2: Reducir el consumo nocivo de alcohol, cuyo indicador es: “2.2.1 Número de países que, para el 2019, logran una reducción del consumo nocivo de alcohol del nivel establecido en la línea de base nacional al nivel establecido para el informe provisional del marco mundial de vigilancia de la OMS, contribuyendo así a la meta mundial de una reducción relativa de 10% para el 2025. (Línea de base: 0; meta 2019: 10; meta 2025: 21)”

¹² Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014. En: <https://www.paho.org/hq/dm/documents/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

¹³ El documento, al momento de enumerar sus estrategias para desagregarlos los objetivos pasa de usar letras '(a), b), etc.) para usar números (1., 2., etc.)

En el 2016 la OPS aprueba en su Consejo Directivo, 63.a Sesión del Consejo Regional, el “**Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol**” ¹⁴. El Consejo toma como antecedente la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol aprobada en 2010 y que se presenta líneas arriba, en este capítulo. En esa línea, resalta los cinco objetivos y las diez esferas de acción.

A partir del análisis de la situación al momento de la decisión platea cinco objetivos, sus indicadores (ver cuadro adjunto), así como, las actividades que deben realizarse a nivel regional y las que deben realizarse a nivel nacional.

Objetivos, indicadores y metas

Objetivo	Indicador y meta
1. Concientización y compromiso político	Número de actividades regionales de concientización en las que se integran temas relacionados con el consumo de alcohol. (Línea de base: a 0. Meta: al menos 2 actividades por año hasta el 2021 [seguridad vial, violencia, promoción de la salud, salud de los trabajadores, salud mental, derechos humanos, violencia contra la mujer, día mundial contra las drogas, Día Mundial de la Salud, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes].)
2. Mejorar la base de conocimientos acerca de la magnitud de los problemas y la eficacia de las intervenciones, desglosando la información por sexo y grupo étnico.	Número de nuevos estudios de investigación emprendidos que se centran en el alcohol y su repercusión sobre la salud. (Línea de base: no está disponible. Meta: al menos 10 estudios nuevos terminados entre el 2012 y el 2021.)
3. Aumentar el apoyo técnico a los Estados Miembros	Número de países que han elaborado planes nacionales o subnacionales de acción sobre el consumo de alcohol con la cooperación técnica de la OPS. (Línea de base: 5. Meta: 15 para el 2021.)
4. Fortalecer las alianzas	Una red regional de homólogos nacionales y otros interesados directos, creada y en funcionamiento. (Línea de base: 0. Meta: una red formada en el 2012 y funcionando regularmente a lo largo del período hasta el 2021.)
5. Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia y la difusión de información para la concientización, la formulación de políticas y la evaluación	Número de países que proporcionan datos al sistema regional de información sobre el consumo de alcohol. (Línea de base: 35. Meta: 35.)

Dada la importancia que tienen las medidas tributarias para el control de uso nocivo del alcohol, así como los beneficios económicos, sociales y de salud, la Organización Panamericana de la salud (OPS) pública en el 2018 el documento “**Herramienta sobre**

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol [en línea]. Documento CD51.8 del 51.o Consejo Directivo, 63.a Sesión del Consejo Regional. Washington, DC: OPS/OMS; 2016. Puede encontrarse en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-8-s.pdf>

políticas tributarias y de precios del alcohol¹⁵¹⁶. Se reconoce que las políticas tributarias tienen la capacidad de: “1) Generar ingresos fiscales, 2) Reducir el consumo de alcohol y los daños asociados al mismo (lo que abarca tanto externalidades como internalidades) a nivel de diversos grupos, incluidos los jóvenes y los bebedores empedernidos, y 3) Prevenir la iniciación a la bebida, que es una estrategia preventiva importante en países de ingresos medianos y bajos con una alta prevalencia de abstemios de toda la vida.”

En esta perspectiva, el documento señala que los gobiernos deberían tener en cuenta tres objetivos: “1) La generación de ingresos tributarios, 2) El control del consumo de alcohol y de los problemas de salud pública causados por este, y 3) La prevención de la iniciación a la bebida (para países con una alta prevalencia de abstinencia de toda la vida).”

Así mismo, previene que para mantener la eficacia de las medidas estas se deberían actualizar regularmente tomando en cuenta variables como inflación e ingresos de la población. Como toda medida tributaria, deberá enfrentarse a la evasión y a la elusión.

Un elemento importante para el diseño de las políticas es contar con información oportuna y de calidad, el Sistema global de información sobre el alcohol y la salud¹⁷ (GISAH por sus siglas en inglés) es una herramienta esencial para evaluar y controlar la situación sanitaria y las tendencias relacionadas con el consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las respuestas políticas en los países, sin embargo, la información solo está actualizada hasta el 2016.

Por otro lado, la OMS publicó en el 2017 el documento “**Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles**”¹⁸. Este documento está vinculado al Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013–2020 de la OMS reseñado líneas arriba. El documento busca proporcionar una lista de las «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para abordar las enfermedades no transmisibles incluidas en la versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción, que comprende 88 intervenciones, que incluyen medidas de política generales o instrumentales, las intervenciones más costo eficaces y otras intervenciones recomendadas.

En el caso de las acciones y medidas que buscan reducir el uso nocivo del alcohol, el informe ofrece el siguiente resultado del trabajo realizado:

Consideraciones no financieras

8 Requiere una administración tributaria eficaz y debería combinarse con medidas para prevenir la elusión y la evasión fiscal.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. (2018). Herramienta sobre políticas tributarias y de precios del alcohol. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49555>.

¹⁶ En esta perspectiva, la OPS publicó en el 2020 el documento: Impuestos saludables: Guía breve. En: <https://www.paho.org/es/temas/impuestos-saludables#:~:text=Los%20impuestos%20saludables%20son%20medidas,carga%20sanitaria%20que%20estas%20enfrentan>

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Global Information System on Alcohol and Health [Internet]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health#:~:text=The%20Global%20Information%20System%20on,of%203%20million%20people%20annually>

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Suiza, Ginebra: 2017. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>

- 9 Requiere capacidad para poner en marcha y hacer cumplir la reglamentación y la legislación.
- 10 Los controles formales de las ventas se tienen que complementar con medidas contra el alcohol de producción ilícita o informal.
- 11 Requiere la asignación de recursos humanos y equipo suficientes.
- 12 Requiere profesionales capacitados a todos los niveles de la atención de salud.

Fuente: OMS. Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. p. 9

Con posterioridad a la aprobación del Plan andino para la prevención y control de las enfermedades no Transmisibles 2018 – 2022 se han publicado en la región, las que pasamos a presentar.

En 2018 la OPS publicó el documento **“Calificación de las políticas en materia de alcohol. Evaluación del nivel de ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de las Américas”**¹⁹. En este “informe se describe la elaboración de una serie de indicadores compuestos para evaluar el nivel de ejecución de las diez áreas de política de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en el 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), y posteriormente en el 2011 por todos los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas (OPS/OMS) con la aprobación del Plan de acción regional”²⁰.

La metodología aplicada es la misma que ha sido utilizada y validada por la Oficina Regional de la OMS para Europa (OMS/EURO) con la finalidad de generar los indicadores resumidos que se usaron para evaluar las políticas en materia de alcohol. En la medida que en ambos casos se han aplicado los mismos cuestionarios, en los mismos años, para recopilar la misma información sobre las políticas de alcohol, se pudo generar indicadores resumidos para la mayoría de los países de la Región.

Un dato relevante es que la información corresponde, en el caso de la proveniente del Sistema Mundial de Información sobre el alcohol y la Salud (GISAH por sus siglas en inglés) corresponde al año 2016; en el caso del cuestionario de los recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos debido al consumo de sustancias (ATLAS-SU) corresponde al año 2014.

Los indicadores utilizados se presentan en la página 6 y son los siguientes:

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Calificación de las políticas en materia de alcohol. Evaluación del nivel de ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de las Américas. EE.UU. - Washington DC: 2018. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49679/9789275320457_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

²⁰ Ambos documentos reseñados en el presente acápite

«Mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas	
«Mejores inversiones»: Intervenciones eficaces con análisis de costoeficacia (ACE) ≤ I\$ 100 por AVAD evitados en los PIBM	<p>Aumentar los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas⁸</p> <p>Promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes tipos de medios de comunicación)⁹</p> <p>Promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad física de alcohol al por menor (reduciendo los horarios de venta)¹⁰</p>
Intervenciones eficaces con ACE > I\$ 100 por AVAD evitados en los PIBM	<p>Promulgar y aplicar legislación sobre conducción bajo los efectos del alcohol y de límites de concentración de alcohol en la sangre mediante puestos de control de la alcoholemia¹¹</p> <p>Proporcionar breves intervenciones psicosociales a las personas que consumen alcohol de forma peligrosa y nociva¹²</p>
Otras intervenciones recomendadas en orientaciones de la OMS (no se dispone de ACE)	<p>Realizar exámenes periódicos de los precios respecto de la inflación y los ingresos</p> <p>Establecer precios mínimos del alcohol, cuando proceda</p> <p>Promulgar y aplicar una edad mínima apropiada para la adquisición o el consumo de bebidas alcohólicas y reducir la densidad de los puntos de venta al por menor</p> <p>Limitar o prohibir la promoción de bebidas alcohólicas en relación con el patrocinio y las actividades dirigidas a los jóvenes</p> <p>Llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas en los servicios de salud y sociales</p> <p>Proporcionar información a los consumidores acerca de las bebidas alcohólicas y etiquetar las bebidas, señalando los daños relacionados con el alcohol</p>

Indicadores compuestos e indicadores resumidos

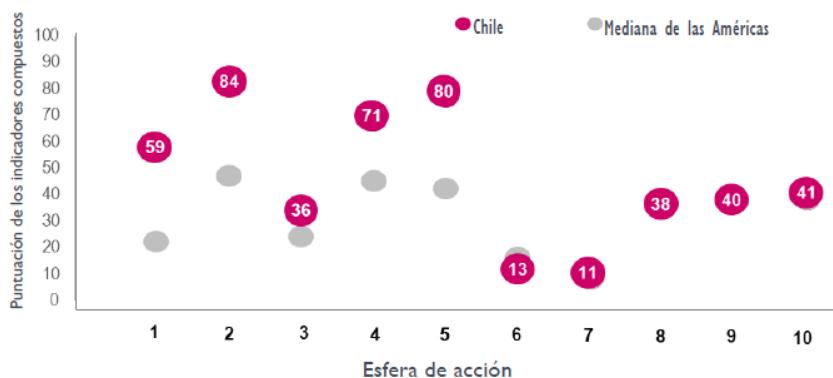
Indicadores compuestos	Indicadores resumidos
1. Liderazgo, concientización y compromiso	1.1 Política nacional sobre el alcohol 1.2 Definición de bebida alcohólica 1.3 Definición de unidad de bebida estándar 1.4 Actividades de concientización
2. Respuesta de los servicios de salud	2.1 Tamizaje e intervenciones breves ante el consumo nocivo y peligroso de alcohol 2.2 Programas especiales de tratamiento 2.3 Tratamiento farmacológico
3. Acción a nivel de la comunidad y el lugar de trabajo	3.1 Prevención y reducción del daño asociado al alcohol a nivel de la escuela 3.2 Prevención de problemas y orientación sobre el consumo de alcohol a nivel del lugar de trabajo 3.3 Intervenciones para reducir el daño asociado al alcohol a nivel de la comunidad
4. Políticas y medidas sobre la conducción bajo los efectos del alcohol	4.1 Límite legal máximo de concentración de alcohol en la sangre (CAS) para conducir un vehículo 4.2 Cumplimiento de la ley mediante puestos de control de la alcoholemia 4.3 Cumplimiento de la ley mediante pruebas aleatorias de alcohol en el aliento 4.4 Sanciones
5. Disponibilidad de alcohol	5.1 Límite de edad más bajo para servir alcohol en locales y vender alcohol para llevar 5.2 Control de las ventas al por menor 5.3 Restricciones del horario de disponibilidad de alcohol 5.4 Restricciones a la disponibilidad de alcohol según el lugar 5.5 Restricciones a la venta en eventos específicos

	5.6 Espacios públicos sin alcohol
6. Publicidad de las bebidas alcohólicas	6.1 Restricciones jurídicamente vinculantes a la publicidad de bebidas alcohólicas 6.2 Restricciones jurídicamente vinculantes a la colocación de productos 6.3 Restricciones jurídicamente vinculantes al patrocinio de la industria de las bebidas alcohólicas para eventos deportivos y juveniles 6.4 Restricciones jurídicamente vinculantes a las promociones de venta por parte de productores, minoristas y dueños de tabernas y bares
7. Políticas de precios	7.1 Ajuste del nivel impositivo por inflación 7.2 Asequibilidad de las bebidas alcohólicas 7.3 Otras medidas relacionadas con los precios
8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica	8.1 Capacitación de las personas que sirven alcohol 8.2 Etiquetas de advertencia de salud
9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y de producción informal	9.1 Uso de etiquetas o timbres fiscales en los envases de las bebidas alcohólicas 9.2 Cálculos del consumo de alcohol no registrado 9.3 Legislación para prevenir la producción y venta ilegales de bebidas alcohólicas
10. Seguimiento y vigilancia	10.1 Sistema nacional de vigilancia 10.2 Encuestas nacionales

El informe presenta para cada país los perfiles de ejecución de las políticas en materia de alcohol con las puntuaciones escaladas de los indicadores compuestos (0–100) de algunos Estados Miembros de la Región de las Américas para el 2016. Aquí se seleccionan los correspondientes al de los países andinos:

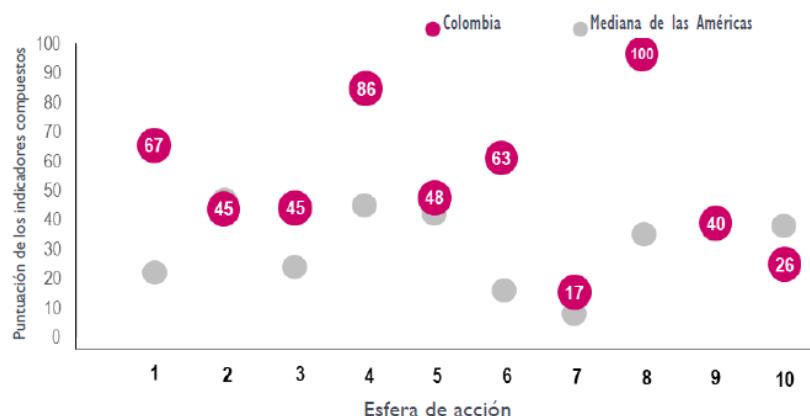
**Ejecución de las políticas en materia de alcohol—perfles de los países
Países del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue**

Chile



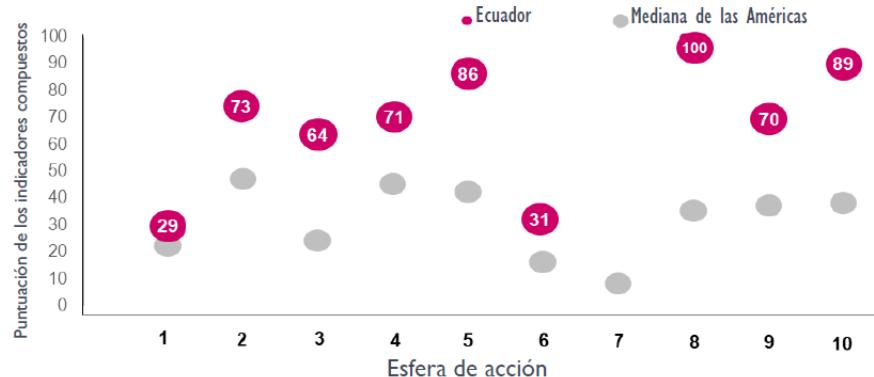
Nota: Si bien Chile tuvo datos faltantes con respecto a la esfera de acción a nivel de la comunidad y el lugar de trabajo, los datos fueron suficientes para calcular este indicador compuesto. La puntuación de este indicador compuesto sería posiblemente más alta si se dispusiera de estos datos.

