



GOBIERNO DE  
**CHILE**  
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

Documento de trabajo, Comité Interministerial  
Publicación del Ministerio de Salud de Chile



**INDICE**

<b>I. RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>II.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>III.- ¿POR QUÉ CHILE NECESITA UNA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL?.....</b>	<b>23</b>
a. Porque le duele la pérdida en vidas y en calidad de vida asociadas al alcohol.....	23
b. Porque le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública.....	34
c. Porque busca un desarrollo con equidad y protección social.....	36
d. Porque su desarrollo económico y social se resiente con los costos que genera el consumo nocivo de alcohol.....	37
<b>IV.- ¿QUÉ HACE HOY POSIBLE QUE UNA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL SEA EFECTIVA?.....</b>	<b>40</b>
a. La estructura regulatoria para el control del alcohol y las prácticas de su aplicación, aunque débil está bien orientada y permite superperfeccionamiento.....	40
b. Las evidencias acumuladas que miden la efectividad diferencial de distintas políticas públicas sobre alcohol.....	43
c. Las enseñanzas que se desprenden de las experiencias internacionales.....	45
d. La iniciativa de OMS y las actividades de sus oficinas regionales.....	47
<b>V.- DEFINICIONES, DERECHOS, DETERMINANTES Y MODELOS DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>48</b>
a. Definiciones básicas.....	48
b. Derechos.....	48
c. Determinantes sociales de la salud y estrategia nacional sobre alcohol.....	49
d. Modelo de intervención.....	51
<b>VI. LÍNEAS DE ACCIÓN Y MEDIDAS PROPUESTAS.....</b>	<b>54</b>
Nº 1. INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y CONTROL DE LA PUBLICIDAD.....	54
Nº2. DISPONIBILIDAD DEL ALCOHOL.....	55
Nº 3. IMPUESTOS AL ALCOHOL Y PRECIOS DE VENTA AL DETALLE.....	57
Nº 4. EXPENDIO DE ALCOHOL Y POLÍTICAS DE VENTA AL DETALLE.....	59
Nº 5. TRÁNSITO, ACCIDENTES Y CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL.....	60
Nº 6. CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL Y ATENCIÓN DE SALUD.....	64
Nº 7. ACCIÓN COMUNITARIA Y GOBIERNOS LOCALES (MUNICIPIOS).....	66
Nº 8. EDUCACIÓN, FORMACIÓN DE PERSONAL Y CAPACITACIÓN.....	67
Nº 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	69
<b>VII.- ESTRUCTURA Y RUTA DE DESARROLLO ORGÁNICO PARA LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL.....</b>	<b>72</b>
<b>VIII. LOS PASOS INMEDIATOS Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>74</b>
<b>IX.- REFERENCIAS.....</b>	<b>76</b>

## PRÓLOGO

En los albores del primer año del bicentenario de Chile, se presenta a la consideración de sus ciudadanos la Estrategia Nacional sobre Alcohol para reducir el consumo de riesgo y las consecuencias sociales y sanitarias, una dimensión más de su camino hacia el desarrollo.

Su propósito no es menor: cambiar la forma de convivencia de los chilenos con el alcohol, de modo de mantener las ventajas y beneficios de la actividad económica que lo sustenta, disminuyendo drásticamente las consecuencias negativas derivadas del creciente patrón de consumo de riesgo, esto es, muertes prematuras, limitaciones en la calidad de vida de casi un millón de personas y familias, inseguridad en la convivencia social y otros daños, muchas veces inadvertidos, para el desarrollo económico y social como nación.

Por su magnitud, complejidad y potencialidad, tal propósito configura un desafío bicentenario para Chile.

Al momento actual, la Estrategia Nacional sobre Alcohol constituye tanto una propuesta al debate reflexivo y constructivo de todos los actores de la sociedad, como una hoja de ruta para una potente y concertada política de Estado, inclusiva de todos los sectores y sustentada en las evidencias que surgen de la evaluación científica de las experiencias desarrolladas en varias naciones.

4

El documento, elaborado cuidadosamente por los niveles técnicos (asesores profesionales) de varios Ministerios, además del de Salud, despliega una serie de opciones para superar lo que hasta ahora han sido leyes y políticas bien intencionadas, pero parciales, aisladas, de débil aplicación y finalmente, de escasa efectividad para conseguir el objetivo de disminuir los efectos negativos del consumo nocivo de alcohol.

Las nueve líneas de acción que postula la Estrategia Nacional dicen relación con aspectos tan diversos como los precios de las bebidas alcohólicas, las prácticas de la venta al público, la publicidad del alcohol, la información al público, la educación, la acción efectiva sobre los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol, la detección y tratamiento temprano y oportuno de las personas afectados por el consumo de riesgo, la participación de los ciudadanos y los roles que en la Estrategia Nacional sobre Alcohol, pueden jugar los gobiernos locales, regionales y municipales.

Sólo una acción que abarque los distintos factores en juego y que influya en la cultura, los hábitos y las prácticas de la totalidad de la población, hará posible que tengan éxito las acciones específicas dirigidas a los grupos que originan los riesgos y a los grupos vulnerables a ellos. Es esta la convicción que surge de la ciencia y que también subyace en la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud en orden a desarrollar estrategias similares a nivel de cada una de las naciones.

El sector Salud, ha hecho desarrollos importantes en los últimos años en esta materia, aumentando sus recursos asistenciales, perfeccionando sus prácticas y facilitando el acceso a la atención de la población afectada. Así mismo, deja avances para el futuro inmediato. En efecto, en el año 2010 se inicia la instalación progresiva de las intervenciones breves en alcohol en la Red de Atención Primaria de Salud, una de las propuestas de la Estrategia Nacional que le compete específicamente como Sector. Además, ha incluido entre los objetivos de los planes de salud regionales, la difusión y debate ciudadano de las ideas fuerza de la Estrategia y la contribución necesaria para que cada gobierno regional pueda iniciar la aplicación de aquellas medidas propias de su ámbito, que conciten acuerdo y voluntad política y ciudadana.

La Estrategia Nacional sobre Alcohol surge en la etapa final de una administración del Estado que será recordada, entre otras cosas, por sus decididos esfuerzos en la protección de los más débiles y en la identificación y enfrentamiento de vulnerabilidades e inequidades sociales. En ese mismo marco, ofrece a las autoridades que le siguen, a la manera de una posta, una herramienta útil para abrir una nueva dimensión en la protección de la sociedad y así, continuar en esa tarea.



Dr Álvaro Erazo Latorre  
Ministro de Salud

Santiago de Chile, Enero del 2010

## PRÓLOGO

La administración de Salud que se inicia en marzo del 2010 se ha impuesto la tarea de enfocarse en aquellas condiciones que mantenidas en el tiempo, se transforman en un grave riesgo para las personas. El país ha avanzado en el objetivo de lograr niveles de atención de los enfermos; pero no muestra un avance similar en el control de los condicionantes primarios de enfermedad, que como se demuestra respecto a obesidad, consumo exagerado de alcohol, dietas enriquecidas de sal, sedentarismo, condicionan la mayor carga de enfermedad y mortalidad prevenible. Los duros efectos del sismo y maremoto del 27 de Febrero de este año, imponen una mayor urgencia y esfuerzo al logro de tales objetivos.

La reconstrucción de los hospitales y servicios dañados, la normalización del funcionamiento de los programas de atención, la recuperación de condiciones básicas para el trabajo efectivo y satisfactorio del personal de salud, son metas esenciales para que el país disponga de la capacidad para proteger y recuperar la salud de aquellos chilenos que se enferman.

Sin embargo, se requiere al mismo tiempo, construir mejores niveles de salud en la población general y ello, además de exigir nuevas y mayores adecuaciones al sistema de salud, obliga a concordar con otros Sectores y con la sociedad en general, objetivos que influyen en los estilos de vida de muchos, en la actividad económica, en las prácticas culturales, porque es en estas variables donde se juegan factores que protegen o vulneran la salud y que derivan, más pronto o más tarde, en una buena o mala calidad de vida de personas individuales, de familias y de la sociedad entera. Es el caso de la calidad de la alimentación, los niveles de actividad física, las prácticas de recreación, la seguridad en los lugares de trabajo, las rutas y calles, los hogares y varios otros.

Un ejemplo particular es el caso del consumo riesgoso de bebidas alcohólicas. No cabe duda de que Chile enfrenta aquí un desafío mayor. Los estudios de carga de enfermedad sitúan al consumo de alcohol como el factor de riesgo que más negativamente influye en la sobrevivencia y la calidad de vida de los chilenos. Otros estudios, también confiables, nos informan sobre estrategias y medidas de política pública que se demuestran efectividad para reducir los efectos negativos, sociales y sanitarios del consumo nocivo de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud está requiriendo que los Estados Miembros tomen medidas más activas y efectivas para reducir el consumo nocivo de alcohol y se apresta a tomar decisiones que llevarán a la comunidad internacional a compartir y colaborar en esa meta.

El trabajo preparatorio de los años anteriores para que Chile llegue a contar con una política de país dirigida reducir el consumo riesgoso de alcohol, está en la dirección correcta y esta Administración la asume como tarea propia.

El presente documento de trabajo permitirá que la ciudadanía, los actores sociales y todos los tomadores de decisión, conozcan el estado actual de la información disponible, se abra un espacio de consultas y debate y así progresivamente, el país alcance un nivel de acuerdo suficiente como para impulsar entre todos, las medidas que sean necesarias para lograr una convivencia de los chilenos con el alcohol, más sana y más armónica.