Colombia



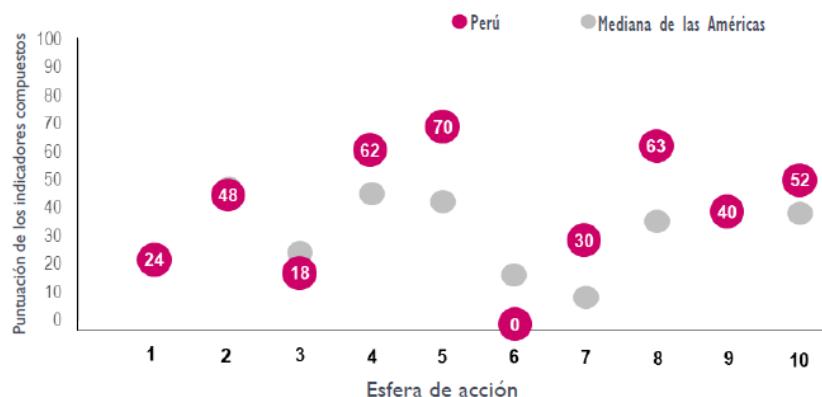
Nota: Si bien Colombia tuvo datos faltantes con respecto a las esferas de acción a nivel de la comunidad y el lugar de trabajo y políticas de precios, los datos fueron suficientes para calcular estos indicadores compuestos. La puntuación de estos indicadores compuestos sería posiblemente más alta si se dispusiera de estos datos.

Ecuador



Nota: El Ecuador no tuvo datos suficientes para calcular el indicador compuesto correspondiente a la esfera de políticas de precios. Si bien también tuvo datos faltantes sobre la esfera de acción a nivel de la comunidad y el lugar de trabajo, los datos fueron suficientes para calcular este indicador compuesto. La puntuación de este indicador compuesto sería posiblemente más alta si se dispusiera de estos datos.

Perú



Nota: Si bien Perú tuvo datos faltantes sobre las esferas de acción a nivel de la comunidad y el lugar de trabajo; políticas y medidas sobre la conducción bajo los efectos del alcohol; y políticas de precios, los datos fueron suficientes para calcular estos indicadores compuestos. La puntuación de estos indicadores compuestos sería posiblemente más alta si se dispusiera de estos datos.

La OPS publicó en 2020 la versión en español del texto de la OMS “***El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol: Cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional***”²¹. La OMS en asociación con instituciones internacionales y en conjunto con la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) impulsó, en 2018, la estrategia SAFER. El objetivo de la iniciativa era apoyar a los países a reducir el consumo nocivo de alcohol.

A partir de la evidencia sobre la repercusión en la salud de la población, se ha diseñado un paquete técnico que se centra en cinco intervenciones clave en materia de políticas relativas al alcohol. El nombre viene por las iniciales de las estrategias en inglés: Strengthen, Advance, Facilitate, Enforce, Raise. Las cinco intervenciones que se plantean son:

FORTALECER: las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol.

IMPULSAR y hacer cumplir las medidas de lucha contra el consumo de alcohol.

FACILITAR el acceso al tamizaje y las intervenciones breves, así como al tratamiento.

HACER CUMPLIR las medidas de prohibición o restricción con respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol.

AUMENTAR los precios del alcohol a través de impuestos al consumo y políticas de precios.

En esta iniciativa deben participar diferentes sectores de los gobiernos. Además de la Autoridad Sanitaria, deben participar los responsables de: “establecer los precios del alcohol y la política tributaria; autorizar la producción, la distribución y la venta de alcohol; reglamentar y dar seguimiento a las comunicaciones comerciales relativas al alcohol; detectar y eliminar la producción y el comercio ilegales de alcohol; supervisar el transporte y las políticas relativas a la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol; comisionar a los servicios de salud para que lleven a cabo una detección temprana, intervenciones breves y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol si estuviera fuera del sector de salud; y recopilar y analizar los datos e informar sobre los indicadores relacionados con el alcohol.”

Para llevar a cabo estas recomendaciones se plantean tres estrategias esenciales: Implementar, dar seguimiento y proteger.

En julio del 2021, la OMS ha publicado el “***Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. Con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, Primer proyecto***”²² El propósito del plan de acción es impulsar la aplicación efectiva de la *Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol* entendiendo la importancia que en la salud pública tiene el reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad debidas al consumo de alcohol.

²¹ Organización Panamericana de la Salud. El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol: Cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional. Versión original: The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. OMS. 2019. Washington DC. 2020. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867>

²² Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, Primer proyecto. Ginebra. 2021. En: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

A pesar de que los objetivos operativos del plan de acción 2022-2030 y las esferas de acción que la componen están en línea con los objetivos de la Estrategia Mundial y con los cuatro componentes clave de la acción mundial para reducir eficazmente el uso nocivo del alcohol, que se han reseñado en este capítulo, los objetivos del presente plan no son los mismos. La explicación está en que en el Plan de acción se recoge los planes y estrategias elaborados y planteados en “otras estrategias y planes de acción mundiales pertinentes, y a las lecciones aprendidas en la aplicación de la Estrategia Mundial desde su aprobación.”

Los objetivos operativos que plantea el plan son los siguientes:

- Aumentar la cobertura de población, la aplicación y el cumplimiento de intervenciones y opciones normativas de gran impacto para reducir el uso nocivo del alcohol en todo el mundo en aras de una mejor salud y bienestar.
- Fortalecer la acción multisectorial a través de una gobernanza eficaz, un mayor compromiso político, liderazgo, diálogo y coordinación en la acción multisectorial.
- Mejorar la capacidad de prevención y tratamiento de los sistemas de salud y atención social para los trastornos debidos al consumo de alcohol y las condiciones de salud asociadas a este, como parte integral de la cobertura sanitaria universal y en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus metas en el ámbito de la salud.
- Aumentar la concienciación de los riesgos y perjuicios asociados con el consumo de alcohol y de sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones, así como de la eficacia de las diferentes opciones normativas en la reducción del consumo y los daños asociados a este.
- Fortalecer los sistemas de información y la investigación para la vigilancia del consumo de alcohol y de los daños relacionados con este, y las respuestas de política a todos los niveles mediante la difusión y aplicación de información con fines de promoción, elaboración de políticas y evaluación.
- Aumentar significativamente la movilización de los recursos necesarios para una acción adecuada y sostenida con la que reducir el uso nocivo del alcohol a todos los niveles.

Respecto de los principios rectores, el Plan de Acción plantea siete principios rectores a los ocho señalados en la Estrategia mundial. Los principios operativos orientados a la acción son los siguientes:

“Cobertura sanitaria universal. Todas las personas y las comunidades reciben los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para reducir la carga sanitaria provocada por el uso nocivo del alcohol. Abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales y de buena calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo de la vida.

Enfoque del ciclo vital. Reconocer la importancia y la interrelación de las medidas de control del alcohol y de las estrategias de prevención y tratamiento para prevenir y paliar los daños relacionados con el alcohol en todas las etapas de la vida humana y en todas las generaciones: desde la supresión de la promoción de bebidas alcohólicas, su publicidad y

venta a menores de edad, la protección del nonato frente a la exposición prenatal al alcohol, hasta la prevención y el tratamiento del uso nocivo en las personas mayores.

Protección contra intereses comerciales. El desarrollo de las políticas públicas para reducir el uso nocivo del alcohol debe estar protegido, con arreglo a la legislación nacional, frente a los intereses comerciales y otros intereses creados que puedan interferir y socavar los objetivos de salud pública.

Enfoque basado en la equidad. Las políticas y las intervenciones de salud pública para reducir el uso nocivo del alcohol deben tener como objetivos reducir las desigualdades en materia de salud y, frente a los daños relacionados con el alcohol, proteger a las personas de grupos diferentes, ya sean grupos definidos en términos sociales, biológicos, económicos, demográficos o geográficos.

Enfoque basado en los derechos humanos. La protección frente a los daños relacionados con el alcohol y el acceso a la prevención y el tratamiento de los trastornos causados por su consumo forman parte del derecho a la salud; las estrategias y las intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol deben abordar y eliminar las prácticas discriminatorias (tanto reales como percibidas) que impiden o limitan el acceso de las personas con trastornos por consumo de alcohol a las medidas preventivas y a los servicios de salud y sociales.

Empoderamiento de las personas y las comunidades. La elaboración y aplicación de estrategias e intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol y proteger las personas y las comunidades de los daños relacionados con el mismo, deben ofrecer oportunidades para la participación activa y el empoderamiento de las personas y las comunidades, también de quienes han sufrido daños relacionados con su uso o trastornos por su consumo.”

Las esferas de acción es la forma como se organizan las opciones de política y las intervenciones. En este caso, a diferencia de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol del 2010, las esferas son replanteadas, las esferas de acción claves para la acción mundial, señala seis a diferencia de las diez señaladas en el 2010. Las esferas de este plan de acción son las siguientes:

Esfera de acción 1: Aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto

Esfera de acción 2: Promoción, concienciación y compromiso

Esfera de acción 3: Asociación, diálogo y coordinación

Esfera de acción 4: Apoyo técnico y creación de capacidad

Esfera de acción 5: Creación de conocimiento y sistemas de información

Esfera de acción 6: Movilización de recursos

III. Los avances en los indicadores de la segunda línea estratégica del Plan Andino para la Prevención y Control de las ENT 2018 – 2022

III.1. El Plan Andino y la lucha contra el consumo nocivo del alcohol²³

El Plan Andino para la Prevención y Control de las ENT 2018 – 2022 quiere reducir los factores de riesgo a través de políticas y alianzas multisectoriales para favorecer los factores protectores, fortalecer los sistemas de salud, investigar e intercambiar iniciativas y de lecciones aprendidas entre los países de la subregión andina: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.”

Para ello, se plantearon cuatro líneas estratégicas

3.1 Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT

3.2 Factores de riesgo y factores protectores de las ENT

3.3 Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo

3.4 Vigilancia e investigación de las ENT y factores de riesgo

En la línea estratégica 4.2 del Plan Andino se planteó reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes y grupos vulnerables, así como apoyar la implementación de estrategias de promoción de la salud, incluidas las medidas fiscales y de regulación, así como vigilar y monitorizar la aplicación de medidas de prevención. En el anexo 2 se presenta la sistematización de los avances por cada indicador de la línea estratégica 4.2, según lo reportado por cada país.

III.2. Indicadores y avances por país del Plan Andino para la Prevención y Control de las ENT 2018 – 2022

1. Número de países con impuestos selectivos a todas las bebidas alcohólicas, ajustadas para la inflación/costo de vida y de acuerdo con el volumen de alcohol puro.

De los seis países de la región andina cinco de ellos cuentan con legislaciones que ponen impuestos a las bebidas alcohólicas: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. En los casos de Colombia, Ecuador y Perú, cuentan con un impuesto ad-Valorem y un impuesto específico en función del grado de alcohol. En el caso de Chile, cuenta con una estructura de impuestos ad-Valorem.

La actualización regular de las tasas o alícuotas se lleva a cabo en Bolivia y Perú. En Bolivia se toma como referencia la Unidad de Fomento de Vivienda (UFV) (2010), aunque antes lo hacía con el tipo de cambio con el dólar americano; en el caso de Perú, se actualiza en función de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) dependiendo si es alto o bajo en grado alcohólico; en el caso de la cerveza, la variación depende si es mayor al uno por ciento.

²³ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2018 – 2022. Lima. 2019.

A continuación, veremos con más detalle cada caso:

- **Bolivia**

Las normas que crean los impuestos a las bebidas alcohólicas datan del 20 de mayo de 1986 con la aprobación de la Ley N° 843, con esta norma se crea el impuesto a los consumos específicos. La norma era más amplia y cubría, según el Artículo 79º:

- a) Las ventas de bienes muebles situados o colocados en el territorio del país, que se indican en el anexo al presente artículo, efectuados por los sujetos definidos en el Artículo 81º.
- b) El reglamento establecerá las partidas arancelarias en función de la nomenclatura que corresponda a los bienes incluidos en el anexo mencionado.
- c) Las importaciones definitivas de bienes muebles que se indican en el anexo a que se refiere el inciso precedente.

Es en el anexo II del mencionado Artículo 79º que especifica los productos y el monto del impuesto:

Impuesto a los consumos específicos
Anexo – Artículo 79º (Ley N° 843)

II. Productos gravados con tasas específicas por unidad de medida

Producto	Unidad de medida	Bolivianos (Bs)
Bebidas no alcohólicas en envases herméticamente cerrados (excepto aguas naturales y jugos de fruta de la partida arancelaria 20.09)	Litro	0.18
Chicha de maíz	Litro	0.37
Alcoholes	Litro	0.71
Cervezas con 0.5% o más grados volumétricos	Litro	1.44
Vinos y singanis	Litro	1.44
Bebidas fermentadas y vinos espumosos (excepto chica de maíz)	Litro	1.44
Licores y cremas en general	Litro	1.44
Ron y Vodka	Litro	1.44
Otros aguardientes	Litro	1.44
Whisky	Litro	6.00

Esta norma, también dispone que las tasas se actualizarán a partir del 1º de enero de cada año por el Servicio Nacional de Impuestos Internos, teniendo como referencia la variación del tipo de cambio del boliviano respecto al dólar estadounidense.

La norma también hace una precisión respecto a quién fiscalizará la aplicación del impuesto sobre la chicha de maíz. Se establece que es el Servicio Nacional de Impuestos Internos quien lo fiscalizará y le permite intervenir para asegurar la eficacia del proceso recaudatorio inclusive efectuando los cobros por cuenta del Gobierno Municipal sin costo para el mismo.

En 1995 se vinculan los productos que son objeto del Impuesto a los Consumos Específicos (ICE) con las partidas arancelarias en función a la nomenclatura común de los países miembros del Acuerdo de Cartagena (NANDINA). Esto es aprobado en el primer artículo del Decreto Supremo N° 24053, del 29 de junio de 1995.

En la misma norma, se precisan los criterios para el cálculo de los diferentes productos (Artículo 5°). En particular se señala que en “las ventas de cervezas, singanis, vinos, aguardientes y licores de producción nacional, se presume sin admitir prueba en contrario, un diez por ciento (10%) de roturas y pérdidas por manipuleo en el proceso de comercialización. Este porcentaje se aplicará al importe del Impuesto a los Consumos Específicos, debiendo su valor deducirse de dicho importe. La diferencia resultante constituye el monto del impuesto a pagar, debiendo consignarse por separado en la factura respectiva todas las operaciones indicadas precedentemente.”

Se mantiene la obligación de actualizar anualmente las tasas específicas en función de la variación del tipo de cambio del boliviano con respecto al dólar estadounidense, pero en este caso señala a la Administración Tributaria como la responsable.

Se mantiene la responsabilidad de establecer los sistemas de administración y fiscalización del Impuesto a los Consumos Específicos que grava la chicha de maíz, a los Gobiernos Municipales (Artículo 14°).

En el 2010 se produce una nueva modificación con la aprobación de la Ley N° 066, Ley que modifica el Impuesto a los Consumos Específicos (ICE) (15/12/2010). Con esta norma se incluye, además de las alícuotas específicas, alícuotas porcentuales, y ambas se aplicarán según corresponda:

“II. Productos gravados con alícuotas específicas y porcentuales:

Producto	Alícuota Específica Bs/Litro	Alícuota Porcentual
Bebidas no alcohólicas en envases herméticamente cerrados (excepto aguas naturales y jugos de fruta de la partida arancelaria 20.09)	0.3	0%
Chicha de maíz	0.61	0%
Alcoholes	1.16	0%
Cerveza con 0.5% o más grados volumétricos de alcohol	2.6	1%
Bebidas energizantes	3.5	0%
Vinos	2.36	0%
Singanis	2.36	5%
Bebidas fermentadas y vinos espumosos (excepto chicha de maíz)	2.36	5%
Licores y cremas en general	2.36	5%
Ron y vodka	2.36	10%
Otros aguardientes	2.36	10%
Whisky	9.84	10%

Con esta Ley también se modifica el criterio de actualización dejando de lado la relación con el dólar americano. Desde la aprobación de esta Ley, la actualización toma como referencia la variación de la Unidad de Fomento de Vivienda – UFV ocurrida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de la gestión anterior. La actualización queda a cargo de la Administración Tributaria para cada gestión.

La última actualización de las alícuotas se ha producido el 27 de diciembre de 2021 con la aprobación de la Resolución Normativa de Directorio N° 102100000029. En su único artículo aprueba para el 2022 el siguiente detalle:

Cerveza con 0.5% o más grados volumétricos

Subpartida arancelaria	Descripción	ICE Alícuota Específica Bs/Litro (I)	ICE Alícuota Porcentual
2203.00.00.00	Cerveza de malta	3.96	1%

Vinos, chicha de maíz y bebidas fermentadas y vinos espumosos

Subpartida arancelaria	Descripción	ICE Alícuota Específica Bs/Litro (I)	ICE Alícuota Porcentual
22.04	Vino de uvas frescas, incluso encabezado; mosto de uva, excepto el de la partida 20.09.		
2204.10.00.00	* Vino espumoso * Los demás vinos; mosto de uva en el que la fermentación se ha impedido o cortado añadiendo alcohol:	3.63	5%
2204.21.00.00	En recipientes con capacidad inferior o igual a 2 1	3.63	0
2204.22	* * En recipientes con capacidad superior a 2 1 pero inferior o igual a 10 1:		
2204.22.10.00	* * * Mosto de uva en el que la fermentación se ha impedido acortado añadiendo alcohol	3.63	0
2204.22.90.00	* * * Los demás vinos	3.63	0
2204.29	* * Los demás:		
2204.29.10.00	* * * Mosto de uva en el que la fermentación se ha impedido o cortado añadiendo alcohol	3.63	0
2204.29.90.00	* * * Los demás vinos	3.63	0
2204.30.00.00	* Los demás mostos de uva	3.63	
22.05	Vermut y demás vinos de uvas frescas preparados con plantas o sustancias aromáticas.		
2205.10.00.00	* En recipientes con capacidad inferior o igual a 2 1	3.63	0
2205.90.00.00	* Los demás	3.63	0
2206.00.00	Las demás bebidas fermentadas (por ejemplo: sidra, perada, aguamiel, sake); mezclas de bebidas fermentadas y meadas de bebidas fermentadas y bebidas no alcohólicas, no expresadas ni comprendidas en otra parte.		
2206.00.00.10	* Chicha de maíz	0.94	0
2206.00.00.20	* Sidra, perada y aguamiel (hidromiel)	3.63	5%
2206.00.00.90	* Las demás	3.63	5%

Alcoholes, singanis, otros aguardientes, licores y cremas en general, whisky, ron, y vodka

Subpartida arancelaria	Descripción	ICE Alícuota Específica Bs/Litro (I)	ICE Alícuota Porcentual
22.07	Alcohol etílico sin desnaturalizar con grado alcohólico volumétrico superior o igual al 80% vol; alcohol etílico y aguardiente desnaturalizados, de cualquier graduación.		
2207.10.00	- Alcohol etílico sin desnaturalizar con grado alcohólico volumétrico superior o igual al 80% vol:		
2207.10.00.10	- - Alcohol etílico absoluto	1.79	-
2207.10.00.90	- - Los demás	1.79	-
2207.20.00.00	- Alcohol etílico y aguardiente desnaturalizados, de cualquier graduación	1.79	-
22.08	Alcohol etílico sin desnaturalizar con grado alcohólico volumétrico inferior al 80% vol; aguardiente, licores y demás bebidas espirituosas.		
2208.2	- Aguardiente de vino o de orujo de uvas:		
	- - De vino (Por ejemplo: «coñac», «brandys», «pisco», «singani»):		
2208.20.21.00	- - - Pisco	3.63	10%
2208.20.22.00	- - - Singani	3.63	5%
2208.20.29.00	- - - Los demás	3.63	10%
2208.20.30.00	- - De orujo de uvas («grappa» y similares)	3.63	10%
2208.30.00.00	- Whisky	15.17	10%
2208.40.00.00	- Ron y demás aguardientes procedentes de la destilación, previa fermentación, de productos de la caña de azúcar	3.61	10%
2208.50.00.00	- Gin y ginebra	3.63	10%
2208.60.00.00	- Vodka	3.63	10%
2208.7	- Licores:		
2208.70.10.00	- - De anís	3.63	5%
2208.70.20.00	- - Cremas	3.63	5%
2208.70.90.00	- - Los demás	3.63	5%
2208.9	- Los demás:		
2208.90.10.00	- - Alcohol etílico sin desnaturalizar con grado alcohólico volumétrico inferior al 80% vol.	1.79	-
2208.90.20.00	- - Aguardiente de agaves (tequila y similares)	3.63	10%
	- - Los demás aguardientes:		
2208.90.42.00	- - - De anís	3.63	10%
2208.90.49.00	- - - Los demás	3.63	10%
2208.90.90.00	- - Los demás	3.63	10%

- **Chile**

Los impuestos específicos sobre el alcohol tuvieron vigencia entre 1902 y 1960 (Ley N° 1515, 20/01/1902). Con la Ley N° 14171, del 26 de octubre de 1960, se cambió la lógica impositiva y se pasó a impuestos sobre el alcohol *ad valorem*.

En diciembre de 1974 se aprueba el Decreto Ley N° 825, que determina que los alcoholes y bebidas alcohólicas de producción nacional e importados estarán sujetos a un impuesto cuyas tasas, formas de declaración y pago, control y fiscalización se regirán por las disposiciones que señala. En ella se mantiene una estructura de impuestos *ad valorem* que

es aplicada a todas las bebidas alcohólicas, pero diferenciando carga de cervezas y vinos, en relación con licores. El artículo correspondiente es el siguiente:

“ARTICULO 42º- Sin perjuicio del impuesto establecido en el Título II de esta ley, las ventas o importaciones, sean estas últimas habituales o no, de las especies que se señalan en este artículo, pagarán un impuesto adicional con la tasa que en cada caso se indica, que se aplicará

sobre la misma base imponible que la del impuesto al valor agregado:

b) Licores, pisco, whisky, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al vermouth, tasa del 31,5%.

c) Vinos destinados al consumo, comprendidos los vinos gasificados, los espumosos o champaña, los generosos o soleados, chichas y sidras destinadas al consumo, cualquiera que sea su envase, cervezas y otras bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su tipo, calidad o denominación, tasa del 20,5%.

Para los efectos de este impuesto se considerarán también como ventas las operaciones señaladas en el artículo 8º de la presente ley, siéndoles aplicable, en lo que corresponda, todas las disposiciones referidas a ellas.”

En 1997, en el marco de las consultas la Organización Mundial de Comercio (OMC)²⁴, se aprueba la Ley N° 19.534, que modifica el Artículo 42º del D.L. N° 825 de 1974 relativo al impuesto adicional a las bebidas alcohólicas. Con esta Ley se introduce un impuesto más alto para las bebidas espirituosas con mayor contenido de alcohol (de 27% para menor o igual a 35 grados a 47% para más de 39 grados), sin embargo, para la OMC este cambio era insuficiente y su fallo final fue a favor de la Unión Europea. Este fallo derivó en la aprobación de una modificación a sus normas y, en enero del 2001 aprueba la Ley N.º 19.716, que adecua a las normas de la Organización Mundial del Comercio.

Asimismo, con esta norma se aprueba, en su único artículo, la modificación de la letra a) del artículo 42 del Decreto Ley N° 825, de 1974, modificado por el artículo único de la Ley N° 19.534, que queda de la siguiente manera: “a) Licores, pisco, whisky, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al vermouth, tasa del 27%;”. Sin embargo, la aplicación inmediata era solo para el pisco, para las demás bebidas alcohólicas entrarían en vigor a partir del 21 de marzo del 2003. Durante los dos años que tomó la entrada en vigor de la norma los demás licores tendrían las siguientes tasas:

- Licores, aguardientes y destilados, incluyendo vinos licorosos o aromatizados similares al vermouth:
 - A partir de la fecha de publicación de la presente ley y hasta el 20 de marzo del 2002, tasa del 30%.
 - A partir del 21 de marzo del 2002 y hasta el 20 de marzo del 2003, tasa del 28%.

²⁴ World Trade Organization. Dispute Settlement DS87: Chile—Taxes on Alcoholic Beverages. 2019. Disponible en: https://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/ds87_e.htm

- Whisky:
 - A partir de la fecha de publicación de la presente ley y hasta el 20 de marzo del 2001, tasa del 47%.
 - A partir del 21 de marzo del 2001 y hasta el 20 de marzo del 2002, tasa del 35%.
 - A partir del 21 de marzo del 2002 y hasta el 20 de marzo del 2003, tasa del 30%.”.

En el marco de una reforma fiscal, en el 2014 se modificaron las tasas. Con la aprobación de la Ley N° 20.780 se modificó el Artículo 42º antes señalado, de la siguiente manera:

“Artículo 42º. - Sin perjuicio del impuesto establecido en el Título II de esta ley, las ventas o importaciones, sean estas últimas habituales o no, de las especies que se señalan en este artículo, pagarán un impuesto adicional con la tasa que en cada caso se indica, que se aplicará sobre la misma base imponible que la del impuesto al valor agregado:

- b) Licores, pisco, whisky, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al vermouth, tasa del 31,5%.
- c) Vinos destinados al consumo, comprendidos los vinos gasificados, los espumosos o champaña, los generosos o asoleados, chichas y sidras destinadas al consumo, cualquiera que sea su envase, cervezas y otras bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su tipo, calidad o denominación, tasa del 20,5%.”.

Esta modificación buscaba incrementar los ingresos fiscales para la reforma educativa. A pesar de que la propuesta inicial era más agresiva los parlamentarios temían un impacto negativo de un impacto negativo en la industria del pisco²⁵.

Cabe mencionar que, en la “Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias”²⁶ del 2010 se proponía la necesidad de evaluar las normas vigentes, y plantearon dos opciones: 1. Aumentar de manera diferenciada entre 5 a 20 por ciento en función de los grados de alcohol; y, 2. Incrementar 10 por ciento para todos los casos. La decisión, según el mismo documento, dependía de los estudios que evalúen las opciones: 1. El balance costo/beneficio para Chile desde la perspectiva de la actividad económica; y, 2. Los costos evitables del consumo nocivo, y el costo efectividad de las medidas.

Por último, resalta que en ninguna de las normas reseñadas señale que las tasas se ajusten a la inflación²⁷.

²⁵ Peña, S., Sierralta, P., Norambuena, P., et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. *Addiction*. 2021 Mar;116(3):438-456. doi: 10.1111/add.15208. Epub 2020 Aug 21. PMID: 32710455. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710455/>. p. 442.

²⁶ Ministerio de Salud. “Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Propuesta de un desafío bicentenario para Chile”. Enero, 2010. En: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2%20Estrategia%20Nacional%20sobre%20Alcohol_b.pdf

²⁷ Peña, S., Sierralta, P., Norambuena, P., et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. *Addiction*. 2021 Mar;116(3):438-456. doi: 10.1111/add.15208. Epub 2020 Aug 21. PMID: 32710455. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710455/>. p. 440.

- **Colombia**

Las diversas normas tributarias se establecieron en el Decreto N° 1625 del 11 de octubre de 2016, Único Reglamentario en materia tributaria, para compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen el sector y contar con instrumentos jurídicos únicos. En el caso de la cerveza se menciona en el Artículo 2.2.1.5.1 y en los demás licores están en el Artículo 2.2.1.7.1. Los impuestos son *ad valorem* y no son actualizados con regularidad.

En abril del 2018 se publicó el Decreto 719, por el cual se añade el Capítulo 8, Título 1, Parte 3 del Libro 1 del Decreto N° 1625 de 2016 Único Reglamentario en Materia Tributaria y se reglamenta la distribución del recaudo de IVA de licores, vinos, aperitivos y similares con destino al aseguramiento en salud. En su Artículo 1.3.1.8.6. señala la forma en que se determina “la base gravable del impuesto sobre las ventas en la venta, importación y comercialización de los bienes sujetos al impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares de que trata la Ley N° 223 de 1995 y los que se encuentren sujetos a monopolio de licores destilados de que trata la Ley N° 1816 de 2016.

La base gravable sobre la cual se aplica la tarifa del impuesto sobre las ventas corresponderá al precio total de venta, de conformidad con lo previsto en el Artículo 447° y siguientes del Estatuto Tributario excluyendo en todas las etapas el impuesto al consumo o la participación.”

Un tema relevante en el caso de Colombia es que parte de los recaudado por el impuesto a los licores están dirigidos al presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social y para los gobiernos subnacionales.

- **Ecuador²⁸**

Los impuestos en el Ecuador incluyen lo relacionado al volumen de alcohol puro e inflación/costo de vida. Así, la carga impositiva esta propuesta con dos tipos de Impuestos para las bebidas alcohólicas y cervezas: ICE específico y un *ad valorem*. El ICE específico, se calcula con base a la capacidad de la botella, el grado alcohólico y el precio de venta del fabricante menos impuestos.