**DR. JAIME MAÑALICH MUXI**  
**MINISTRO DE SALUD**

## PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

### A. Responsables técnicos del documento

Alfredo Pemjean Gallardo  
Médico Psiquiatra  
Asesor en Salud Mental  
Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile  
Profesor de Psiquiatría y Salud Mental  
Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales

Alberto Minoletti Scaramelli  
Médico Psiquiatra  
Jefe Departamento de Salud Mental  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud, Chile

### B. Equipo de elaboración final y redacción (Secretaría Técnica de la Estrategia)

Fernando Poblete Arrué  
Médico de Familia, MPH, Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile

Marcelo Villalón Calderón  
Médico Especialista, MSP  
Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Jorge Ramírez Flores  
Médico-Cirujano,  
Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Ximena Barros Rubio  
Trabajadora Social, P. Universidad Católica de Chile

Eduardo Bronstein Alonso  
Médico-Cirujano, Universidad Católica de Chile

Paula Fernández Elgueta  
Psicóloga, Ministerio de Salud Chile

Irina Toro Salgado  
Periodista, Ministerio de Salud, Chile

### C. Equipo consultor y redactor de documento base con insumos y recomendaciones

Norman Giesbrecht  
Senior Scientist  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH  
Toronto, Canadá

Judith Márquez Contró  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH  
Toronto, Canadá

Jaime Sapag  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH  
Toronto, Canadá.

D. Consultores colaboradores al documento base

Akwatu Khenti  
Oficina de Salud Internacional, Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH

Jurgen Rehm  
Departamento de Investigación de Política de Salud.  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH

Luis Gliksman  
Departamento de Investigación de Política de Salud  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH

Maristela Monteiro  
Organización Panamericana de la Salud, OPS

Marg Rylett  
Departamento de Investigación de Política de Salud  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH

Svetlana Popova  
Departamento de Investigación de Política de Salud  
Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH

Yedy Israel Jacard  
Academia de Ciencias de Chile

E. Comité Interministerial para la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Alcohol

Mónica Abual O.  
Ministerio Secretaría General de la Presidencia

Enrique Azúa  
Ministerio de Educación

Silvio Banfi Piazza  
Ministerio de Agricultura

Bárbara Barrios Aguirre  
Ministerio de Agricultura

Antonio Bayas F.  
Ministerio de Relaciones Exteriores

Patricio Cañete Lizama  
Ministerio de Defensa Nacional

María Clarisa Céspedes Goycochea  
Ministerio de Obras Públicas

María Soledad Coca Herrera  
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes

Pedro Antonio Díaz González  
Ministerio de Justicia

René Donoso Sereño  
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes

Dionisio Faulbaum Mayorga  
Ministerio de Agricultura

Loreto Flores P.  
Ministerio de Trabajo y Previsión Social

Carola González Gallinato  
Instituto Nacional de la Juventud

Ximena Guzmán  
Ministerio de Justicia

Adrian G. Jobt Sotomayor  
Ministerio de Defensa Nacional

Marcela Lobo Barrientos  
Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito

Karina López Monsalve  
Secretaría General de Gobierno

Danica Mimica Porras  
Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito

Mariano Montenegro  
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes

Claudia Morales Moraga  
Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito

Felipe Moreno Godoy  
Ministerio del Interior

Andrés Núñez T.  
Ministerio de Obras Públicas

Alexander Pérez Méndez  
Ministerio de Comisión Nacional de Energía

Pamela Pérez González  
Ministerio de Obras Públicas

David Poblete Huanel  
Consejo Nacional de la Cultura y las Artes

Mauricio Quintana Díaz  
Ministerio de Bienes Nacionales

Sebastián Salazar  
Ministerio del Interior

Paula Sierralta Roldán  
Ministerio de Planificación

James Spencer Olave  
Ministerio de Obras Públicas

Alejandro Soto Stuardo  
Ministerio de Justicia

Guillermo Toro Avendaño  
Ministerio de Minería

Sandra Vera  
Servicio Nacional de la Mujer

F. Colaboradores (Miembros de Taller Experto en Seminario  
Internacional 2009)

Martín Arcila Martínez  
Comunidad Terapéutica Talitakum

Karin Ávila Benavides  
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Maribel Bustos Costa  
Seremi de Salud, Magallanes

Álvaro Campos Muñoz  
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Anselmo Cancino Sepúlveda  
Ministerio de Salud

Ruth Depaux Vega  
Sociedad Chilena de Atención Primaria

Ramón Florenzano Urzúa  
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Tito Gallardo Olmedo  
Ministerio de Educación

David Jernigan  
Johns Hopkins Bloomberg  
School Of. Public Health. USA

Tomo Kanda  
OPS/OMS Chile

Paula Margozzini Maira  
Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Sergio Martínez Gutiérrez  
Servicio de Salud Metropolitano Iquique

Sergio Naser Japaz  
Pastoral de Alcohol y Drogas, Episcopado Nacional

Pablo Norambuena Cárdenas  
Ministerio del Interior

Hugo Sánchez Reyes  
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Inta

Lilia Sánchez Beltrán Ministerio de Obras Públicas

Julia Sanhueza Santander  
Seremi de Salud de la Región del Bío Bío

Rafael Sepúlveda Jara  
C.D.T. Hospital Barros Luco

Patricio Silva Rojas  
Universidad Diego Portales

Francisca Werth Weiner  
Fundación Paz Ciudadana

G. Colaboradores y apoyos de unidades técnicas de Ministerio de Salud

Helia Molina Milman  
División Políticas Públicas y Saludables

Marisol Acuña Anfossi  
División Políticas Públicas y Saludables

Ximena Rayo Urrutia  
Unidad de Gestión de Redes de Salud Mental

Irma Rojas Moreno  
Departamento de Salud Mental

Cristián Palma Biepefeld  
Departamento de Salud Mental

Orielle Solar Hormazabal  
Gabinete Subsecretaría Salud Pública

Lucy Poffald Angulo  
Gabinete Subsecretaría Salud Pública

12

Patricia Narváez Espínola  
Departamento de Salud Mental

María Angélica Caprile  
Departamento de Salud Mental

Pamela Bernales  
Gabinete Subsecretaría Salud Pública

H. Autoridades de Ministerio de Salud, que requirieron la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Alcohol

Dr. Álvaro Erazo Latorre  
Ministro de Salud

Dra. Jeannette Vega Morales  
Subsecretaria de Salud Pública

Dr. Julio Montt Vidal  
Subsecretario de Redes Asistenciales

## I. RESUMEN EJECUTIVO\*

- I. Chile no quiere continuar asistiendo pasivo y resignado ante los daños, sufrimientos y pérdidas que el consumo nocivo de alcohol ocasiona a su gente, a su tejido social, convivencia y desarrollo, especialmente ahora cuando dispone de información suficiente sobre las medidas que son efectivas para modificar tal situación.
- II. Este es el tema y objetivo que trata la Estrategia Nacional sobre Alcohol. Luego de desplegar una visión panorámica de la información disponible, propone al país, sus autoridades, sus instituciones y a la población en general, un conjunto de líneas de acción que permitirían reducir sustancialmente en los próximos 10 años el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias.
- III. Por la dimensión y alcances de la tarea, lo propone como un genuino Desafío Bicentenario para Chile.
- IV. 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, el aporte en divisas e impuestos genera importantes ingresos fiscales.
- V. Por otra parte beber alcohol más allá de ciertos límites, origina efectos dañinos a quien lo hace, pero a diferencia de todo otro producto o mercancía, no sólo afecta a éste, sino también a terceras personas y a todo el cuerpo social en su conjunto.
- VI. Si bien Chile tiene un consumo per cápita promedio calificado por estándares internacionales como medio (8,2 litros de alcohol puro por habitante mayor de 15 años, al año), el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes lo hace ubicarse entre las naciones con alto grado de riesgos y daños derivados.
- VII. Patrón de consumo de riesgo se refiere a beber en cantidades que exceden límites que son manejables por el organismo (3 y 4 unidades estándar de alcohol o “tragos” para la mujer y el hombre respectivamente, hasta 5 días en la semana) o en forma de consumo episódico excesivo (más de 5 tragos en una sola ocasión); beber hasta alcanzar niveles de intoxicación o embriaguez (cualquier grado de incoordinación motora); beber en situaciones en las que pequeñas cantidades originan riesgo para sí mismo o para terceros (conducción de vehículos o maquinarias, durante el embarazo, por menores de edad, en el trabajo).

---

Este resumen presenta las principales ideas de la “Estrategia Nacional sobre Alcohol”. Para mayor precisión y profundidad, favor dirigirse al documento extendido y a sus anexos. Los números de los párrafos son independientes de los presentados en el documento extendido.

- VIII. La rápida transición desde el consumo problema tradicional chileno (principalmente entre los hombres, hasta la embriaguez, los fines de semana), hacia el patrón de consumo de riesgo, observable en un número creciente de personas, en particular la juventud, más la incorporación de la mujer al consumo habitual, la presión de la oferta y publicidad de bebidas alcohólicas, la débil fiscalización de la venta a menores y otros factores de contexto, parecen explicar en buena medida, la incómoda posición relativa de Chile en comparación con naciones que aún con mayores consumo de alcohol per cápita, muestran menos daños y consecuencias negativas.
- IX. La proporción de personas que beben alcohol en el último mes, un indicador de consumo regular, se mide bienalmente en Chile desde el año 1994. Luego de crecer fuertemente desde la primera medición (38,6%) hasta el 2002 (58,1%), muestra una estabilización (hasta el 2006) e incluso un descenso en el 2008 (49,8%), aunque esta tendencia deberá demostrar su consistencia en próximas mediciones.
- X. De una población general que declara beber alcohol el último mes, una de cada ocho personas presenta probable abuso de alcohol (5 o más síntomas clínicos). Sin embargo, en el grupo etario de 19 a 35 años, uno de los grupos más importantes en términos productivos, la razón se eleva al doble (uno de cada cuatro).
- XI. En la población general mayor de 15 años, una persona de cada 6 (16%) presenta uno o más problemas en los ámbitos de salud, familiar o laboral derivados de su hábito de consumo (beber problema). Y esto es 5 veces más frecuente en los hombres que entre las mujeres.
- XII. Uno de los indicadores de riesgo, tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual, es una experiencia ya presente en el 12% de los escolares entre Octavo Básico y Cuarto Año Medio, con una progresión muy rápida entre 1º medio (1 de cada 13 alumnos) a 3º medio (1 de cada 6).
- XIII. La seguridad del ciudadano en las rutas y caminos aparece seriamente amenazada por el consumo de alcohol. En un lapso de 8 años (2000 - 2008), poco más del 8% de todos los siniestros de tránsito y sobre el 20% de todas las muertes inmediatas (dentro de las 24 horas) ocurren bajo la influencia del alcohol en peatones, conductores o pasajeros. De una manera similar, 1 de cada 2 muertes inmediatas en siniestros de tránsito son producto de atropellamientos y de éstas, 1 de cada 5 veces, el peatón mostró alcoholemias positivas. En una perspectiva más amplia, con un mayor número de fuentes e incluyendo todas las muertes, no sólo las inmediatas, la tendencia de la mortalidad por accidentes de tránsito en Chile continúa incrementándose.
- XIV. Una medición de crítica relevancia es la que hace el Segundo Estudio de la Carga de Enfermedad en Chile, con información del 2007, que demuestra que la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática se encuentran entre las 5 primeras enfermedades generadoras de años de vida perdidos por muerte y discapacidad prematura y evitable. Las enfermedades cardíacas, hipertensivas, las enfermedades depresivas unipolares, las enfermedades de la vesícula, los accidentes de tránsito, enfermedades de ansiedad y la condición de violencia, son otras que, con diferencias entre ambos sexos, son otras que encabezan el listado. Varias de éstas se asocian a consumo de alcohol.