Tabla 1. Tarifas Específicas y *ad valorem* para alcohol, bebidas alcohólicas y cervezas

Bien	Tarifa específica ICE	Tarifa Ad valorem
Alcohol	7,15 USD por litro de alcohol puro	75,00%
Bebidas alcohólicas	7,18 USD por litro de alcohol puro	75,00%
Cerveza Artesanal	1,49 USD por litro de alcohol puro	75,00%
Cerveza Industrial de pequeña escala (participación en el mercado ecuatoriano de hasta 73.000 hectolitros)	8,41 USD por litro de alcohol puro	75,00%

²⁸ Tomado del INFORME TÉCNICO: Cuestionario sobre los avances en la ejecución del Plan andino para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, 2018 – 2022, del objetivo específico “2.2: Reducir el consumo nocivo de alcohol”. Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad Dirección Nacional de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cerveza Industrial de mediana escala (participación en el mercado ecuatoriano de hasta 1.400.000 hectolitros)	10,48 USD por litro de alcohol puro	75,00%
Cerveza Industrial de gran escala (participación en el mercado ecuatoriano superior a 1.400.000 hectolitros)	13,08 USD por litro de alcohol puro	75,00%

Fuente: Servicio de Rentas Internas (SRI) 2021

Además, el Servicio de Rentas Internas (SRI) institución encargada de administrar los impuestos en el Ecuador señala que en los artículos 76 y 82 de la Ley de Régimen Tributario Interno, el cálculo del ICE para alcohol, bebidas alcohólicas y cerveza debe contemplar los siguientes elementos:

- a) Las tarifas específicas se aplican sobre el total de litros de alcohol puro que contiene cada producto. Para esto, se multiplica el volumen en litros, por el grado alcohólico expresado en la escala Gay Lussac del producto.
- b) Si el precio de venta del fabricante o del ex-aduana supera los USD 4.29 por litro de bebida, se debe aplicar el 75% sobre el excedente entre el precio de venta del fabricante o del ex-aduana, y los USD 4.29 (o su proporcional). Si el precio de venta del fabricante o ex aduana es inferior a USD 4.29 no se realiza dicho cálculo. Las personas naturales y sociedades consideradas como micro o pequeñas empresas, u organizaciones de la economía popular y solidaria productoras de bebidas alcohólicas producidas con alcoholes o aguardientes, provenientes de productos agropecuarios, adquirido a artesanos, micro o pequeñas empresas u organizaciones de la economía popular y solidaria, aplicarán la tarifa *ad valorem* correspondiente, siempre que su precio de venta del fabricante o ex-aduana supere los USD 8.58.²⁹
- c) El ICE que se debe pagar al momento del desaduanaje de bebidas alcohólicas importadas, o en la primera etapa de comercialización en el caso de la producción nacional, es la sumatoria de los valores resultantes de las operaciones detalladas en los literales a) y b), exoneración del ICE y reducción en la tarifa específica para la producción de bebidas alcohólicas y cerveza.

Exención fiscal: El alcohol de producción nacional o importado así como las bebidas alcohólicas elaboradas localmente y provenientes de la fermentación alcohólica completa o parcial de productos agropecuarios cultivados en el Ecuador, adquiridos a productores que sean artesanos, microempresarios, empresas u organizaciones de la economía popular y solidaria, siempre y cuando se haya obtenido el respectivo cupo anual del Servicio de Rentas Internas, con las condiciones, requisitos y límites que establezca la administración tributaria, mediante resolución de carácter general. No será aplicable esta exención respecto del alcohol y bebidas alcohólicas que contengan menos del setenta por ciento (70%) de ingredientes nacionales³⁰.

²⁹ Nota: Valor de US \$ 4.29 establecido mediante Resolución No. NAC-DGERCGC20-00000079 publicada en Segundo Suplemento al Registro Oficial 359 del 29 de diciembre de 2020.

³⁰ Servicio de Rentas Internas (SRI) Impuesto a los consumos especiales. Disponible en <https://www.sri.gob.ec/impuesto-consumos-especiales>

- Perú

Los licores además de pagar el Impuesto General a las Ventas (IGV) deben pagar el Impuesto Selectivo al Consumo (ISC), este último es del tipo *ad valorem*. Ambos impuestos se regulan con el Decreto Supremo N° 055-99-EF (14/04/1999), Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto General a las Ventas e Impuesto Selectivo al Consumo. En el apéndice IV se señala:

PRODUCTOS AFECTOS A LA TASA DEL 20%

PARTIDAS ARANCELARIAS	PRODUCTOS
2204.10.00.00/ 2204.29.90.00	Vinos de uva.
2205.10.00.00/ 2205.90.00.00	Vermuts y otros vinos de uva preparados con plantas o sustancias aromáticas
2206.00.00.00	Sidra, perada, aguamiel y demás bebidas fermentadas.

PRODUCTOS AFECTOS A LA TASA DEL 40% (*)

(*) De conformidad con el Artículo 1 del Decreto Supremo N° 095-2001-EF, publicado el 22-05-2001, se establece en 20% la tasa a la que están afectos los siguientes productos:

2207.10.00.00	Alcohol etílico sin desnaturalizar.
2207.20.00.00	Alcohol etílico y aguardiente desnaturalizados, de cualquier graduación.
2208.20.20.00/ 2208.90.90.00	Aguardientes de vino o de orujo de uvas; whisky; ron; y demás aguardientes de caña; gin y ginebra; y los demás.

Las modificaciones del impuesto las realiza anualmente por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), y por ser de monto fijo no se actualizan automáticamente. La actualización se hace en función del precio del bien (medido por su respectivo Índice de Precios al Consumidor – IPC) y experimenta un incremento mayor al 1%³¹ del año anterior con la finalidad de recuperar la carga tributaria. Como bien señala el MEF “este impuesto, además de su finalidad fiscal, se concibe como un instrumento disuasivo del consumo de productos que ocasionan efectos negativos sobre la salud de la población y el medio ambiente.”³²

La última actualización se ha realizado el 30 de enero del 2022 con la Resolución Ministerial N° 021-2022-EF/15. Dentro de los tres bienes que cumplieron la regla para su actualización estuvieron los cigarrillos, **las bebidas alcohólicas con 20 grados o más de alcohol y el pisco**, con un ajuste moderado de S/ 0,01, S/ 0,08 y S/ 0,05, respectivamente. Como se puede apreciar el grado alcohólico es una característica que se toma en cuenta.

³¹ Resolución Ministerial N° 026-2001-EF/15 del 19 de enero de 2001

³² Ministerio de Economía y Finanzas. Nota de prensa “MEF actualiza el monto fijo del ISC a los cigarrillos y bebidas alcohólicas con más de 20 grados de alcohol”. https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=7280&Itemid=101108&lang=es

2. Número de países que logran una reducción del consumo per cápita de alcohol en la población con más de 15 años de edad, desde la línea de base, al nivel establecido en la meta mundial (10%).

Aunque no hay información disponible para todos los países, inclusive no hay información para toda la serie, los datos muestran una tendencia a la baja. El Perú es el único país que registra una baja considerable. Se requiere sostener sistemas de información más regulares y consistentes que permitan una evaluación más precisa.

País	Línea de base	2018	2019	2020	2021	2022	Año de base
Bolivia \1	37.81	37.02	37.11		35.75		nd
Chile	9.55	7.73	8.54	nd	nd	nd	2010
Colombia	5.61	5.45	5.45				2017
Ecuador \2	n/d						
Perú		6.4	5.7	3.7	2.9		
Venezuela	52.7	n/d	n/d	n/d	n/d	67.07	n/d

Nota:

1\ Por el COVID- 19, durante la gestión 2020 no se pudo tomar los datos según la página del INE. Y de la gestión 2022 aún no están disponibles

2\ En Ecuador se han realizado algunas encuestas para conocer la realidad del país en cuanto al consumo de alcohol. Así, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se estima que el 25,2% de la población entre 10 y 19 años consume alcohol actualmente, de los cuales 32,4% son hombres y 17,1% son mujeres. Igualmente, se evidenció que el 41,3% de la población entre 20 a 59 años consume alcohol actualmente, de los cuales 56,5% corresponde a hombres y el 25,4% son mujeres. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT

Por otro lado, el Tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, realizado en el 2016 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC, reflejó que el porcentaje de personas que consume alcohol actualmente es de 51.5% (58,1% hombres y 45,5% mujeres).

La última encuesta realizada sobre el tema, en el 2018, fue el Estudio de Vigilancia Epidemiológica de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la aplicación del método progresivo de la OMS (STEPS), aplicado en hombres y mujeres de 18 a 69 años, a nivel nacional. Este estudio fue realizado en coordinación entre el MSP y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Los resultados demostraron que el 83,2% de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida. El 39,3% de la población bebió alcohol en los últimos 30 días, de estos, 23,8% tienen un consumo nocivo (6 o más bebidas en una sola ocasión), siendo 3 veces mayor este tipo de consumo en hombres que en mujeres. Ministerio de Salud Pública. (2018). Encuesta STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles Hoja informativa Ecuador Encuesta STEPS 2018.

3\ Actualmente solo se cuenta con los datos de prevalencia de consumo de alcohol

3. Número de países que desarrollan e implementan una estrategia o plan de acción nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol que incluya medidas fiscales para reducir el consumo de alcohol, regulación de la publicidad, promoción y patrocinios y medidas regulatorias para reducir el acceso físico del alcohol (reducción de los horarios de venta; venta a menores; sistema efectivo de licencias para la venta y reducción de la densidad de los puntos de venta de alcohol).

De los seis países de la región andina, cuatro de ellos cuentan estrategias o un plan de acción nacional, excepto Ecuador y Venezuela. Cabe mencionar que Chile y Perú cuentan con un documento explícito y Bolivia y Colombia la tienen expresada en su legislación.

- Bolivia**

Bolivia expresa su estrategia para la reducción del consumo nocivo de alcohol a través de una norma de carácter general denominada Ley de control al expendio y consumo de bebidas

alcohólicas del 11 de julio de 2012 (Ley N°259), que incluye medidas fiscales, regulación de publicidad y medidas específicas para reducir el acceso físico del alcohol. Esta Ley quiere regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas y establece acciones de prevención, protección, rehabilitación, control, restricción y prohibición, incluyendo sanciones ante su incumplimiento. Precisa que estas disposiciones son de cumplimiento obligatorio para todas las personas naturales o jurídicas, que fabriquen, comercialicen, publiciten, importen o consuman bebidas alcohólicas.

- **Chile**

Chile planteó en marzo de 2010 un documento de trabajo denominado Estrategia nacional sobre alcohol para la reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Inicia la propuesta con una interesante declaración: cambiar la forma de convivencia de los chilenos con el alcohol disminuyendo el consumo de alcohol que signifique riesgo y consecuencias sociales y sanitarias negativas, y al mismo tiempo mantener las ventajas y beneficios de la actividad económica que la sustenta. Hay que tener en cuenta, dice la propuesta, que los chilenos tienen una larga convivencia con las bebidas alcohólicas de las que obtienen beneficios y experimentan costos. La producción y comercialización del alcohol proporcionan trabajo a mucha gente, las exportaciones de vinos dan origen a una de las cartas de presentación ante otras naciones, y el aporte en divisas e impuestos genera importantes ingresos fiscales.

Los instrumentos de Chile han dado lugar a un marco legal, normativo, de fiscalización y de sanciones, para lograr un mejor control de los problemas asociados al consumo de alcohol, si bien están bien orientados son de una gran debilidad en su aplicación y, por lo tanto, hay consenso en cuanto a su precaria efectividad. Lo anterior es especialmente evidente en el manejo de la información en gobiernos municipales.

Los datos son escasos y no parece haber un sistema integrado que los recoja ni analice de modo regular. Es en el nivel comunal donde las políticas públicas juegan su implementación y en una materia compleja como la del alcohol, supone una muy buena articulación de actores e instituciones como los concejos municipales, los juzgados de policía local, los departamentos de desarrollo comunitario, ambiente, seguridad ciudadana, salud, etc.

Además de los consumidores de alcohol, las líneas de acción que se han propuesto apuntan también al mercado y al contexto. Se hace notar que no parece justo recaer sobre el individuo toda la responsabilidad de beber. No es eficaz que las acciones preventivas que la sociedad organiza (información, educación, límites, sanciones), apunten a influir sólo sobre las decisiones y conductas de los individuos frente al alcohol.

También deben ser objeto de una política de alcohol los fuertes determinantes sociales y culturales que presionan sobre esas conductas. Una formulación sintética y orientadora de los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Alcohol es la siguiente: “beber responsable”, al mismo tiempo que “vender responsable” y “publicitar responsable”.

- **Colombia**

Colombia, como los demás países de la región, implementan su política de alcohol de manera articulada con la Estrategia Mundial de reducción del uso nocivo de alcohol, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2010³³.

En diciembre del 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la “Guía para la elaboración de los Planes Estratégicos de Consumo Responsable de Alcohol”³⁴. Este documento busca orientar y facilitar la elaboración e implementación de los Planes Estratégicos para la Promoción del Consumo Responsable de Alcohol, los cuales deben ser desarrollados por los establecimientos de expendio y/o consumo de alcohol que devenguen el cuarenta por ciento (40%) o más de sus ingresos por la venta de bebidas alcohólicas, según lo dispuesto en la Ley N° 1503 de 2011.

Además, las medidas se encuentran expresadas en diferentes normas. “se cuenta de manera parcial a través de la Ley N° 1816³⁵ de 2016 por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones en el Artículo 37º que define la implementación de programas de prevención y tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas, y el Decreto N° 719 de 2018³⁶ por el cual se añade el Capítulo 8, Título 1, Parte 3 del Libro 1 del Decreto N° 1625 de 2016 Único Reglamentario en Materia Tributaria, y se reglamenta la distribución del recaudo de IVA de licores, vinos, aperitivos y similares con destino al aseguramiento en salud.”³⁷

En el 2019 se aprobó la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas con la Resolución 089 de 2019. “La comprensión de la Política se plantea desde el análisis de los determinantes sociales de la salud, bajo un marco estratégico centrado en el fortalecimiento de los factores protectores con el fin lograr un óptimo nivel de salud y bienestar de la población. Que tenga en cuenta sus características, necesidades e intereses”³⁸.

“El 6 de mayo de 2016 se decreta en Colombia la estructura del sector salud y protección social con varios títulos, uno de los cuales, el sexto, está referido al consumo de alcohol que

³³ Ministerio de Salud y Protección Social y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC. Prevención del consumo nocivo de alcohol. Esta publicación es resultado del Convenio de Cooperación No. 656 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–. Su contenido está basado en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral al Consumo de Alcohol (2013) aportes técnicos de la Organización Panamericana de la Salud en el marco del convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. p. 11. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/prevencion-consumo-nocivo-alcohol.pdf>

³⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/GuiaPlanesAlcohol30%2001%2014.pdf>

³⁵ Ley 1816 de 2016 por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones en el Artículo 37 define la implementación de programas de prevención y tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=88659>

³⁶ Decreto 1625 de 2016 Único Reglamentario en Materia Tributaria y se reglamenta la distribución del recaudo de IVA de licores, vinos, aperitivos y similares con destino al aseguramiento en salud. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20719%20DEL%2026%20DE%20ABRIL%20DE%202018.pdf>

³⁷ Información tomada de la respuesta al cuestionario

³⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>. p. 4

tiene como objetivo proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas, y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol.”

Además, con la Ley N°1503 de 2011³⁹ se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía pública, y se dictan otras disposiciones, teniendo por objetivo definir lineamientos generales en educación, responsabilidad social empresarial y acciones estatales y comunitarias para promover en las personas la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía pública, y en consecuencia, la formación de criterios autónomos, solidarios y prudentes para la toma de decisiones en situaciones de desplazamiento o de uso de la vía pública. En el Artículo 13°, establece que “Establecimientos de expendio y/o consumo de bebidas alcohólicas. Todos los establecimientos que devenguen el cuarenta por ciento (40%) o más de sus ingresos por la venta de bebidas alcohólicas contribuirán al objeto de la presente ley. Para tal efecto, se comprometerán a desarrollar acciones orientadas al consumo responsable de alcohol, contenidas en un plan estratégico”.

- **Ecuador**

Como en otros países de la región, las intervenciones sobre esta materia se encuentran en diferentes normas que se irán detallando en los puntos específicos.

- **Perú**

El Perú cuenta desde enero del 2011 con el “Plan estratégico para la reducción del consumo nocivo de alcohol 2011-2021”⁴⁰. El plan parte de la consideración de la relación entre alcohol y violencia física contra las mujeres, y el importante costo en términos de PBI del daño de los accidentes de tránsito por su asociación con el consumo indebido de alcohol.

Asimismo, señala que es muy alto el porcentaje de estudiantes que reporta consumo de alcohol alguna vez en su vida, en el último año y en el último mes. En general, los estudios hechos sobre uso de alcohol, todos resaltan que es muy extendido en todo el Perú y señala que en la población rural andina el consumo de alcohol durante las faenas agrícolas, en las ferias y durante las celebraciones colectivas como son las fiestas patronales, es un hecho normal y no está sujeto a sanciones sociales. Los alcaldes y otras autoridades de la fiesta son parte de un complejo sistema jerárquico de reciprocidad social en el que el alcohol forma una parte importante de la vida social de relación e intercambio.

El plan se plantea cuatro objetivos estratégicos⁴¹:

³⁹ <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1682377>

⁴⁰ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321686-plan-estrategico-para-la-reduccion-del-consumo-nocivo-de-alcohol-2011-2021-dокументo-tecnico>

⁴¹ Ministerio de Salud. Documento técnico: “Plan estratégico para la reducción del consumo nocivo de alcohol 2011-2021”. p. 8

- Objetivo estratégico 1: Reducirla disponibilidad de bebidas alcohólicas entre el 2012 y el 2021.
- Objetivo estratégico 2: Promover una cultura de salud mental, con enfoque de interculturalidad y de género, para reducir la demanda de bebidas alcohólicas, principalmente de los adolescentes y jóvenes. Entre el 2011 y el 2021.
- Objetivo estratégico 3: Fortalecer la atención integral para el abordaje de los problemas y trastornos relacionados al consumo nocivo de alcohol, entre el 2012 y el 2021.
- Objetivo estratégico 4: Medir y generar evidencias sobre el impacto de las políticas, consecuencias económicas, sociales y sanitarias del consumo nocivo de alcohol entre el 2012 y el 2021.

Para el desarrollo de las estrategias se ha seguido los estudios realizados en el país, así como, el acuerdo 183 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de febrero del 2011⁴².

4. Número de países con servicios de detección e intervención breve en todos los servicios de APS.

Cuatro de los 6 países tienen servicios de detección e intervención breve en todos los servicios de Atención Primaria de Salud. Bolivia, Chile, Colombia y Perú han respondido afirmativamente. Ecuador y Venezuela respondieron que no.

- **Bolivia**

Durante la gestión 2021, se trabajó en una capacitación a médicos de primer nivel del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)⁴³, para que ellos puedan manejar la Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.⁴⁴

Además, la Ley N° 259⁴⁵, Ley de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas del 11 de julio de 2012, señala en su Artículo 11º las medidas de atención y rehabilitación. Se señala que las Entidades Territoriales Autónomas, Instituciones Públicas y Privadas implementarán las siguientes medidas de atención y rehabilitación basada en la comunidad:

- Fortalecer las Redes de Servicios de Salud y a las Comunidades Terapéuticas Especializadas, en cuanto a la capacidad de respuesta y atención del personal de salud, en lo que se refiere al tratamiento de la dependencia al alcohol.
- Promover el fortalecimiento de instituciones específicas de rehabilitación, basadas en la comunidad a través de la conformación de grupos de autoayuda.

⁴² Ibid, p. 24

⁴³ “busca el ejercicio del derecho a la salud garantizada por el Estado, la eliminación de la exclusión social en salud y la reducción de las barreras culturales, que provocan la separación de la población de los servicios de salud.” En: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/2222/politica-safci-su-estrategia-promocion-salud-practicas-alimentarias-saludables>

⁴⁴ Información proporcionada en la respuesta al cuestionario

⁴⁵

https://www.comunicacion.gob.bo/sites/default/files/dale_vida_a_tus_derechos/archivos/LEY%202059%20ACTUALIZACION%202018%20WEB.pdf

- Diseñar e implementar programas, proyectos y acciones dirigidas a la rehabilitación y reinserción a su medio familiar, comunitario-social y sobre todo laboral y/o educativo, a través de centros psicosociales y psicopedagógicos

- **Chile**

El Ministerio de Salud de Chile publicó en octubre del 2011 el documento “Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para Atención Primaria de Salud”. La guía se desarrolló para servir de orientación “a funcionarios de salud de atención primaria en la implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo.

Estas intervenciones están planificadas para que sean desarrolladas en el marco del Programa piloto Vida Sana: Alcohol y Tabaco en Atención Primaria de Salud. Sin embargo, estas orientaciones también pueden ser utilizadas en otros contextos de atención en salud (secundaria, servicios de urgencia), e incluso, fuera del sector salud, por ejemplo, en áreas educacionales o comunitarias, con ciertas adaptaciones.”⁴⁶

El sistema de salud ha ido extendiendo su oferta de atención para incluir no solo los desórdenes por uso de alcohol sino también con enfoque riesgo en programas de intervención para esas poblaciones. El tratamiento especializado está disponible en los centros de atención primaria y especializada. El país tiene programas de prevención comunitarios, en los centros de trabajo y en los colegios, además de un programa específico para fortalecer las capacidades de los municipios para reducir el uso nocivo. Hay dos órganos rectores en política del alcohol: el Ministerio de Salud y el Servicio nacional para la prevención y rehabilitación de drogas y consumo de alcohol (SENDA) que hacen esfuerzos para coordinar sus actividades.⁴⁷

- **Colombia**

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social capacitar a profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores y responsables de la formación de menores de edad, respecto de las medidas de control del consumo abusivo del alcohol. El Ministerio de Educación Nacional está encargado de implementar proyectos pedagógicos a nivel nacional que desarrollen competencias en los menores de edad que les permita un estilo de vida saludable. A lo largo de estos años se han emitido las siguientes normas:

- Ley N° 1385 de 2010⁴⁸, por medio de la cual “se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones”, también establece las

⁴⁶ Ministerio de salud de Chile. “Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para Atención Primaria de Salud. 2011. En: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf. p. 4

⁴⁷ Sebastián Peña1, Paula Sierralta, Pablo Norambuena, et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. 2020. En: doi:10.1111/add.15208.

⁴⁸ <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39579>

orientaciones para la implementación de programas tendientes a la prevención y atención de las personas con síndrome alcohólico fetal.

- Ley N° 1566 del 2012⁴⁹, “por la cual se dictan las normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional a la entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”, reconoce estos elementos al elevar el consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública a cargo del Estado.
- Decreto N° 2581 de 2013⁵⁰, por el cual se reglamentan los Artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10, 12, 13, 18 y 19 de la Ley N° 1503 de 2011 y se dictan otras disposiciones, en el Artículo 2° establece que el Plan Estratégico de Consumo Responsable de Alcohol: Es el instrumento por medio del cual se definen las acciones que se adelantarán para promover el consumo responsable de alcohol en el establecimiento de expendio y/o consumo de bebidas alcohólicas, luego de un diagnóstico. Este instrumento será elaborado de manera participativa por el propietario/a y administrador/a y demás personal de los establecimientos de expendio y/o consumo de bebidas alcohólicas, El propietario/a y administrador/a y demás personal de los establecimientos de expendio y/o consumo de bebidas alcohólicas serán los responsables del desarrollo de las acciones y plazos para su ejecución, mecanismos de seguimiento y evaluación, así como estrategias de trabajo interinstitucional con participación de entidades distritales, municipales, locales y organizaciones gremiales, grupos de vecinos y usuarios.
- Resolución N° 089 de 2019⁵¹, mediante la cual se adoptó la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, cuyo objetivo central es garantizar la atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos, con lo cual se mejore la calidad de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia de otros derechos.

- **Perú**

“El Estado desarrollará campañas educativas de prevención, con énfasis en las consecuencias dañinas que el consumo de bebidas alcohólicas produce en la salud de las personas, la desintegración familiar y los riesgos para terceros. Las municipalidades realizarán inspecciones que aseguren el cumplimiento de la Ley. Las infracciones a las disposiciones sobre publicidad y rotulado deberán ser denunciadas. Entre los objetivos del plan se señala que se debe promover una cultura de salud mental con enfoque intercultural y de género con énfasis en jóvenes y adolescentes, y fortalecer la atención integral para el abordaje de los problemas y trastornos relacionados con el consumo nocivo del alcohol.

⁴⁹ https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1566_2012.pdf

⁵⁰ <http://www.suin.gov.co/viewDocument.asp?id=1495837>

⁵¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

Para reducir la demanda de bebidas alcohólicas principalmente entre adolescentes y jóvenes, propone promover una cultura de salud mental articulando el Estado en su rol rector, con la participación social en la vigilancia ciudadana. Respecto de la atención integral para abordar los problemas y trastornos derivados propone la implementación de la atención integral a las personas afectadas, y para estudiar el impacto de las medidas adoptadas, propone investigar la situación de los problemas y las políticas aplicadas.”

La atención a problemas con el alcohol es atendida en los 229 Centros de Salud Mental Comunitaria distribuidos en todo el Perú⁵². En estos centros se ofrecen atención ambulatoria especializada a usuarios con trastornos mentales o problemas psicosociales graves o complejos. Cuentan con profesionales multidisciplinarios como médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, tecnólogos médicos y técnicos en enfermería⁵³.

5. Número de países con políticas y reglamentos nacionales para reducir la exposición de niños y adolescentes a la publicidad de alcohol en todos los medios.

Chile y Colombia han mencionado que sí tienen políticas o reglamentos. Han respondido negativamente Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela, sin embargo, en el caso del Perú se han encontrado normas al respecto.

- **Bolivia**

La Ley N° 259, Ley de Control al Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, tiene por objeto “regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas, las acciones e instancias de prevención, protección, rehabilitación, control, restricción y prohibición, estableciendo las sanciones ante el incumplimiento de las mismas.” (Artículo Objeto). Restringe contenidos publicitarios de manera que no incluyan a menores de 18 años (artículo 8), que no sugieran que su consumo genere éxitos intelectuales, sociales, deportivos o sexuales, ni que se emitan en un horario específico (entre las 6 am y 9 pm). Asimismo, las bebidas alcohólicas deben incluir advertencias sobre los efectos dañinos para la salud el consumo excesivo de bebidas alcohólicas (artículo 9). Estas advertencias también deben estar expuestas en los lugares de expendio y en la publicidad.

- **Chile**

Respecto al mercado del alcohol se encontraron pocas regulaciones respecto a publicidad en televisión y prohibición de venta a menores. Si bien en principio la publicidad solo está permitida entre las 10 pm y las 6 am, es posible mencionarlas fuera de este horario, siempre y cuando sea un patrocinador de un evento⁵⁴. Si bien, la Ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad por el Ministerio de Salud, prohíbe la venta de

⁵² El MINSA aprobó, con la RM N° 356-2018/MINSA, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021

⁵³ Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. Aprobada con Resolución Ministerial 574-2017. En: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-salud-mental/resource/7e151bdb-c8a9-4dc5-ac5c-90cc72d5e97c>

⁵⁴ Consejo Nacional de Televisión. Acuerdo s/n normas generales sobre contenidos de las emisiones de televisión. En: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1089666>

alimentos a menores asociados a tabaco o alcohol, no hay mecanismos de control. Contradictoriamente, sí se encontraron dos leyes con incentivos para el patrocinio en eventos culturales y deportivos: Ley N° 20675, modifica la ley sobre donaciones con fines culturales, contenida en el artículo 8° de la Ley N° 18.985⁵⁵, y la Ley N° 19712⁵⁶, Ley del Deporte.⁵⁷

- **Colombia**

En la Ley N° 124 de 1994 que prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad, en el Artículo 1° señala: “Prohíbase el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. La persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los Códigos Nacional o Departamental de (ilegible)”⁵⁸

Con el Decreto N° 1686 de 2012, que realiza la reglamentación relacionada con la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano, se establece las condiciones y requisitos sanitarios, prácticas permitidas y no permitidas por bebida alcohólica, buenas prácticas de manufactura, condiciones de fabricación, envasado, plan de saneamiento, control de calidad, prácticas higiénicas, envasado, rotulado y etiquetado, leyendas obligatorias, publicidad”⁵⁹. En su artículo N° 54 dispone: “1. Declarar las leyendas “Prohíbase el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad” y “El exceso de alcohol es perjudicial para la salud.”

Además, con el Decreto N° 120 de 2010, recogido por el Decreto N° 780 de 2016 (decreto único del sector salud), se crea la Comisión Intersectorial para el control del consumo nocivo de alcohol y el establecimiento de las políticas para el control del consumo de bebidas alcohólicas, teniendo como objeto proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas, y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol⁶⁰. Ese decreto, en su Artículo N° 12 “prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y la persona que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición, será sancionada de conformidad a las normas establecidas. En ningún caso podrán trabajar personas menores durante la jornada nocturna en establecimientos donde se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas. Toda publicidad debe contener o hacer referencia a la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad.”

Asimismo, el Artículo N° 9 señala “Programas de educación preventiva en medios masivos de comunicación. En virtud de lo dispuesto en el Artículo N° 49 de la Ley N° 1098 de 2006, la Comisión Nacional de Televisión facilitará y propiciará la emisión de mensajes de alto impacto sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en televisión. De igual manera, se

⁵⁵ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1051339>

⁵⁶ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=181636>

⁵⁷ Sebastián Peña1, Paula Sierralta, Pablo Norambuena, et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. 2020. En: doi:10.1111/add.15208. p. 442

⁵⁸ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=291>

⁵⁹ Tomado de la respuesta al cuestionario

⁶⁰ <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1026714>

deberán destinar espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.”

- **Ecuador**

Ecuador tiene en su Constitución⁶¹ un artículo que es mandatorio sobre esta materia: “Artículo N° 46 El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes (...) 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.”

Este artículo se desarrolló en el Código de la Niñez y adolescencia, que se aprobó con la Ley N° 2002-100⁶². Particularmente en el Artículo N° 49: “Normas sobre el acceso a espectáculos públicos. Se prohíbe el ingreso de niños, niñas y adolescentes a los espectáculos que hayan sido calificados como inconvenientes para su edad. Los espectáculos públicos adecuados para la niñez y adolescencia gozarán de un régimen especial respecto de los impuestos y contribuciones fiscales y municipales, que se reglamentará por las autoridades respectivas. Si se han organizado exclusivamente en beneficio de los establecimientos de protección, gozarán de exoneración de impuestos. En los espectáculos a que se refiere el artículo anterior, serán admitidos en forma gratuita y obligatoria los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a establecimientos de protección. Las empresas responsables de los espectáculos deberán ofrecer las seguridades necesarias y garantizar las medidas en caso de accidente.”

- **Perú**

En el Perú los temas de este indicador se regulan por la Ley N° 28681, Ley que regula la Comercialización, Consumo y Publicidad de Bebidas⁶³, y por su reglamento que fue aprobado por Decreto Supremo N° 012-2009-SA⁶⁴.

La norma, en sus Artículos 4°. Y 5°. Establece obligaciones de poner en lugares visibles de los locales la prohibición de venta a menores de edad y de no conducir vehículos si se ha ingerido alcohol. También negar el ingreso a menores de edad, no comercializar bebidas adulteradas y cumplir con los horarios establecidos.

Se prohíbe la venta ambulatoria, distribución, suministro y consumo de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, en colegios, establecimientos de salud, en espectáculos para menores de edad, a personas en vehículos motorizados y en la vía pública. Cualquier bebida alcohólica debe estar debidamente rotulada diciendo que tomar bebidas alcohólicas en exceso es dañino.

Respecto de los anuncios publicitarios, el aviso debe ser transmitido por tres segundos en la publicidad audiovisual. En la radio debe expresarse claramente la frase “tomar bebidas

⁶¹ https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

⁶² <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>

⁶³ https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/Ley%20N%C2%BA28681_LALEY.pdf

⁶⁴ https://members.wto.org/crnattachments/2008/tbt/per/08_3081_00_s.pdf

alcohólicas en exceso es dañino”, al final del anuncio. Se encuentra prohibida la promoción o distribución gratuita de bebidas alcohólicas en actividades destinadas a menores de edad. Asimismo, se encuentra prohibida la promoción o distribución de juguetes que tengan forma o aluden a productos de bebidas alcohólicas.