- XV. Por otra parte, el consumo de alcohol fue identificado como el factor de riesgo aislado, entre 16 estudiados, que explica por sí solo la mayor proporción de años de vida perdidos, por discapacidad y muerte prematuras (12%). El factor de riesgo que le sigue, la obesidad, aporta un 6%, la hipertensión arterial algo menos, y en menor nivel, el consumo de sal, el tabaco, la glicemia elevada y otros.
- XVI. Por otra parte, si bien los sectores de mayores ingresos consumen en volumen, más alcohol que los de menores ingresos, son estos último los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol. Las medidas a implementar deben tener presente este inadvertido factor de inequidad asociado al consumo de alcohol.
- XVII. A la ciudadanía le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública. Los estudios muestran que hasta 1 de cada 14 delitos de alta connotación social (homicidios, violaciones, lesiones) se cometen bajo efectos del alcohol. La frecuencia es más alta al estudiar delitos por separado, donde se asocia a 1 de cada 6 homicidios y a 1 de cada 4 lesiones.
- XVIII. Asimismo, el país y su gente aspira a continuar avanzando y dar pasos definitivos en su desarrollo económico y social y alcanzar niveles comparables a países industrializados.
- XIX. Sin embargo, un estudio sobre los costos que ocasiona el consumo nocivo de alcohol, realizado en 1998, determinó que aquellos fueron 4 veces los ingresos que redituó la actividad económica del alcohol al país. Las cifras, en moneda de 1995, pueden ser muy distintas a las que hoy día se obtendrían (casi 3.000 millones de dólares o 209 dólares per cápita año), pero fueron equivalente a un 3,4 % del PIB de ese año. Ello incluye costos indirectos (menor productividad del trabajador, cuando es un bebedor problema, por muerte prematura y ausentismo) y costos directos (gastos en salud, policía, accidentes, destrucción de activos). Los beneficios económicos, por su parte, alcanzaron los US\$ 602 millones o US\$ 59 per cápita (exportaciones, fuerza de trabajo ocupada, impuestos).
- XX. Aunque el balance y la relación entre daños y beneficios no parece haber cambiado en Chile, y sus resultados no son demasiado distintos de los que se encuentran en otros países que han realizado investigaciones similares, es altamente conveniente una actualización de esta información. La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone en una de sus líneas de acción la realización de este estudio para el año 2010, adicionando un enfoque de costos evitables.
- XXI. Los instrumentos que Chile se ha dado en el 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.
- XXII. Lo anterior es especialmente evidente en el manejo de la información en el gobierno municipal. 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 se juegan su implementación. Y en una materia compleja como la del alcohol, esto supone una muy buena articulación de actores e instituciones, entre otras, el concejo municipal, los juzgados de policía local, los departamentos de desarrollo comunitario, ambiente, seguridad ciudadana, salud, etc.

- XXIII. La presente Estrategia busca relevar el rol del nivel municipal, así como el regional, optimizando ciertos procedimientos administrativos que contribuyan a la efectividad del marco regulatorio existente.
- XXIV. La variable más determinante para iniciar ahora una política de Estado con renovado enfoque, es la fuerte evidencia sobre efectividad que acumulan determinadas medidas estratégicas, en la investigación evaluativa internacional. Un estudio relevante es el realizado por un destacado grupo de investigadores, quienes analizaron 34 estrategias distintas, para luego ordenarlas en los siguientes ámbitos: disponibilidad física de las bebidas alcohólicas, impuestos y precios, contexto de ingesta de alcohol, educación y persuasión, promoción del alcohol, contramedidas de la conducción e ingesta de alcohol y tratamiento e intervenciones tempranas.
- XXV. Nuevos estudios y numerosas publicaciones han confirmado que las medidas específicas que han mostrado mayores efectos e influencia sobre la conducta de consumo de riesgo, tanto en la población general como en los grupos más vulnerables, son: (a) disminuir la disponibilidad física de bebidas alcohólicas, mediante la fijación de horas y días de venta al público, localización y densidad racional de los locales de expendio, fiscalización estricta de la prohibición de venta a menores de edad; (b) reducir la disponibilidad económica mediante mecanismos que incrementen el precio de las bebidas alcohólicas; (c) reducción de los niveles de alcoholemia permitida para conducir vehículos, control policial de sobriedad de conductores en forma aleatoria, sanciones con énfasis y estrictez en la suspensión de licencias de conducir; (d) detección activa de bebedores en riesgo e intervención temprana (“Intervención Breve”).
- XXVI. La recomendación de los expertos y también la experiencia de aquellos países que han implementado estrategias nacionales sobre alcohol, como Australia, Escocia, Nueva Zelanda, apunta a que se debe actuar simultáneamente para influir tanto sobre el consumidor y grupos en riesgo, como sobre la población general y el contexto social y cultural. Un interesante estudio de simulación en Canadá llegó a estimar reducciones de alrededor del 18% en mortalidad y en carga de enfermedad, por el efecto de implementar conjuntamente una reducción de la alcoholemia legal al 0,5%, aumentar la edad legal para venta de alcohol de los 18 a 21 años, implementar Intervenciones Breves para con los bebedores de riesgo y aumentar impuestos.
- XXVII. En el caso de Chile, las líneas de acción que se proponen también apuntan no sólo a los consumidores, sino también al mercado y al contexto. No parece justo hacer recaer sobre el individuo toda la responsabilidad de beber en niveles de riesgo. 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 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”.
- XXVIII. El consumo nocivo de alcohol no sólo afecta a Chile. La globalización de la información, de los mercados y de los aspectos de la cultura relativos a la transacción de bienes de consumo, coincide con un incremento en el consumo de alcohol y en los problemas asociados en muchas naciones que hasta hace poco tiempo mostraban un patrón cultural de ingestión moderada.

- XXIX. La OMS, vigilante y orientadora de la salud mundial, alarmada frente a la influencia del alcohol en la carga de enfermedad global y en determinadas Regiones y países, reactivó su rol protagónico en el campo del consumo del alcohol e inició un proceso de construcción progresiva de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, la que será considerada y votada por la Asamblea Mundial de Salud del 2010. Este es un encuadre y estímulo para la Estrategia chilena en la materia.
- XXX. La Estrategia Nacional sobre Alcohol que se propone para Chile hace referencia, finalmente, a un marco de respeto a los derechos, (a) de los niños, jóvenes y adultos a desarrollarse y vivir en seguridad y protección respecto de los riesgos y daños que pudieren sufrir, a partir del consumo nocivo de alcohol de terceras personas y (b) el derecho de las persona afectadas por enfermedades físicas y mentales determinadas o asociadas al consumo de bebidas alcohólicas, a tener acceso a los servicios de salud y otros beneficios, de una manera en todo similar a que si estuviera afectado por cualquiera otra enfermedad.
- XXXI. Los focos de acción prioritarios de la Estrategia Nacional son:
- a) los adolescentes y jóvenes, por su especial vulnerabilidad biológica y psicosocial frente al alcohol;
  - b) la mujer embarazada y el niño por nacer, susceptible de daños persistentes, de diversa cuantía;
  - c) las vidas perdidas o dañadas precozmente por efecto de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol,
  - d) el costo social asociado al consumo de alcohol en áreas especialmente sensibles como la violencia, familiar y criminal, y el ausentismo y la accidentabilidad laboral;
  - e) la incidencia del consumo de alcohol en múltiples enfermedades y la carga de enfermedad que origina.
- XXXII. La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone 9 Líneas de Acción y en cada una de ellas, una serie de medidas concretas (un cuadro resumen de ellas se encuentra en el ANEXO 1). Ellas son:
- N° 1. Información a la población y control de publicidad
  - N° 2. Disponibilidad del alcohol
  - N° 3. Impuestos al alcohol y precios de venta al detalle
  - N° 4. Expendio de alcohol y políticas de venta al detalle
  - N° 5. Tránsito, accidentes y consumo nocivo de alcohol
  - N° 6. Consumo de riesgo de alcohol y atención de salud
  - N° 7. Acción comunitaria y gobiernos locales (municipios)
  - N° 8. Educación, capacitación y formación de personal
  - N° 9. Monitoreo, evaluación y seguimiento
- XXXIII. Con la puesta en marcha conjunta y progresiva de tales líneas de acción, se podrán hacer avances hacia metas exigentes pero necesarias para modificar la convivencia de los chilenos con el alcohol:
- a) ambiente físico, social y cultural más protector que promueva un consumo de alcohol sin riesgo;
  - b) personas con mayor libertad para elegir no beber alcohol o beber en niveles sin riesgo;
  - c) mayor control sobre disponibilidad y acceso a las bebidas alcohólicas;
  - d) mayor protección a víctimas del consumo nocivo de alcohol;
  - e) mayor acceso a tratamiento oportuno de las personas afectadas.