6. Número de países con políticas y reglamentos para reducir la producción, venta y distribución de alcohol ilícito.

En este caso, salvo el Perú que ha dicho que la reglamentación está en proceso, ningún país ha mencionado que tenga una política o reglamento. Sin embargo, se ha encontrado normas vinculadas con el tema.

- **Bolivia**

En la Ley N° 259 de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas, del 11 de julio de 2012, se encuentran sanciones en la fabricación, importación y comercialización de bebidas alcohólicas: “Las personas naturales o jurídicas, que se dediquen a la actividad de fabricación e importación de bebidas alcohólicas y no cumplan con los registros sanitarios correspondientes, serán sancionadas la primera vez, con el decomiso de la mercadería y una multa de 10.000 UFVs. En caso de reincidencia, serán sancionadas con la multa de 20.000 UFVs. Y la clausura definitiva del establecimiento.” (Artículo N° 35)

- **Chile⁶⁵**

Las normas que regulan la calidad, la producción y la distribución de bebidas alcohólicas, con especial atención a la producción de vino data de 1902 con la aprobación de la Ley 1515. Sobre alcoholes⁶⁶, en ella la responsabilidad del control de la calidad recaía en la Administración Tributaria.

Con la Ley N° 11.256 de 1954, se reforzó la normativa fijando textos de las disposiciones vigentes sobre la Ley de Alcoholes y Bebidas Alcohólicas⁶⁷. Quince años después, en 1969, la función de control fue transferido al Servicio Agrícola y Ganadero Servicio de Agricultura y Ganadería con la Ley N°.17105, Ley de Alcoholes⁶⁸. La nueva entidad se creó en el marco de la gran reforma agraria de 1967.

Con la Ley N°.18.455 de 1985 se introdujo un nuevo sistema de clasificación de bebidas alcohólicas, definiciones de productos falsificados y productos falsificados y adulterados y componentes de fabricación autorizados, así como procedimientos de etiquetado, distribución, importación y exportación, norma que ha sido modificada en el 2009 para adaptarse a la Denominación de Origen Protegida (DOP) en la Unión Europea.

⁶⁵ Sebastián Peña1, Paula Sierralta, Pablo Norambuena, et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. 2020. En: doi:10.1111/add.15208. p. 444.

⁶⁶ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=22709>

⁶⁷ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=26623%26idVersion=1954-07-16>

⁶⁸ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28794>

- **Colombia**

A través de Decreto N°.1686 de 2012⁶⁹ se dicta la reglamentación relacionada con la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano. Establece las condiciones y requisitos sanitarios, prácticas permitidas y no permitidas por bebida alcohólica, buenas prácticas de manufactura, condiciones de fabricación, envasado, plan de saneamientos, control de calidad, prácticas higiénicas, embazado, rotulado y etiquetado, leyendas obligatorias, publicidad.

- **Ecuador**

La Ley N° 67/2006, Ley Orgánica de Salud, pone entre las responsabilidades del Ministerio de Salud (Artículo 6°) la de: “Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas.” (inciso 22).

- **Perú**

En el Perú los temas de este indicador se regulan por la Ley N° 28681, Ley que regula la Comercialización, Consumo y Publicidad de Bebidas⁷⁰, y su reglamento que fue aprobado por Decreto Supremo N° 012-2009-SA⁷¹.

En ese decreto supremo se encuentra en el Artículo N° 22 la clasificación de las infracciones. Entre las graves se encuentra: b) Comercializar bebidas adulteradas, falsificadas o contaminadas que contravengan las disposiciones legales vigentes.

7. Número de países con reglamentos para controlar los horarios, días y locales de venta de bebidas alcohólicas, bien como la venta a menores y por menores de edad.

En este caso, todos los países han respondido positivamente.

- **Bolivia**

Ley N° 259, Ley de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas, 11 de julio de 2012 que reza así: “La presente ley tiene por objeto regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas, las acciones e instancias de prevención, protección, rehabilitación, control, restricción y prohibición, estableciendo las sanciones ante el incumplimiento de las mismas.” (Artículo N° 1).

La norma prohíbe: licencia de funcionamiento para locales de venta o consumo de alcohol cerca de infraestructuras educativas, deportivas, de salud (Artículo 6°), el expendio y consumo de bebidas alcohólicas a partir de las 03:00 am. Hasta las 09:00 am. En

⁶⁹ https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201686%20de%202012.pdf

⁷⁰ https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/Ley%20N%C2%BA28681_LALEY.pdf

⁷¹ https://members.wto.org/crnattachments/2008/tbt/per/08_3081_00_s.pdf

establecimientos de acceso público y clubes privados (Artículo 17°), a comercializar en establecimientos de Salud y del Sistema Educativo Plurinacional, incluidos los predios universitarios, tanto públicos como privados (Artículo 18°), así como el consumo en establecimientos de Salud y del Sistema Educativo Plurinacional, incluidos los predios universitarios, tanto públicos como privados (Artículo 19°). Asimismo, está prohibido el ingreso de menores de 18 años de edad, a lugares de expendio de bebidas alcohólicas (Artículo 21°).

- **Chile⁷²**

En 2004 se extendieron las horas de inicio de la atención en establecimientos y se incrementaron los tipos de puntos de venta, sin embargo, se redujo el número de determinados puntos de venta por habitante. A nivel nacional, la cantidad de licencias emitidas es tres veces mayor que lo permitido por Ley lo que sugiere mecanismos de control y supervisión muy débiles.

La concesión de licencias de alcohol comenzó en algunos municipios en 1873 y se reguló a nivel nacional en 1892. En 1954, con la Ley N° 11 256⁷³ se estableció en su Artículo 130° una compleja tipología de 14 tipos de establecimientos de venta de alcohol, siendo variable los horarios (Artículo 156°). Posteriormente, se ha ido modificando y aumentando la complejidad de la tipología. La Ley N° 19925, Ley sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas de 2004⁷⁴, regula los horarios de apertura a nivel nacional, definiendo una media de 111,4 horas semanales para los puntos de venta fuera del local y 122,3 horas semanales para los locales, con la excepción de las Fiestas Patrias (18 y 19 de septiembre) y Año Nuevo, donde no se aplican restricciones. Los municipios pueden restringir aún más los horarios de apertura con una ordenanza local.

Los municipios pueden revocar la licencia otorgada cuando las siguientes situaciones son recurrentes (normalmente más de dos o tres veces): no pagar la tasa de licencia, la venta a menores o el incumplimiento de los horarios de apertura.

La edad mínima legal para comprar alcohol se redujo de 21 a 18 años en 1993⁷⁵. Está prohibida la venta de alcohol a menores, con una pena de 21 a 40 días de cárcel y una multa de tres a 10 unidades tributarias mensuales.

- **Colombia**

La Ley N° 124 de 1994⁷⁶ prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. En el Artículo 1°. Se define lo siguiente: "Prohíbase el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. La persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los

⁷² Sebastián Peña1, Paula Sierralta, Pablo Norambuena, et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. 2020. En: doi:10.1111/add.15208. p. 442

⁷³ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=26623%26idVersion%3D1954-07-16>

⁷⁴ <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=220208>

⁷⁵ Ministerio De Justicia. Ley 19221. Establece mayoría de edad a los 18 años y modifica cuerpos legales que indica; 1993. En: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30588>

⁷⁶ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=291>

Códigos Nacional o Departamental de (ilegible)”. La Ley N° 1503 de 2011, por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones, aporta en este sentido.

- **Ecuador⁷⁷**

“El Código de la Niñez y Adolescencia, en el Artículo 27º respecto al derecho a la salud, enuncia que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológicas y sexual. (...) Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase. Además, en el Artículo 78º se especifica que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la protección contra otras formas de abuso como el consumo y el uso indebido de bebidas alcohólicas (entre otros), al igual que en la producción, comercialización y la publicidad de estas.

La Ley Orgánica de Educación Intercultural en su Artículo 132º prohíbe a los representantes legales, directivos, docentes, madres y padres de familia de las instituciones educativas correspondientes, lo siguiente: q) Incentivar, publicitar o permitir el consumo o distribución de tabacos, bebidas alcohólicas, narcóticos, alucinógenos o cualquier tipo de sustancias psicotrópicas o estupefacientes”

Respecto a la regulación de horarios de funcionamiento, el marco legal para este tema se describe en el Acuerdo Ministerial N° 069, según las siguientes categorías:

CAPITULO II CATEGORÍAS

Art. 10.- Categorías y horarios de funcionamiento. - Las y los propietarios, administradores y representantes legales de los locales y establecimientos que no están sujetos o no se encuentran categorizados como turísticos, estarán obligados a la obtención del Permiso Anual de Funcionamiento y cumplirán con sus obligaciones y responsabilidades de acuerdo con las actividades económicas propias dependiendo de la categoría en la cual se ubiquen, bajo los siguientes parámetros y clasificación:

CATEGORÍA DOS.- Centros de diversión para mayores de 18 años.-

Se consideran como CATEGORÍA 2 los establecimientos donde funcionan centros de diversión para mayores de 18 años, que no tengan relación con las actividades establecidas en la CATEGORIA 1, tales como bares, discotecas, cantinas, galleras, karaokes, salas de recepciones, billares con venta de bebidas alcohólicas y otros de similar naturaleza donde se expenda y consuma bebidas alcohólicas. Como excepción, en las salas de recepciones se permitirá el ingreso de menores de edad con supervisión de una persona adulta, a fin de que no consuman bebidas alcohólicas ni tabacos. El horario de funcionamiento de los establecimientos de esta categoría será de lunes a jueves de 17h00 hasta 24h00 y, de viernes a sábado de 17h00 a 02h00. Se prohíbe su funcionamiento los días domingos. Los locales de esta categoría, que cuenten con permisos turísticos podrán funcionar de lunes a miércoles de 15h00 a 24h00 y de jueves a sábados 12h00 a 03h00.

⁷⁷ Tomado del informe que acompañó las respuestas al cuestionario

CATEGORÍA TRES.- Licorerías y depósitos de bebidas alcohólicas al por mayor. Se consideran como CATEGORÍA 3 los establecimientos donde se venden exclusivamente bebidas alcohólicas para llevar. En estos locales, a diferencia de la CATEGORIA 2, está prohibido el consumo de bebidas alcohólicas tanto al interior de los mismos como en el área pública adyacente al local. El horario de funcionamiento de las licorerías será de lunes a miércoles de 14H00 hasta 22h00; y de jueves a sábado de 14H00 hasta 01h00. Se prohíbe su funcionamiento los días domingo. La comercialización de bebidas alcohólicas en las licorerías se podrá efectuar a través de escotillas, como medida de seguridad, exclusivamente dentro de los días y horarios autorizados para este tipo de establecimientos. El incumplimiento de esta disposición será motivo de sanción. Los depósitos de bebidas alcohólicas al por mayor podrán distribuir las bebidas sin refrigeración exclusivamente para fines comerciales, de lunes a domingo de 06h00 a 22h00.

CATEGORÍA CUATRO.- Locales de consumo de alimentos preparados.- Se consideran como CATEGORÍA 4 los establecimientos que ofrecen alimentos preparados para su consumo inmediato, tales como restaurantes, cafeterías y restaurantes ubicados en el interior de complejos deportivos, paraderos, plazas de comidas; establecimientos donde se expenden comidas populares, estos son: picanterías, comedores, fondas u otros de naturaleza similar; comidas ligeras: cafeterías, fruterías, juguerías, heladerías, panaderías, café net, confiterías; establecimientos de comida rápida; servicios de catering, entre otros de naturaleza similar. El horario de funcionamiento de los restaurantes será de lunes a domingo desde las 06h00 hasta las 02h00. El expendio y consumo de bebidas alcohólicas y/o de moderación en estos establecimientos, está autorizado únicamente como acompañamiento de las comidas. El horario de funcionamiento de los establecimientos donde se expenden comidas populares; cafeterías, y restaurantes ubicados en el interior de complejos deportivos, plazas de comidas, servicios de catering, entre otros de naturaleza similar, será de lunes a domingo de 06h00 hasta 00h00. El horario de funcionamiento de los establecimientos de comidas ligeras: cafeterías, fruterías, juguerías, heladerías, panaderías, café net, confiterías, será de lunes a domingo de 06h00 hasta 22h00. No podrán expender bebidas alcohólicas ni de moderación, ni permitir su consumo al interior de los locales. El horario de funcionamiento de los establecimientos de comida rápida será de lunes a jueves de 10h00 a 00h00 y viernes y sábados de 10h00 a 02h00; y, los domingos en horario de 06h00 a 22h00. No podrán expender bebidas alcohólicas ni de moderación ni permitir su consumo. Los paraderos de comidas, esto es, establecimientos que se encuentran adyacentes a las vías urbanas y rurales, podrán funcionar de lunes a domingo las 24 horas del día. Se prohíbe en este tipo de establecimientos el expendio y consumo de bebidas alcohólicas y de moderación. Los locales de esta categoría que cuenten con permisos turísticos podrán funcionar las 24 horas todos los días, cumpliendo con las regulaciones respecto a los horarios referentes al expendio y consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORÍA CINCO.- Supermercados.- Se consideran dentro de esta categoría a los locales y establecimientos de venta de alimentos y bebidas alcohólicas, tales como supermercados y bodegas. El horario de funcionamiento de los establecimientos de esta categoría será de lunes a domingo de 06h00 hasta 22h00; se permitirá la venta de bebidas alcohólicas todos los días para consumo exclusivo en domicilios, quedando prohibido el expendio a menores de edad y el consumo en el espacio público.

CATEGORÍA SEIS.- Tiendas y Abacerías.- Se consideran dentro de esta categoría a los locales y establecimientos de venta de alimentos y bebidas al por menor, tales como tiendas, abacerías, venta de frutas y legumbres, frigoríficos, tiendas naturistas, quioscos, abarrotes, micro mercados y establecimientos de esta naturaleza que se encuentren ubicados dentro de las gasolineras. En estos locales está prohibido el consumo de bebidas alcohólicas incluso aquellas consideradas de moderación, tanto en su interior como en las áreas públicas adyacentes a los mismos. Los locales comprendidos en esta categoría, como actividad económica secundaria, a excepción de los frigoríficos, venta de frutas y legumbres, tiendas naturistas, quioscos y otros de naturaleza similar, podrán expedir bebidas alcohólicas y/o de moderación; permitiéndose para tal efecto, el disponer de una asignación máxima no superior al diez por ciento de los metros cuadrados totales del local, destinados a la venta de comestibles y abarrotes. El horario de funcionamiento de los establecimientos de esta categoría será de lunes a domingo de 06h00 hasta 23h00. Se permitirá la venta de bebidas alcohólicas de lunes a domingo de 06h00 a 23h00 para consumo exclusivo en domicilios, quedando prohibido el expendio a menores de edad y el consumo en el espacio público. Los establecimientos ubicados dentro de las gasolineras podrán funcionar las 24 horas, de lunes a domingo y podrán vender bebidas alcohólicas sin refrigeración para consumo exclusivo en domicilios de lunes a miércoles de 16h00 a 22h00; de jueves a sábados de 18h00 a 00h00 y los domingos de 10h00 al 5h00. El horario de funcionamiento y expendio de bebidas alcohólicas será de cumplimiento obligatorio, aunque en los alrededores de este tipo de establecimientos se esté desarrollando un evento público cuya duración exceda el horario máximo habilitado para el funcionamiento del local. En el caso de incumplimiento del porcentaje máximo autorizado en el inciso segundo de este numeral; o, en la venta y expendio de bebidas alcohólicas, se procederá conforme a lo dispuesto en el régimen de sanciones para las infracciones relacionadas con el Permiso Anual de Funcionamiento previsto en este Acuerdo Ministerial.

CATEGORÍA SIETE.- Centros de entretenimiento.- Se consideran dentro de esta categoría los establecimientos tales como salas de juegos electromecánicos, salas de videojuegos, canchas deportivas, billares u otros de similar naturaleza. El horario de funcionamiento de los juegos electromecánicos será de lunes a domingo de 10h00 hasta 22h00; y, las salas de videojuegos de lunes a domingo de 10h00 hasta 20h00, sin venta o consumo de bebidas alcohólicas ni de moderación. El horario de funcionamiento de las canchas deportivas, billares sin venta de licor, u otros de similar naturaleza será de lunes a domingo de 06h00 hasta 01h00, sin venta o consumo de bebidas alcohólicas ni de moderación.

CATEGORÍA OCHO.- Hospedaje.- Se consideran dentro de esta categoría los establecimientos que ofrecen el servicio de hospedaje no turístico de personas, denominados pensiones, residenciales y moteles. En aquellos que ofrezcan alimentos preparados de forma secundaria, podrán expedir bebidas alcohólicas exclusivamente a sus clientes y para el acompañamiento de comidas. El horario de funcionamiento de los locales de esta categoría será de lunes a domingo las 24 horas al día. Se prohíbe el ingreso de personas menores de 18 años de edad a los moteles. En el caso de pensiones y

residenciales, los menores de 18 años de edad deberán estar acompañados por una persona adulta y justificar debidamente su estancia y vínculo de parentesco.⁷⁸

- **Perú**

En 2006 el Perú promulgó la Ley N° 28681⁷⁹ que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas. La Ley tiene por objeto establecer el marco normativo para regular la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas de toda graduación, a efectos de advertir y minimizar los daños que producen a la salud integral del ser humano, a la desintegración de la familia y los riesgos para terceros, priorizando la prevención de su consumo a fin de proteger a los menores de edad.

Los locales que expendan licores tienen, entre otras obligaciones señaladas en el Artículo 4°, a negar el ingreso de menores de edad en aquellos lugares cuyo giro principal sea la venta de bebidas alcohólicas, y a cumplir con los horarios establecidos por la autoridad competente.

Además, tienen prohibido, según el Artículo 5°, la venta, distribución, suministro y consumo de bebidas alcohólicas: prohíbase la venta ambulatoria, distribución, suministro a título oneroso o gratuito y el consumo directo de toda clase de bebidas alcohólicas. Según corresponda:

- a) A menores de 18 años.
- b) En instituciones educativas de toda, índole, públicas o privadas.
- c) En establecimientos de salud, públicos o privados.
- d) En los centros de espectáculos destinados a menores de edad.
- e) A personas dentro de vehículos motorizados.
- f) En la vía pública.

Según el Decreto Supremo N° 012-2009-SA, que regula la mencionada Ley, en su quinto artículo dispone que serán las municipalidades las que aprobarán mediante ordenanza, los horarios de venta o expendio de bebidas alcohólicas, de acuerdo con las modalidades señaladas en el artículo precedente. En los casos que se establezcan limitaciones al horario, éstas se deberán sustentar en razones de seguridad o tranquilidad pública.

- **Venezuela**

En Venezuela si existe legislación en cuanto a regular horario, días de expendio y el no expendio a menores de edad, sin embargo, los establecimientos trazan estrategias para realizar expendios. Por ejemplo, los domingos en el día del llamado "ley seca", es decir no pueden expenderse bebidas alcohólicas, al menos que sea en restaurantes o espacios similares, pero se venden igualmente, sea que venda por delivery (gracias a las nuevas tecnologías), o por otra forma.

⁷⁸ Registro Oficial 475. Acuerdo Ministerial 069, Reglamento intervención Intendentes Generales, Comisarios De Policía. 29 abril 2019 disponible en https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/07/ACUERDO-MINISTERIAL-00691-comprimido_compressed.pdf

⁷⁹ https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/Ley%20N%C2%BA28681_LALEY.pdf

8. Número de países con regulaciones sobre el etiquetado de las bebidas alcohólicas (contenido de alcohol en N tragos estándar, alertas de salud sobre los daños del alcohol, visibles y entendidos por la población, N calorías e información nutricional).

Bolivia, Chile, Colombia y Perú han implementado regulaciones sobre el etiquetado, a diferencia de Ecuador y Venezuela.

- **Bolivia**

En Bolivia las etiquetas están bajo las normas: NB 314001⁸⁰; NB 324001. Estas regulan el contenido de información de las etiquetas de las bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas. Quien debe vigilar su cumplimiento es el sector productivo y de exigencia del consumidor⁸¹.

- **Chile⁸²**

Desde 1969 la regulación de la producción, distribución y mecanismos de control de calidad está a cargo del Servicio Agrícola y Ganadero, dependiente del Ministerio de Agricultura. Con la Ley N° 18455⁸³ de 1985 se introdujo un nuevo sistema de clasificación de bebidas alcohólicas y una normativa más estricta sobre los componentes de fabricación, así como la mejora del etiquetado incluyendo el contenido de alcohol, entre otros cambios.

En el Artículo 35°. Se señala que “en los envases o etiquetas de los productos deberán indicarse, a lo menos, las siguientes menciones: denominación o naturaleza del producto; graduación alcohólica; volumen; nombre y domicilio del envasador. Tratándose de productos importados, deberá indicarse, además, el país de origen y el nombre y domicilio del importador.”

- **Colombia**

Según reporta en el cuestionario, se hace de una manera parcial a través de Decreto N° 1686 de 2012⁸⁴, “reglamentación relacionada con la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano. Establece las

⁸⁰ Norma Boliviana NB 314001. Instituto Boliviano de Normalización y Calidad. Etiquetado de los alimentos preenvasados Segunda revisión. ICS 67.020 Procesos de la industria Alimentaria. Agosto 2001. En: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/029C8A5726DDE2AB052581AE006B25A5/\\$FILE/3_norma.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/029C8A5726DDE2AB052581AE006B25A5/$FILE/3_norma.pdf)

⁸¹ CABRAL EGÜEZ, ANA; MORALES RODRIGUEZ, CARMEN ROXANA. Evaluación del cumplimiento de las normas Bolivianas en las etiquetas de las bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia, 2011. En: [http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100002&lng=en&nrm=iso#:~:text=Seg%C3%BAn%20las%20Normas%20Bolivianas%20NB,%2C%20el%20mililitro%20\(mL\).](http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100002&lng=en&nrm=iso#:~:text=Seg%C3%BAn%20las%20Normas%20Bolivianas%20NB,%2C%20el%20mililitro%20(mL).)

⁸² Sebastián Peña1, Paula Sierralta, Pablo Norambuena, et. al. Alcohol policy in Chile: a systematic review of policy developments and evaluations. 2020. En: doi:10.1111/add.15208. p. 447

⁸³ Ministerio De Agricultura. Ley 18455, fija normas sobre producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y vinagres, y deroga el Libro I de la Ley N° 17.105. 1985. En: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29859>

⁸⁴ https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201686%20de%202012.pdf

condiciones y requisitos sanitarios, prácticas permitidas y no permitidas por bebida alcohólica, buenas prácticas de manufactura, condiciones de fabricación, envasado, plan de saneamiento, control de calidad, prácticas higiénicas, envasado, rotulado y etiquetado, leyendas obligatorias, y publicidad”

Además, Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares donde se expenden y consumen bebidas alcohólicas no deben venderlas a menores a menores y fijar en un lugar visible al público avisos que contengan los textos “el alcohol es nocivo para la salud, la convivencia y la seguridad vial” y “se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad”. Son las autoridades sanitarias las que tienen a su cargo la vigilancia del cumplimiento de estas disposiciones en coordinación con las autoridades de policía y demás autoridades de control.

- **Ecuador**

Aunque Ecuador ha mencionado no tener normas respecto del presente tema, se ha encontrado la norma técnica ecuatoriana NTE INEN 1334-1 (Cuarta revisión 2014-02) Rotulado de productos alimenticios para consumo humano⁸⁵. En su Artículo 5°.5. sobre bebidas alcohólicas se señala que debe declararse el contenido alcohólico en porcentaje de volumen de alcohol, y en la etiqueta debe aparecer el siguiente texto: “Advertencia. El consumo excesivo de alcohol limita su capacidad de conducir y operar maquinarias, puede causar daños en su salud y perjudica a su familia”. “Ministerio de Salud Pública del Ecuador”. “Venta prohibida a menores de 18 años”. Asimismo, en el caso de bebidas alcohólicas con contenido alcohólico de 5 % v/v o menos, estas deben contener el siguiente mensaje: “Advertencia: “El consumo excesivo de alcohol puede perjudicar su salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador”.

- **Perú**

En 2006 el Perú promulgó la Ley N° 28681 que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas. Como ya se mencionó, esta Ley tiene por objeto establecer el marco normativo para regular la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas de toda graduación, a efectos de advertir y minimizar los daños que producen a la salud integral del ser humano, a la desintegración de la familia y los riesgos para terceros, priorizando la prevención de su consumo a fin de proteger a los menores de edad. Sin embargo, la norma no pide que la etiqueta ponga el grado alcohólico.

9. Número de países con guías clínicas nacionales para los límites de riesgo del consumo de alcohol

Mientras que Chile, Colombia, Ecuador y Perú han implementado guías clínicas, Bolivia las tienen en proceso de elaboración y aprobación.

⁸⁵ <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/NTE-INEN-1334-1-Rotulado-de-Productos-Alimenticios-para-consumo-Humano-parte-1.pdf>

- **Bolivia**

Se está trabajando en el Plan Plurinacional de Salud Mental 2021 – 2025, y una de las líneas estratégicas está enfocada en servicios integrales de salud mental, adicciones comunitarias en el marco del modelo de gestión SAFC”, dentro del cual una de las acciones es poder generar esas guías clínicas. Actualmente el Plan Plurinacional de Salud mental 2021-2025, está en proceso de aprobación. De igual manera se está trabajando en el Plan de Reducción de la Demanda de Drogas, donde uno de los componentes es la prevención y el tratamiento para personas que sufren algún tipo de adicción.

- **Chile**

La última publicación del Ministerio de Salud de Chile ha sido el Resumen ejecutivo de la guía de práctica clínica del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años⁸⁶, de febrero del 2020.

- **Colombia**

En el caso de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (Colciencias) ha publicado la “Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol”⁸⁷ en el año 2013

- **Ecuador**

Ecuador cuenta a la fecha con un Protocolo de Atención Integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas 2016⁸⁸ que tiene como finalidad de facilitar herramientas de apoyo a los profesionales de la salud, para fortalecer sus capacidades en el abordaje integral de las personas que requieren atención por el consumo nocivo de alcohol y otras drogas. El Capítulo II está dedicado específicamente al alcohol.

El protocolo describe los cuadros clínicos de la alcoholemia, diagnóstico, manejo clínico, enfoque de riesgo, dependencia al alcohol, desintoxicación, complicaciones y orientaciones para el uso de medicamentos.

- **Perú**

En el Perú, el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), publicaron la “Guía de Práctica Clínica en trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”⁸⁹ la misma que fue aprobada con resolución Ministerial N° 648-2006/MINSA.

⁸⁶ https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177433/08_re_gpcconsumo-perjudicial-de-alcohol-y-drogas_2019_v4.pdf

⁸⁷ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_OH.pdf

⁸⁸ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Acuerdo-00030-Protocolo-tabaco-fusionado.pdf>

⁸⁹ <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2907.PDF%20>

10. Número de países con detección e intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol integrados en los servicios de atención primaria

Colombia, Perú y Venezuela han desarrollado e implementado detección e intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol integrados en los servicios de atención primaria. Bolivia lo está trabajando dentro del Plan Plurinacional de Salud Mental 2021- 2025. Chile, Ecuador y Venezuela no lo han hecho.

- **Colombia**

Como se ha señalado líneas arriba (pág. 19) en Colombia los servicios de atención para el control del uso nocivo del alcohol y su prevención están a cargo tanto del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta a la capacitación de profesionales de la salud y agentes comunitarios, como del Ministerio de Educación Nacional en lo que respecta a proyectos pedagógicos para el desarrollo de competencias y fomento de estilos de vida saludables.

Dentro de un marco más amplio, la Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, contenida en la Resolución N° 089 de 2029, contempla la atención integral de las personas con riesgos de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

- **Perú**

El país integra sus intervenciones respecto del uso nocivo del alcohol en el marco de la salud mental con enfoque intercultural y de género, con énfasis en jóvenes y adolescentes, en servicios integrales. Existen 229 establecimientos de salud comunitario debidamente equipados con recursos técnicos y humanos para atender, entre otros, los problemas derivados del uso nocivo del alcohol. La prevención se desarrollará por medio de campañas educativas a cargo del Estado quien también estimula la investigación de la situación de los problemas vinculados al uso nocivo del alcohol.

- **Venezuela**

Como política del sistema público nacional de salud, se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en este sentido, se realizan continuamente charlas educativas orientadas a temas como: tabaquismo, consumo de alcohol, sustancias, alto consumo de grasas, sodio, carbohidratos entre otros y su relación con enfermedades como la diabetes mellitus, insuficiencias renales, las hepatopatologías, enfermedades oncológicas, además que existen campañas en otros espacios como el consumo del alcohol y conducir vehículos no son compatibles, entre otras, además de que desde la APS nuestros equipos básicos de salud (medico, enfermera, promotores de salud), sus atenciones de terreno (visita a casa a casa), y trabajan con la población orientadas a la reducción o el no consumo de alcohol. Por otra parte, en los actuales momentos a través de la estrategia de mhGAP de la OMS/OPS se está tocando con los equipos no especializados en la atención de primer nivel los efectos del alcohol en la salud mental.

IV. Conclusiones y recomendaciones

De la revisión de la bibliografía relevante al balance de los avances en materia de la reducción del consumo nocivo del alcohol, en particular de las políticas tributarias pro-salud, de la información recogida a través de los puntos focales y de la revisión de la información pública relevante para los países andinos se derivan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Las principales conclusiones son:

- Uno de los primeros resultados que resaltan, a pesar de la poca información cuantitativa recibida⁹⁰, es la reducción del consumo per cápita de alcohol en la población con más de 15 años. Sin embargo, la falta de información no permite identificar si esto fue debido al Plan Andino o a los cambios de comportamientos durante la pandemia del COVID-19.
- La mayoría de los países vienen implementando medidas como el control de horarios para los locales que expenden alcohol, la prohibición de venta a menores, exigencias sobre mensajes en el etiquetado y otras medidas incluidas en el Plan Andino. Sin embargo, solo Chile y Perú tienen planes explícitos para disminuir el consumo nocivo del alcohol, mientras, Bolivia y Colombia tienen su política expresada en su legislación. Esta situación de ausencia de planes o políticas explícitas puede ser en una limitación para hacer alianzas con los demás ministerios o secretarías implicadas en las medidas que se busca impulsar, sobre todo, si se toma en cuenta que hay sectores que buscan expandir la venta de alcohol dado la rentabilidad económica que tiene.
- Es relevante reforzar la posición de la Autoridad Sanitaria en su participación en la formulación de las políticas tributarias. Esta medida ha mostrado ser una forma esencial y costo efectiva para la estrategia de reducir el consumo nocivo de alcohol.
- En cada país tiene diferentes características, sin embargo, en muchos de los países de la región priman los criterios de generación de ingresos para el Estado o el de movilizar las inversiones y el empleo. Encontrar un buen balance entre ingresos tributarios y reducción del consumo nocivo del alcohol, con participación de la autoridad sanitaria en la decisión, es un reto que los Estados deben enfrentar.
- Un área que aparece poco en las políticas y las estrategias es el control del consumo de alcohol ilícito, de la producción de alcohol informal o no propicios para el consumo humano. Esto se agrava si se tiene en cuenta la fuerte vinculación con la violencia familiar y de género. Las medidas que más se aproximan a tratar el tema son la fiscalización y la prohibición de venta de los licores sin autorización sanitaria, pero estas medidas son difíciles de implementar en las zonas donde están los sectores

⁹⁰ Cabe mencionar que fuentes de información importantes como el Global Information System on Alcohol and Health de la OMS se encuentra con información al año 2016 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health#:~:text=The%20Global%20Information%20System%20on,of%203%20million%20people%20annually.>). Además, se debe tener en cuenta que, en general, los sistemas de recolección de información se vieron afectados en el 2020 y 2021 por la pandemia del Covid-19.

socioeconómicamente en desventaja o que viven en zonas rurales alejadas de la presencia del Estado.