- XXXIV. Algunos resultados intermedios que deberán estar sujetos a monitoreo constante, se expresan en cambios en los patrones de consumo de grupos de riesgo: menor número y proporción de jóvenes y adultos que beben hasta la embriaguez, 5 o más tragos por ocasión, que beben y conducen y menor número de mujeres que beben durante el embarazo. Estos cambios a su vez generan consecuencias sociales positivas, al reducir los niveles de ausentismo y accidentabilidad laboral, de violencia en familias y barrios, de carga de enfermedad y el número de niños con daños o disfunciones cerebrales.
- XXXV. En definitiva, será posible un Chile más sano, seguro y desarrollado, gracias a logros mediatos de gran dimensión: personas y familias más sanas, comunidades más seguras y confiadas, menor costo social y menores gastos en salud, justicia y otros y mayor productividad en el trabajo.
- XXXVI. La Estrategia Nacional sobre Alcohol requerirá de una potente infraestructura de gestión, que puede incluir un Organismo Rector donde se asienta la responsabilidad del Gobierno en pleno, a la manera de un Consejo Nacional, conformado por diversas Secretarías de Estado, además de la de Salud y presidido por el Ministerio de Planificación. Además, una Secretaría Técnica Ejecutiva: encargada de la ejecución y puesta en marcha de las decisiones del Consejo Nacional, de la efectiva coordinación entre los sectores participantes y la interlocución con la sociedad civil, la comunidad y los distintos sectores interesados.
- XXXVII. El desarrollo orgánico de la Estrategia Nacional sobre Alcohol requiere de una instalación como proceso y tarea, que se desenvuelve a través de etapas que no reconocen límites precisos entre ellas. En todo caso, la primera etapa comprende un proceso acotado de consultas a instituciones del mundo político, social, empresarial, laboral, académico y a la ciudadanía en general, del que surgirán nuevos y novedosos enfoques, propuestas y cautelas, todas ellas útiles y necesarias.
- XXXVIII. La formulación del documento de Estrategia Nacional sobre Alcohol en Chile coincide con el cambio de la administración del Estado a otra coalición de gobierno. Este escenario podría constituirse en una oportunidad aún mejor, dado que del análisis objetivo de las propuestas en ella contenidas, se constatará que constituye una vía de desarrollo global para el país y de salud y seguridad de su gente, propósitos que persigue todo nuevo gobierno.

## II.- INTRODUCCIÓN

1. La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone al país, a sus autoridades, instituciones y a su gente, enfrentar en conjunto, un Desafío Bicentenario: reducir sustancialmente en los próximos 10 años el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias.
2. Presenta ideas matrices para que Chile se dé una política de Estado con ese objetivo. Si ella es aprobada por la ciudadanía, implementada consistentemente y demuestra efectividad, constituiría un paso excepcional hacia el armónico desarrollo, humano, social y económico, que subyace a todas las posiciones y anhelos de su gente.
3. La envergadura de sus frutos puede ser enorme, como otras políticas con enfoque de salud pública exitosas que muestra la historia del país.
4. La Estrategia Nacional sobre Alcohol, elaborada sobre un sólido sustento en evidencias, permitirá complementar y armonizar los diversos enfoques y políticas que operan en forma simultánea, el económico (producción y productividad, ingresos para la población que labora en el rubro, para la industria y para el Estado, costos asociados, etc.), el de justicia (seguridad, policía, procesos y sanciones a nivel local, familiar, laboral, penal y económico) y el de bienestar (convivencia, ingresos y beneficios, deportes y recreación, etc.)
5. De alguna manera, la Estrategia busca un cambio cultural en la convivencia de los chilenos con el alcohol, que finalmente se traduzca en que la mayoría adhiera y practique un patrón de consumo de alcohol sin riesgo.
6. Una imagen objetivo, lejana pero posible, es que al filo de la primera década del Bicentenario, el país podrá contar con una política de Estado armonizada, que concitará el consenso social y equilibrará en buena forma los beneficios que procura la actividad económica alrededor del alcohol y el resguardo de los daños y consecuencias negativas evitables de su consumo.
7. Merced a ella, las muertes, lesiones y discapacidades debidas a accidentes, violencias y enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, se habrán reducido sustancialmente. Las pérdidas en menor productividad, gastos en salud, policía y justicia por causa del consumo de alcohol, serán también menores.
8. La industria y el comercio, perfeccionarán formas creativas y efectivas para perseguir objetivos de protección de la salud pública sin que por efectos de esta política, se afecten mayormente sus legítimas ganancias e inversiones.
9. Las familias, la juventud y la sociedad en su conjunto estarán avizorando formas de convivencia, de recreación y de socialización en las que el no consumo o el consumo responsable de alcohol sean conductas más frecuentes y de mayor aceptación y refuerzo social.
10. La Estrategia Nacional sobre Alcohol habrá sido un determinante de esos resultados.
11. La Estrategia Nacional sobre Alcohol que aquí se propone, comenzó su etapa final de elaboración, a fines del año 2008, por un acuerdo de colaboración alcanzado entre el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centre for Addiction and Mental Health de Canadá (CAMH). Ese mismo año, Chile era reconocido por el desarrollo de la atención de salud mental en la Atención Primaria de Salud y por los evidentes avances logrados en materia de cobertura, diversidad y calidad de la atención a los afectados por problemas de salud mental, entre otros por el abuso y dependencia del alcohol. Sin embargo, los datos del Segundo Estudio de Carga de Enfermedad mostraron que el consumo de alcohol era el factor que contribuía a ella, de lejos, en la mayor medida y ya se conocían los magros resultados que mostraban los indicadores de medio camino relativos a las consecuencias del consumo de alcohol, de los Objetivos Sanitarios de la Década.

12. Un primer documento - informe con insumos conceptuales, recopilación de experiencias de otros países y recomendaciones fue encargado y elaborado por un consultor de CAMH, el profesor Norman Giesbrecht, en un trabajo colaborativo con profesionales de ese centro y del Ministerio de Salud.
13. En Junio del 2009, un primer Seminario Internacional( permitió a cerca de 200 personas provenientes del mundo de la salud, los sectores del estado y la academia conocer y analizar ese primer informe, con leal apoyo de expertos internacionales. La industria también fue invitada en calidad de observadora. Un taller de expertos, en el marco del Seminario, llegó a formular una suerte de hoja de ruta para transformar las recomendaciones en propuestas y medidas concretas, a través del trabajo de elaboración y redacción de un grupo pequeño (la Secretaría Técnica de la Estrategia Nacional), más la validación por un grupo amplio representativo de los Sectores del Estado (el Comité Interministerial para la elaboración de la Estrategia Nacional), para luego, habiendo alcanzado un nivel de acuerdo básico y suficiente en el ámbito estatal, ofrecer tales acuerdos a la sociedad civil y abrir una etapa de debate amplio e inclusivo de todos los sectores.

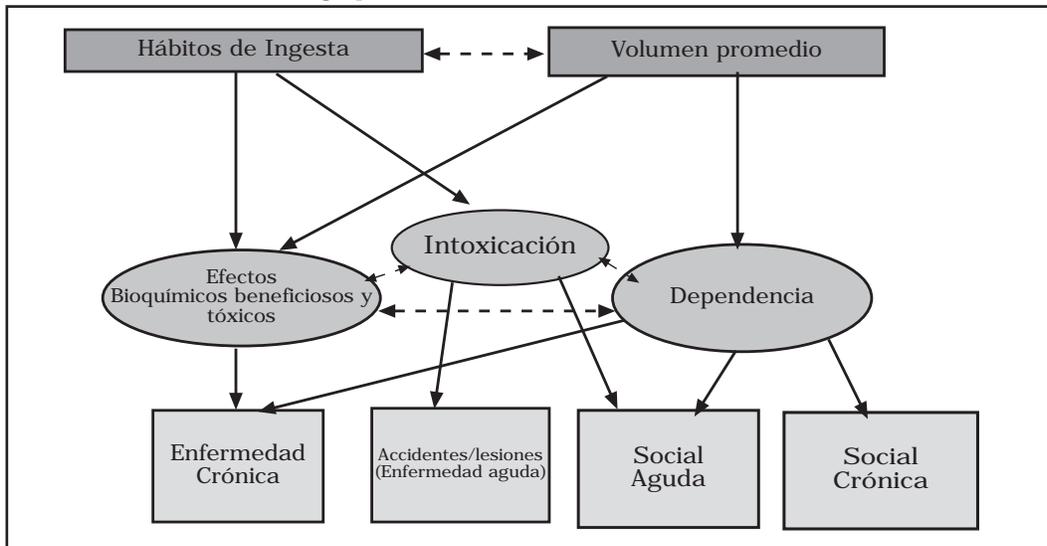
---

\*Seminario Internacional "El alcohol como determinante social de salud: caminos de abordaje". Organizado por Ministerio de Salud, OPS Chile, CAMH. Santiago de Chile, Junio, 2009

14. La Secretaría Técnica terminó su tarea en Diciembre del 2009. El Comité Interministerial se reunió en 6 ocasiones entre Julio del 2009 y Enero del 2010. El presente documento constituye el fruto de ese trabajo de los grupos profesionales de las Secretarías de Estado.
15. Corresponde iniciar a continuación, una etapa de consulta y debate con todos los sectores. En torno a este tema hay opiniones y posiciones legítimamente diversas y contrapuestas. Para que ellas sean adecuadamente dimensionadas, consideradas e integradas, resultará fundamental que sean expuestas en términos de piezas de información, cada vez que sea posibles, sustentados en datos objetivos u objetivables, de modo que las conclusiones y decisiones finales descansen en una base racional, por lo mismo, susceptible de evaluaciones y de modificaciones en el tiempo.
16. Los resultados mayores que se busca obtener: reducciones en el consumo nocivo de alcohol y de sus consecuencias y cambios en la convivencia de los chilenos con el alcohol, se darán en un horizonte estimativo, no menor a 10 años, a lo largo de los cuales, se pondrán a prueba los supuestos que recogen las propuestas de esta Estrategia.
17. Será necesario facilitar decididamente la realización de estudios para develar áreas poco exploradas (efectos y costos de la políticas públicas hasta ahora implementadas en el país, representaciones sociales que subyacen en el consumo nocivo de alcohol en determinados segmentos de la población), para confirmar o rebatir varios de los supuestos de la Estrategia, así como de los argumentos en contra que se suscitarán. Ello debe ser parte importante del proceso de implementación de sus propuestas.