Las principales recomendaciones son:

- Cuando se propongan los ajustes al Plan Andino se debe tomar en cuenta que los indicadores logrados han sido impactados por la pandemia por COVID-19. Poder evaluar ese impacto separado de las intervenciones del Plan es una actividad necesaria.
- Incorporar a la discusión sobre las siguientes acciones en materia del enfrentamiento al consumo nocivo del alcohol las herramientas que se han producido con posterioridad a la aprobación y publicación del Plan Andino, en particular, las incluidas en el Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022 – 2030 de la OMS⁹¹, sobre todo, el replanteamiento de las esferas claves.
- Se requiere fortalecer a la autoridad sanitaria del país para que conduzca la política multisectorial contra el consumo nocivo del alcohol y pueda intervenir en la definición de la política tributaria. Esto implica, dotar a la Autoridad Sanitaria de los instrumentos necesarios (marco normativo y organización institucional funcional a la política) y de recursos presupuestales para implementar las políticas.
- Los países requieren contar con una política explícita contra el consumo nocivo del alcohol y con una estrategia particular que tome en cuenta sus propias características y las vinculaciones que tiene el problema del uso nocivo del alcohol con otros problemas como la violencia de género, la violencia familiar y otras externalidades más. Esto último, le permitirá a la Autoridad Sanitaria hacer alianzas y potenciar las intervenciones de la política.
- Retomar la recolección sostenida de la información que permita fortalecer la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas a desarrollar. Este reto se debe enfrentar regionalmente para que las metodologías de recolección y la selección de la información a recoger sean consistentes y permitan la comparación. En esta discusión, se hace necesario incorporar el impacto de la COVID-19.

⁹¹ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, Primer proyecto. Ginebra. 2021. En: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_

V. Bibliografía relevante

- Baruwa, E. J W. (2022). International Pro-health Excise Tax Literature Review to Support the Ministry of Finance of Vietnam. Rockville, EEUU. Obtenido de <https://www.lhssproject.org/resource/international-pro-health-excise-tax-literature-review-support-ministry-finance-vietnam>
- Baruwa, E. (2021). Pro - health excise taxes: What, why, where? Local Health System. Sustainnability Project (LHSS). USAID.
- Health, T. T. (2019). Health Taxes to Save Lives. Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages. <https://tobacconomics.org/files/research/512/Health-Taxes-to-Save-Lives-Report.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, Primer proyecto. Obtenido de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salvar vidas, reducir el gasto. Una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles. Versión original: WHO/NMH/NVI/18.8. WHO 2018. Suiza, Ginebra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275408>
- Organización Mundial de la Salud. (2018) [internet]. Global status report on alcohol and health 2018. Suiza, Ginebra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. También publicada en inglés (2017): Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization. Suiza, Ginebra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: examen de mitad de período. 55.o Consejo Directivo. 68.a Sesión del Comité regional de la OMS para las Américas. Washington DC, EEUU: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44486>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: https://www.rets.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Suiza, Ginebra. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44486>.
- Organización Mundial de la Salud Department of Mental Health and Substance Abuse (s.f.). Global Survey on Alcohol and Health and Global Information System on Alcohol

and Health. This paper was produced for a meeting organized by Health & Consumer Protection DG and represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. Washington DC: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol: Cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional. Versión original: The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. OMS. 2019. EEUU, Washington DC: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Impuestos saludables: Guía breve (síntesis de política de la OMS). "Versión oficial en español de la obra original en inglés: Health Taxes: a primer (a WHO policy brief). World Health Organization, 2019. WHO/UHC/HGF/Policy brief 19.7. <https://www.paho.org/es/temas/impuestos-saludables#:~:text=Los%20impuestos%20saludables%20son%20medidas,carga%20sanitaria%20que%20estas%20enfrentan>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Versión oficial en español de la obra original en inglés Global status report on alcohol and health 2018: Executive summary. World Health Organization 2018. WHO/MSD/MSB/18.2. EEUU, Washington DC: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spain.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20Sistema%20Mundial%20de%20la%20informaci%C3%B3n,enfermedades%20no%20transmisibles%20\(ENT\)](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spain.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20Sistema%20Mundial%20de%20la%20informaci%C3%B3n,enfermedades%20no%20transmisibles%20(ENT)).
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Herramienta sobre políticas tributarias y de precios del alcohol. Versión oficial en español de la obra original en inglés: Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. World Health Organization 2017. Elaborado por: Centro de Estudios sobre el Alcohol (Tailandia) y Centro de Adicciones y Salud Mental (Canadá). En el marco de un memorando de entendimiento entre la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Tailandesa de Promoción de la Salud (ThaiHealth Promotion Foundation) en apoyo a la ejecución de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49555>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Calificación de las políticas en materia de alcohol. Evaluación del nivel de ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de las Américas. Tambien se publica en inglés: Alcohol Policy Scoring: Assessing the level of implementation of the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol in the Region of the Americas ISBN: 978-92-75-12045-3. EEUU, Washington DC: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49679/9789275320457_spain.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Herramienta sobre políticas tributarias y de precios del alcohol. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49555>. "Versión oficial en español de la obra original en inglés "Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. World Health Organization 2017". Elaborado por: Centro de Estudios sobre el Alcohol (Tailandia) y Centro de Adicciones y Salud Mental (Canadá). En el marco de un memorando de entendimiento entre la Organización Mundial de la Salud y la fundación Tailandesa de Promoción de la Salud (ThaiHealth Promotion Foundation) en apoyo a la ejecución de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol"
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. EEUU, Washington DC: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- The Task Force on Fiscal Policy for Health. (2019). Impuestos a favor de la salud para salvar vidas. El uso eficaz de impuestos selectivos al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas. En: <https://www.bloomberg.org/public-health/building-public-health-coalitions/task-force-on-fiscal-policy-for-health/#:~:text=Health%20Taxes%20to%20Save%20Lives&text=An%20analysis%20conducted%20for%20the,over%20the%20next%2050%20years.>

VI. Anexos

Anexo 1: Personas de contacto

Bolivia	
Institución	Ministerio de Salud y Deportes
Persona de contacto	Amelia Jesusa López Flores Maria Guadalupe Gonzales Gonzales
Oficina	Dirección General de Promoción y Prevención de Salud / Área de Salud Mental
C. electrónico	amlopez@minsalud.gob.bo guada.q.g.l@gmail.com
Celular	+5917540856 +59179106436
Chile	
Institución	Ministerio de Salud
Persona de contacto	Pablo Norambuena Cárdenas
Oficina	Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
C. electrónico	pnorambuena@minsal.cl
Celular	+56225740118
Colombia	
Institución	Ministerio de Salud y Protección Social
Persona de contacto	Ana María Peñuela Poveda
Oficina	Dirección de Promoción y Prevención
C. electrónico	apenuela@minsalud.gov.co
Celular	N/D
Ecuador	
Institución	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Persona de contacto	Wendy Campoverde
Oficina	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
C. electrónico	Wendy.campoverde@msp.gob.ec
Celular	N/D
Perú	
Institución	Ministerio de Salud
Persona de contacto	Jorge Arturo Hancco Saavedra
Oficina	Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas
C. electrónico	jhancco@minsa.gob.pe
Celular	+51942125859
Venezuela	
Institución	Ministerio del Poder Popular para la Salud

Persona de contacto	Raúl Carbonell
Oficina	Dirección General de Programas de Salud
C. electrónico	dgpsalud818@gmail.com
Celular	+58 416-6082589

Anexo 2: Sistematización de las repuestas de los países

Objetivos específicos	Indicadores	Cumplimiento
Objetivo general: Desarrollar el Plan Andino para la Prevención y Control de las ENT 2018-2022, a través de políticas y alianzas multisectoriales, reducción de factores de riesgo, protección de factores protectores, fortalecimiento de sistemas de salud, la vigilancia, la investigación, el intercambio de iniciativas y de lecciones aprendidas entre los países de la subregión andina: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.		
Líneas estratégicas: 4.2 Factores de riesgo y factores protectores de las ENT Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes y grupos vulnerables, así como apoyar la implementación de estrategias de promoción de la salud, incluidas las medidas fiscales y de regulación, así como vigilar y monitorizar la aplicación de medidas de prevención.		
Resultados: 2. Factores de riesgo de ENT reducidos y factores protectores incrementados		
<u>2.2: Reducir el consumo nocivo de alcohol.</u>	<ul style="list-style-type: none"> Número de países con impuestos selectivos a todas las bebidas alcohólicas, ajustadas para la inflación/costo de vida y de acuerdo con el volumen de alcohol puro. 	<p>De los seis países de la región andina cuatro de ellos cuentan con legislaciones que ponen impuestos a las bebidas alcohólicas: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. En los casos de Colombia, Ecuador y Perú, cuentan con un impuesto ad-Valorem y un impuesto específico en función del grado de alcohol. En el caso de Chile, cuenta con una estructura de impuestos ad-Valorem. La actualización regular de las tasas o alícuota se llevan a cabo en Bolivia y Perú. En Bolivia, se hace tomando de referencia Unidad de Fomento de Vivienda (UFV) (2010), aunque antes lo hacía con el tipo de cambio con el dólar americano; en el caso de Perú, se actualiza en función de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) correspondiente si es alto o bajo en grado alcohólico, o si es cerveza, siempre y cuando su variación sea mayor al 1%.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Número de países que logran una reducción del consumo per cápita de alcohol en la población con más de 15 años de edad, desde la línea de base, al nivel establecido en la meta mundial (10%). 	

	País	Línea de base	2018	2019	2020	2021	2022	Año de base
Bolivia \1	37.81	37.02	37.11		35.75			nd
Chile	9.55	7.73	8.54	nd	nd	nd		2010
Colombia	5.61	5.45	5.45					2017
Ecuador \2	n/d							
Perú		6.4	5.7	3.7	2.9			
Venezuela \3	52.7	n/d	n/d	n/d	n/d	67.0 7	n/d	

1\ Por la COVID- 19, durante la gestión 2020 no se pudo tomar los datos según la página del INE. Y de la gestión 2022 aún no están disponibles

2\ En Ecuador se han realizado algunas encuestas para conocer la realidad del país en cuanto al consumo de alcohol. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se estima que el 25,2% de la población entre 10 y 19 años consume alcohol actualmente, de los cuales 32,4% son hombres y 17,1% son mujeres. Igualmente, se evidenció que el 41,3% de la población entre 20 a 59 años consume alcohol actualmente, de los cuales 56,5% corresponde a hombres y el 25,4% son mujeres. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT)

Por otro lado, el Tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, realizado en el 2016 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC, reflejó que el porcentaje de personas que consume alcohol actualmente es de 51.5% (58,1% hombres y 45,5% mujeres).

La última encuesta realizada sobre el tema, en el 2018, fue el Estudio de Vigilancia Epidemiológica de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la aplicación del método progresivo de la OMS (STEPS), aplicado en hombres y mujeres de 18 a 69 años de edad, a nivel nacional. Este estudio fue realizado en coordinación entre el MSP y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Los resultados demostraron que el 83,2% de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida. El 39,3% de la población ha consumido alcohol en los últimos 30 días, de estos, 23,8% tienen un consumo nocivo (6 o más bebidas en una sola ocasión), siendo 3 veces mayor este tipo de consumo en hombres que en mujeres. (Ministerio de Salud Pública. (2018). Encuesta STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles Hoja informativa Ecuador Encuesta STEPS 2018.)

3\ Actualmente solo se cuenta con los datos de prevalencia de consumo de alcohol

• Número de países que desarrollan e implementan una estrategia o plan de acción nacional para la reducción del consumo nocivo de alcohol que incluya medidas fiscales para reducir el consumo de alcohol, regulación de la publicidad, promoción y patrocinios y medidas regulatorias para reducir el acceso físico del alcohol (reducción de los horarios de venta; venta a menores; sistema efectivo de licencias para la venta y reducción de la densidad de los puntos de venta de alcohol).

De los seis países de la región andina cuatro de ellos cuentan estrategias o un plan de acción nacional, salvo los casos de Ecuador y Venezuela. Cabe mencionar que Chile y Perú cuentan con un documento explícito, Bolivia y Colombia lo tienen expresada en su legislación.

• Número de países con servicios de detección e intervención breve en todos los servicios de APS.

De los seis países de la región andina cuatro de ellos cuentan servicios de detección e intervención breve en todos los servicios de APS, salvo los casos de Ecuador y Venezuela.

	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países con políticas y reglamentos nacionales para reducir la exposición de niños y adolescentes a la publicidad de alcohol en todos los medios
	<p>Los países que han desarrollado e implementado políticas y reglamentos nacionales para reducir la exposición de niños y adolescentes a la publicidad de alcohol en todos los medios son: Chile, Colombia y Perú.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países con políticas y reglamentos para reducir la producción, venta y distribución de alcohol ilícito;
	<p>En este caso, salvo Perú que reporta que está en proceso la aprobación de una norma en este sentido, los demás países han reportado que no han desarrollado normas en este sentido.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países con reglamentos para controlar los horarios, días y locales de venta de bebidas alcohólicas, bien como la venta a menores y por menores de edad
	<p>Todos los países reportan que han desarrollado e implementado y reglamentos para reducir la producción, venta y distribución de alcohol ilícito.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países con regulaciones sobre el etiquetado de las bebidas alcohólicas (contenido de alcohol en N tragos estándar, alertas de salud sobre los daños del alcohol, visibles y entendidos por la población, n calorías e información nutricional),
	<p>Bolivia, Chile, Colombia y Perú han implementado regulaciones sobre el etiquetado, a diferencia de Ecuador y Venezuela</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países con guías clínicas nacionales para los límites de riesgo del consumo de alcohol
	<p>Mientras que Chile, Colombia, Ecuador y Perú han implementado guías clínicas, Bolivia las tienen en proceso de elaboración y aprobación.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de países con detección e intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol integrados en los servicios de atención primaria
	<p>Colombia, Perú y Venezuela han desarrollado e implementado detección e intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol integrados en los servicios de atención primaria. Bolivia lo está trabajando. Ecuador y Venezuela no desarrollan estas acciones.</p>



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPOLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N°3832, San Isidro – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611-3700

contacto@conhu.org.pe

<http://www.orasconhu.org>