## ANTECEDENTES

18. Chile tiene una larga historia de convivencia con el alcohol. Una primera, milenaria, la de los pueblos originarios, expresada en un patrón de consumo regulado y ritual, aunque con intoxicación colectiva varias veces al año. Luego, con el mestizaje y transculturación colonial, la población mayoritaria adquirió un patrón de consumo de vino y más adelante de cerveza, casi exclusivamente masculino, episódico de fines de semana, fuera de las comidas y hasta llegar a la embriaguez.
19. Recién en los últimos 40 años y en forma cada vez más rápida, ese patrón “tradicional” está sufriendo cambios importantes, con la incorporación tanto de la mujer en la cultura de ingestión frecuente, a veces llegando a niveles de intoxicación antes socialmente sancionados, como de los adolescentes a edades cada vez menores, quienes beben principalmente los fines de semana, buscando la intoxicación, en grupos minoritarios, pero muy visibles. Los cambios de esta última etapa se correlacionan claramente con los fenómenos de la globalización de las costumbres y la economía de mercado. La amplia disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas en el entorno físico y cultural, tanto por su modalidad de oferta, como por sus bajos precios relativos, determina una presión hacia su consumo, que se demuestra por el sostenido decremento de la proporción de abstemios en la población y el inicio del consumo a edades cada vez menores.
20. La introducción de los viñedos en el país comienza muy pronto en la Colonia. Desde temprano se reconoce la calidad del clima y del suelo. La agricultura de los viñedos y la industrialización son sin embargo de reciente desarrollo y auge. Hoy día, las bebidas alcohólicas constituyen un producto de vigoroso comercio. Los vinos de Chile se utilizan como una de las cartas de presentación del país ante otras naciones; las importaciones de cervezas y licores han crecido, y el consumo interno muestra un sostenido crecimiento, fruto del incremento de los ingresos y de una muy activa promoción y oferta de todo tipo de bebidas alcohólicas.
21. El consumo de alcohol, a diferencia de todo otro producto o mercancía, conlleva riesgos y efectos dañinos no sólo para quien lo consume, en cantidades, situaciones o modalidades de riesgo, sino también para terceras personas y para el cuerpo social en su conjunto. Los principales factores que contribuyen a tales efectos son la magnitud del consumo y los hábitos de ingesta o “patrón de consumo”. Como se evidencia en la siguiente figura (Figura A), la ingesta de alcohol de riesgo y un volumen promedio alto pueden conducir a consecuencias tóxicas, intoxicación o dependencia, y éstas por su parte, a daños producto del consumo de alcohol.
22. Figura A. Modelo causal de consumo de alcohol, mecanismos intermedios y consecuencias de largo plazo.



\* Nocivos y beneficiosos

Fuente: Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Romel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow R. Alcohol, No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford; 2003.

23. Es esta la razón por la que la generalidad de las sociedades han tratado de proteger a sus miembros, introduciendo leyes y regulaciones sobre la venta de las bebidas alcohólicas y determinando ciertas incompatibilidades para su consumo (manejar vehículos o maquinarias, venta a menores de edad, beber en lugares públicos, etc.) y sobre ciertas conductas derivadas (la embriaguez en sitios públicos).
24. A través de su historia, Chile ha convivido con las consecuencias negativas del consumo de alcohol con una suerte de pesimismo, como un problema sin solución, como si fueran parte del paisaje. Los problemas que en Chile se asocian al consumo nocivo de alcohol no son menores. De hecho, es el factor de riesgo de mayor incidencia en los años de vida perdidos por muerte y discapacidad evitables. Se asocia a una proporción considerable de los delitos de mayor connotación social y de los accidentes de tránsito. Se justifica por tanto, la alarma creciente frente a los hábitos de consumo que tienden a prevalecer entre los jóvenes, porque ello contribuirá a aumentar esa incidencia.
25. Las políticas y planes que Chile se ha dado para enfrentar esos problemas han sido débiles, los cambios legales han suscitado prolongadas e ineficaces controversias, los apoyos políticos y financieros escasos y variables. Además, las medidas tomadas han sido, en general, parciales, aisladas, no persistentes, débilmente fiscalizadas e insuficientemente evaluadas. En definitiva, los objetivos buscados y los resultados han sido esquivos e insatisfactorios.
26. Por otra parte, “el alcoholismo”, la denominación más generalmente utilizada, ha contribuido a trabajar sobre un concepto parcial y reduccionista de un problema mayor. En efecto, la mayor proporción de consecuencias negativas del patrón de consumo de alcohol, no son provocadas por los individuos alcohólicos (con dependencia del alcohol), sino por los que, sin tener esa condición, sí se involucran en beber hasta la embriaguez, o beben grandes cantidades en una sola ocasión, o manejan vehículos bajo los efectos del alcohol, o disminuyen su productividad y eficiencia laboral por su hábito de ingestión de alcohol, no necesariamente con dependencia.
27. Aquí se utilizarán indistintamente los términos “consumo nocivo de alcohol”, en sintonía con el que está propiciando la Organización Mundial de la Salud (OMS), o “consumo de riesgo”. Ambos, incluyen no sólo el comportamiento de uno o varios individuos frente a las bebidas alcohólicas, sino también el amplio y complejo conjunto de factores que influyen o determinan ese comportamiento, no pocas veces, a pesar de las voluntades individuales.
28. Los países que han hecho un balance entre las ganancias y las pérdidas que les representa el alcohol, sistemáticamente han concluido que las segundas son considerablemente mayores. Ése es también el caso de Chile, por lo que se requiere diseñar y transitar en los años próximos hacia un nuevo y mejor nivel de equilibrio entre ganancias y pérdidas.
29. No sólo Chile está afectado. En los últimos años, varios y sólidos estudios han guiado la atención hacia el consumo de alcohol, el consumo de riesgo y los daños relacionados con la ingesta de alcohol y muestran que estos son un 40% más alto en el continente americano que el promedio mundial.<sup>1</sup>
30. El Estado tiene el derecho y también el deber de proteger a sus ciudadanos de los daños asociados al consumo nocivo de alcohol, en especial a los grupos más vulnerables, por ejemplo, los niños y del causado por terceros. Para ello, se requiere que los tomadores de decisiones y la población general tengan un nivel de información suficiente y actualizada, basada en evidencias de naturaleza objetiva, de modo que no se inhiban en dar respaldo suficiente a la implementación de políticas sobre alcohol.

## III.- ¿POR QUÉ CHILE NECESITA UNA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL?

31. Varias son las razones que responden a esta pregunta:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Porque le duele la pérdida en vidas y en calidad de vida asociadas al alcohol</li> <li>b) Porque le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública</li> <li>c) Porque busca un desarrollo con equidad y protección social</li> <li>d) Porque su desarrollo económico y social se resiente con los costos que genera el consumo nocivo de alcohol</li> </ul> |
|---|

a. Porque le duele la pérdida en vidas y en calidad de vida asociadas al alcohol

32. Chile ha sufrido, sufre y seguirá sufriendo la muerte y daños a la calidad de vida de sus habitantes a causa del alcohol. Las formas en que el alcohol produce estos efectos son variadas, desde las más conocidas, como el alcoholismo y la cirrosis, hasta otras menos conocidas y visibles, como ciertos tipos de cáncer, afecciones cardiovasculares, trastornos de salud mental y otras enfermedades.

33. El consumo de alcohol causa daños al individuo que consume, pero también a terceros. La madre gestante se daña a sí misma e irremediablemente a su hijo. Su padre le afecta también si ofrece un modelo de consumo de riesgo o si, por ello, genera un clima de familia y paternidad adverso para el desarrollo de los hijos.

34. Conductores y peatones que consumen alcohol también causan muertes y daños a terceros en accidentes de tránsito. Del mismo modo, todos padecemos molestias e inseguridad ciudadana, debido a la violencia y criminalidad relacionadas con el consumo de alcohol en espacios públicos.

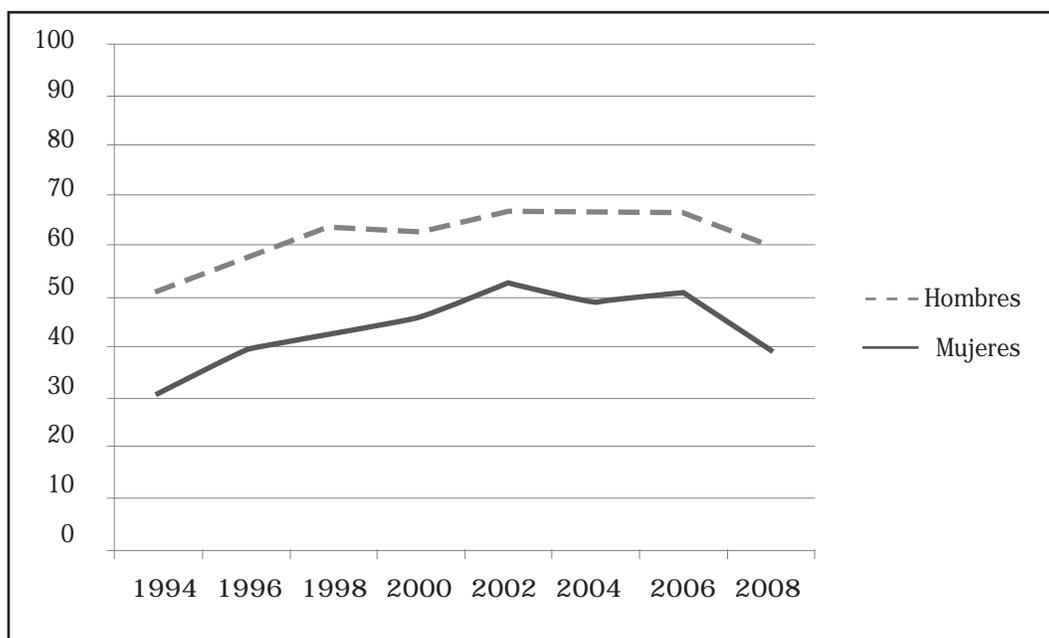
35. La relación entre magnitud del consumo de alcohol en la población y los efectos negativos del mismo, no es simple. En términos generales, a mayores niveles de consumo per cápita, mayor es la proporción de bebedores de riesgo y, a su vez, mayor la frecuencia de efectos negativos, aunque sobre éstos últimos, parece ser más determinante la proporción de bebedores de riesgo y el patrón de consumo prevalente. Ello explica que países y regiones que tienen un consumo de alcohol per cápita elevado, muestran daños menores que otros con menor consumo per cápita.

36. Chile muestra un consumo per cápita, medio pero una alta incidencia del alcohol en consecuencias dañinas, en la salud, la seguridad, la productividad, como se demostrará a continuación. Ello se deriva en mayor medida del patrón de consumo de riesgo de su población, que del consumo promedio.

37. Consumo de alcohol, beber de riesgo y beber problema (abuso)

Consumo de alcohol. La prevalencia de los consumidores de alcohol en Chile, medida por el número de personas que manifestó haber ingerido alcohol en el último año o mes, creció fuertemente desde el año 1994 hasta el año 2002 en el seguimiento que se hace mediante los estudios bienales de CONACE.

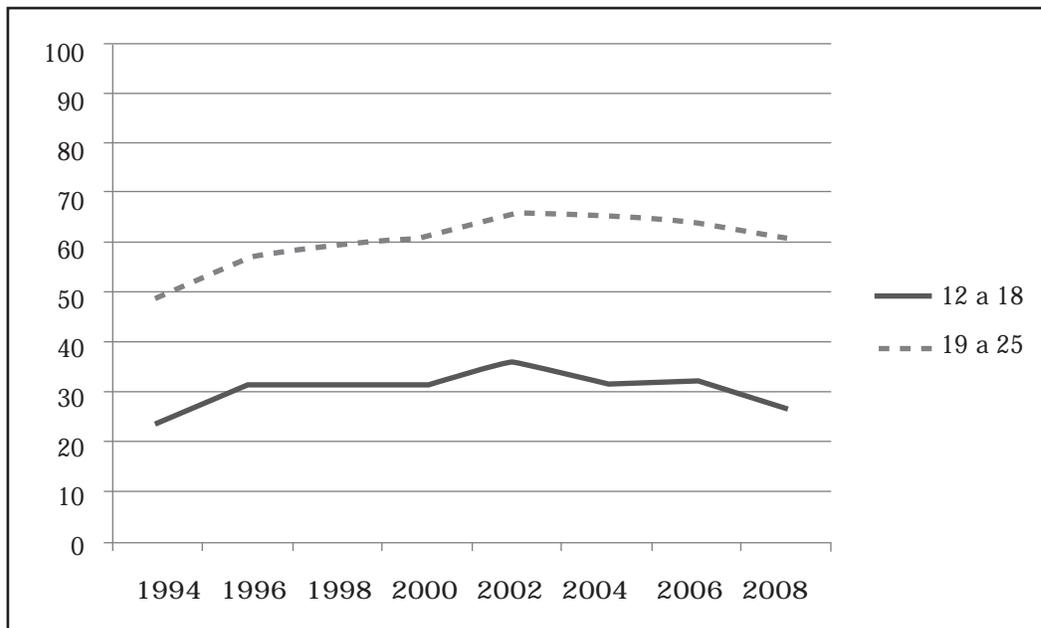
38. En el 2006, uno de cada dos chilenos entre 12 y 64 años informó haber bebido alcohol en el último mes. Desde el 2004 el consumo parece estable. El descenso que muestra el estudio del año 2008 no permite, por el momento, asegurar la tendencia a la estabilización y parece conveniente esperar los resultados del próximo estudio. Los niveles de prevalencia por año son más altos de lo que son en los meses más recientes. Es posible que las personas que sólo beben de manera ocasional, como en las festividades de año Nuevo u otros eventos especiales, aparecieran como consumidores en los datos anuales, pero no en las estadísticas mensuales. Sin embargo, las diferencias entre la prevalencia de bebedores al año y en el último mes se han hecho menores entre el año 1994 y el 2006.
39. Se observan tendencias similares en hombres y en mujeres en la prevalencia de consumidores de alcohol en el último mes (Ver Figura 1). Sin embargo, los hombres presentan una mayor prevalencia para todos los periodos entre el año 1994 y el 2006. En el 2006, un 63% de los hombres ingirieron alcohol en el último mes y en el caso de las mujeres, este porcentaje fue de un 51%.
40. Figura 1. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, según género, Chile. 1994-2008.



Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: [http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen\\_informe\\_VIII\\_estudio\\_drogas\\_poblaciongeneral\\_junio2009.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongeneral_junio2009.pdf)

41. Entre los jóvenes de 12 a 18 años, la prevalencia de último mes, fue similar en el 2002 y 2006, con un leve descenso en 2008 (Ver Figura 2).

42. Figura 2. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, en jóvenes, Chile, 1994-2008.



Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: [http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen\\_informe\\_VIII\\_estudio\\_drogas\\_poblaciongeneral\\_junio2009.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongeneral_junio2009.pdf)

43. La Tabla 1 proporciona una perspectiva general de la prevalencia de bebedores en los últimos meses en Chile y en sus 13 regiones (ahora 15). Magallanes resultó ser la región con menor prevalencia el último mes en tres años distintos (1996, 2002 y 2006), más de un 10% por debajo del promedio nacional y ha permanecido siempre por debajo de los niveles nacionales a excepción del año 1994. La Región Metropolitana obtuvo 2 de los índices más altos de prevalencia durante el periodo (1998 y 2006) y fue la única región que permaneció por encima de los niveles nacionales en todos los periodos. Por otro lado, las Regiones de Tarapacá, Atacama y Aysén permanecieron por debajo de los niveles de prevalencia de bebedores del país para los 7 puntos de datos. Sin embargo, Aysén merece una atención especial, debido a su fuerte aumento en los niveles de prevalencia desde el año 1994 hasta 1998. También mostró un mayor aumento desde el año 2002 hasta el 2004 en comparación con otras regiones.

44. Tabla 1. Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes según región, Chile\*.

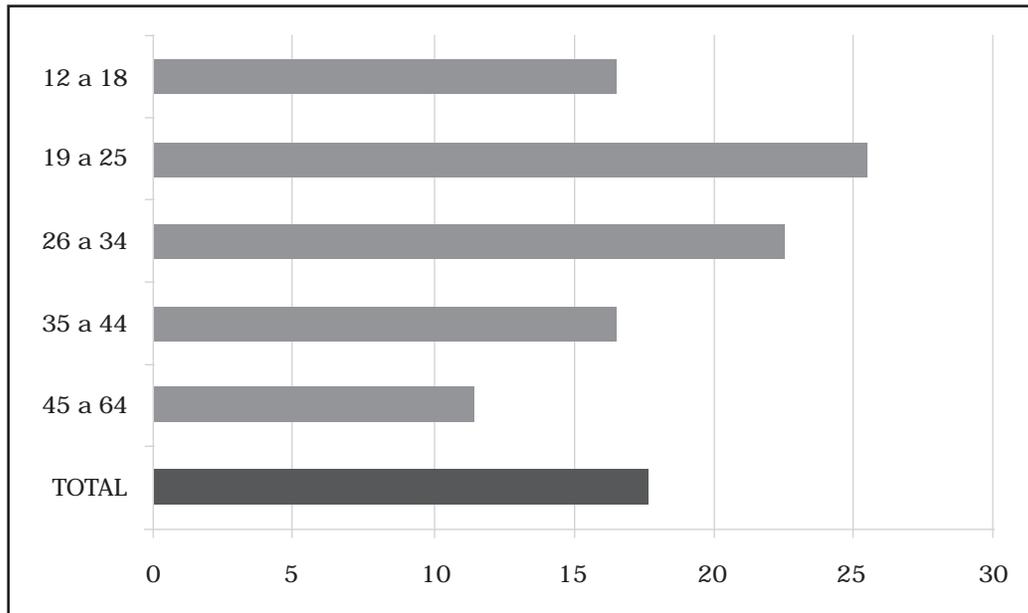
REGIÓN DE CHILE	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
PAÍS	38,6	46,5	51,5	53	58,1	56,3	56,7
Tarapacá	36,2	44,0	48,1	51,5	55,3	53,2	51,8
Antofagasta	36,7	40,9	49,5	54,8	51,6	50,7	47,0
Atacama	34,0	37,0	43,8	48,9	50,5	50,7	42,5
Coquimbo	31,7	38,6	39,9	53,6	62,3	51,1	51,5
Valparaíso	41,1	46,2	47,4	56,1	59,8	59,5	57,0
O`Higgins	41,6	52,9	42,4	51,0	56,0	54,7	50,3
Maule	39,5	38,5	49,9	48,3	56,3	47,6	50,6
Bío Bío	33,8	36,1	50,6	44,5	59,1	55,2	53,2
Araucanía	34,0	45,0	52,9	53,0	57,8	52,3	53,9
Los Lagos	39,2	41,5	50,9	48,8	49,4	48,9	56,2
Aisén	15,4	39,8	49,6	44,3	57,2	53,0	49,4
Magallanes	40,8	33,8	40,3	48,0	47,9	50,0	42,5
Metropolitana	40,1	50,8	54,3	55,1	59,6	58,9	60,6

\*Índices ajustados por sexo y edad conforme a la distribución muestral, 2006  
Fuente: Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: <http://www.conace.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf>

45. Una observación general de los datos regionales revela un aspecto relevante de la complejidad del consumo de alcohol en Chile: algunas de las regiones que muestran menores niveles de consumo global, muestran simultáneamente los mayores niveles de consumo problemático. Como ya se ha dicho, importa el volumen, pero también el patrón de consumo (Ver Tabla 2).

46. Consumo de riesgo. Alude a beber: (a) en cantidades sobre los límites considerados sin riesgo según sexo y edad, (b) con intoxicación o embriaguez, (c) en situaciones indebidas (conducción de vehículos o maquinarias, embarazo, minoría de edad, en presencia de ciertas enfermedades o cuando se usan ciertos medicamentos). En términos operacionales, se utiliza el indicador “consumo episódico excesivo”, definido por la ingestión de 5 o más tragos en una sola ocasión (“binge drinking”). En la medición nacional, se encontró que un 26% del grupo entre 19 y 25 años consumió de ese modo al menos una vez, en el último mes. Le siguió el grupo entre 26 y 34 años (Ver Figura 3).

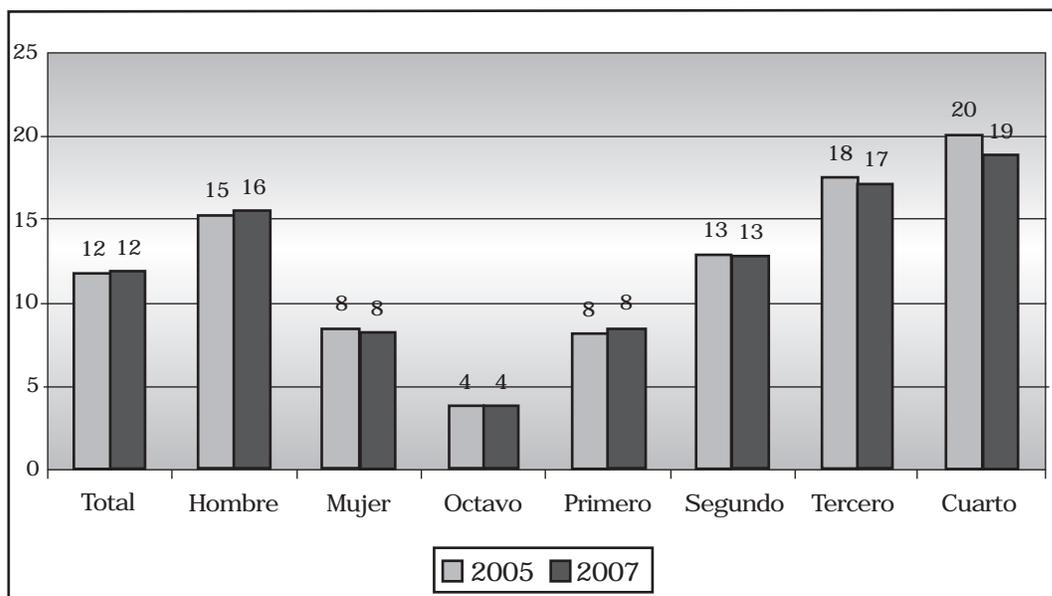
47. Figura 3. Prevalencia de consumo de alcohol de riesgo\* según grupo etario, Chile. 2004.



\*Se refiere al porcentaje de personas que informaron haber consumido cinco o más tragos en una sola ocasión en el último mes, por grupo etario, año 2004.  
Fuente: Observatorio Chileno de Drogas. Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile 2006. Área Evaluación y Estudios, Consejo Nacional para el Control de estupefacientes (CONACE), según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004. Disponible en: [http://www.conace.cl/inicio/pdf/Obser\\_ok.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/Obser_ok.pdf)

48. En la población de escolares, el consumo de riesgo se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, con cifras que crecen desde octavo básico hasta cuarto medio (ver Figura 4).

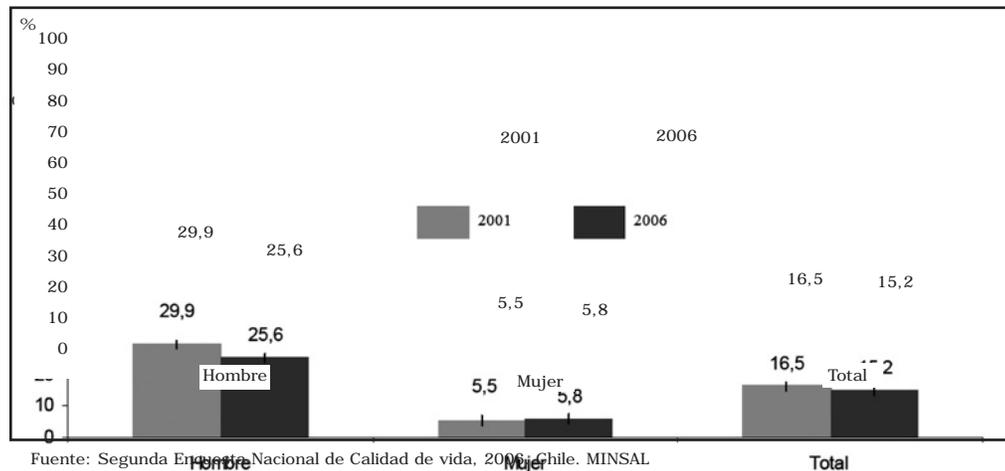
49. Figura 4. Evolución 2005-2007 del consumo de riesgo (tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual) según sexo y curso.



Fuente: Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: <http://www.conace.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf>

50. Consumo problema. La Escala Breve de Beber Problema (EBBA)<sup>2</sup> considera que una persona es un bebedor problema si muestra 2 o más respuestas positivas en las siete preguntas que contempla este instrumento, una de las formas de estimar el consumo nocivo a nivel del individuo. La Encuesta de Calidad de Vida del Ministerio de Salud ha medido esto en dos oportunidades, 2000 y 2006. La frecuencia de bebedores problema en la población general, no varió sustancialmente. Sus resultados se muestran en la siguiente Figura 5.

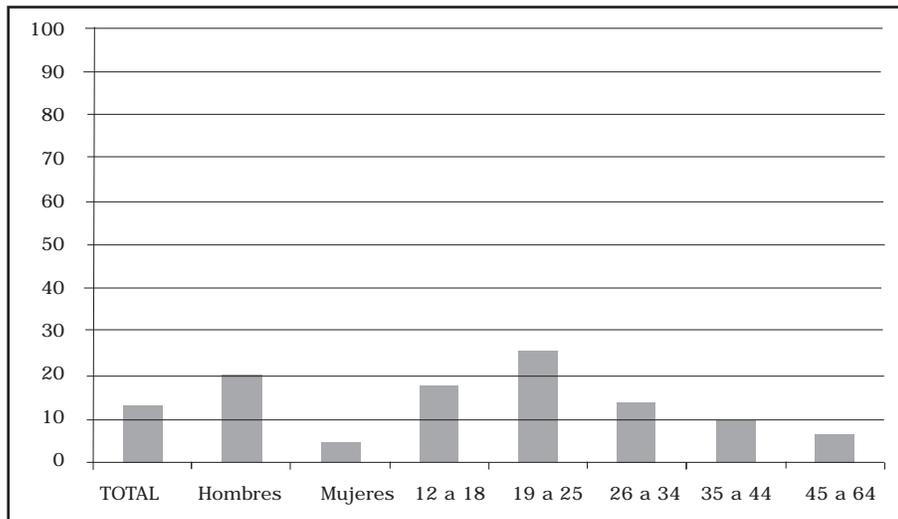
51. Figura 5. Prevalencia de bebedores problema, según sexo y año.



52. Otra aproximación para medir este grupo de mayor riesgo es el que hace el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (CONACE, 2006), que identifica la condición de “abuso de alcohol” a partir de la existencia de uno o más síntomas de los 5 posibles que contempla la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, DSM-IV<sup>3</sup>. En ese año la tasa de abuso medida entre los bebedores de último mes (58,1 de la población) alcanzó el 13% (sobre 600.000 personas).

53. Dicho de otro modo, uno de cada ocho bebedores regulares (personas que reportan consumo de último mes), sufren un problema derivado (un trastorno de salud, conflicto familiar o problema laboral). El índice para los hombres es cuatro veces mayor que para las mujeres, y uno de cada cuatro bebedores regulares entre 19 y 25 años, ya presenta esta condición (Figura 6).

54. Figura 6. Prevalencia de abuso de alcohol\* entre bebedores de último mes, según género y grupo etario, Chile. 2006.



\* El índice de abuso de alcohol se midió a partir de la presencia de al menos uno de cinco posibles síntomas, según el DSM IV.  
Fuente: Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: <http://www.conace.cl/inicio/>

55. Las frecuencias, sin embargo, difieren según la región de la que se trate. La Tabla 2 presenta los datos por región, para los años 2004, 2006 y 2008. Los mayores porcentajes globales (combinando todos los años) fueron de las regiones de: Magallanes, Valparaíso, Los Lagos, Atacama y Tarapacá.
56. Tabla 2. Prevalencia de abuso de alcohol entre bebedores de último mes, según región de Chile 2004 - 2008.

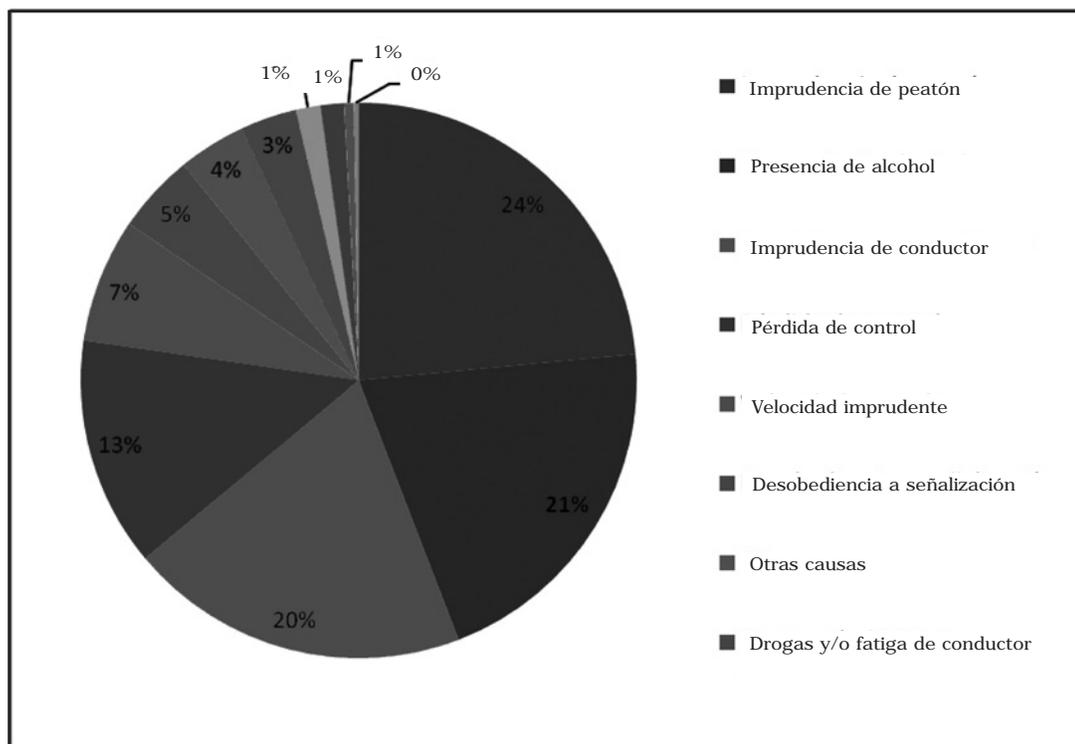
REGIÓN DE CHILE	2004	2006	2008
PAÍS	13,5	13,0	12,0
Tarapacá *	13,7	20,0	8,8
Antofagasta	10,0	12,7	15,1
Atacama	12,7	20,2	13,0
Coquimbo	9,4	8,8	11,2
Valparaíso	15,6	16,0	16,6
O` Higgins	16,1	12,9	16,6
Maule	11,4	13,6	14,1
Bío Bío	12,5	12,5	13,9
Araucanía	13,4	13,0	12,5
Los Lagos	17,3	17,4	12,3
Aisén	12,1	13,7	16,3
Magallanes	14,4	15,2	19,6
Metropolitana	13,5	11,8	11,0

\* 2008 Calculado como promedio de la Región de Arica y Parinacota y la Región de Tarapacá  
† 2008 Calculado como promedio de la Región de Los Ríos y la Región de Los Lagos  
Fuente: Séptimo y Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2006 y 2008, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2007). Disponible en: [http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen\\_informe\\_VIII\\_estudio\\_drogas\\_poblaciongeneral\\_junio2009.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongeneral_junio2009.pdf)

### Conducción e ingesta de alcohol

57. El consumo de alcohol es la segunda causa de mortalidad próxima (dentro de las 24 horas del evento), en accidentes de tránsito (Ver Figura 7).

58. Figura 7. Causas de mortalidad próxima en accidentes de tránsito. Chile, 1997-2008.

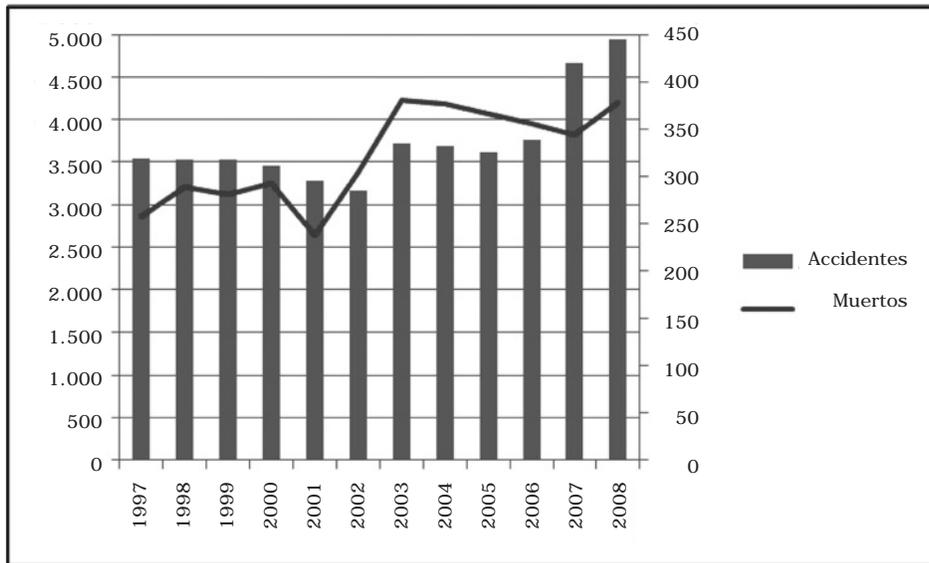


Fuente: Secretaría Ejecutiva. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito, Gobierno de Chile (2008). Siniestros de tránsito ocurridos en Chile y asociados a la presencia de alcohol en los participantes. Disponible en: <http://www.conaset.cl/images/doc/Alcohol%20total%202008.pdf> Visitada el: 18 de diciembre de 2009.

59. En un lapso de 8 años (2000 - 2008), poco más del 8% de todos los siniestros de tránsito y sobre el 20% de todas las muertes inmediatas por esa causa, ocurren bajo la influencia del alcohol en peatones, conductores o pasajeros. De una manera similar, del total de muertes inmediatas derivadas de siniestros de tránsito, un 45% son producto de atropellamientos y en el 20% de éstos, el peatón mostró alcoholemias positivas.

60. El número de accidentes de tránsito y de víctimas fatales que permaneció bastante estable, con pequeñas fluctuaciones entre 1997 y 2001, muestra un leve aumento desde el año 2002 y un aumento sustancial entre el 2006 y el 2008. El número de víctimas fatales relacionadas con la conducción bajo efectos del alcohol muestra un brusco aumento entre el 2001 y el 2003. Más tarde, este índice muestra una tendencia a disminuir paulatinamente (Figura 8).

61. Figura 8. Accidentes de tránsito y víctimas fatales próximas relacionados al consumo de alcohol en Chile, 1997-2008.

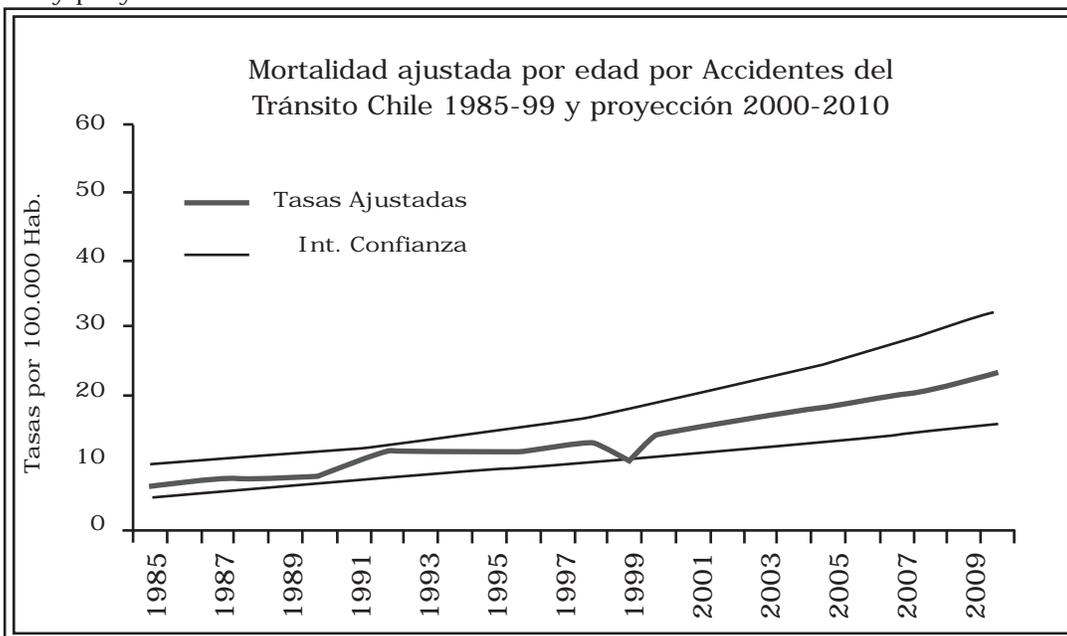


Fuente: Secretaría Ejecutiva, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito, Gobierno de Chile (2008). Sinistros de tránsito ocurridos en Chile y asociados a la presencia de alcohol en los participantes. Disponible en: <http://www.conaset.cl/images/doc/Alcohol%20total%202008.pdf>. Visitada el: 18 de diciembre de 2009.

62. Existen variaciones en la hora y día de accidentes automovilísticos y víctimas fatales. Los fines de semana y algunas horas específicas (4 a 6 am. ó 7 a 10 pm.) muestran los mayores índices de víctimas fatales y accidentes automovilísticos.

63. La proyección de la mortalidad por esta causa, a partir de los datos oficiales y generales, que recogen la totalidad de las fuentes de registros, muestra una tendencia permanentemente creciente, como se observa en la Figura 9.

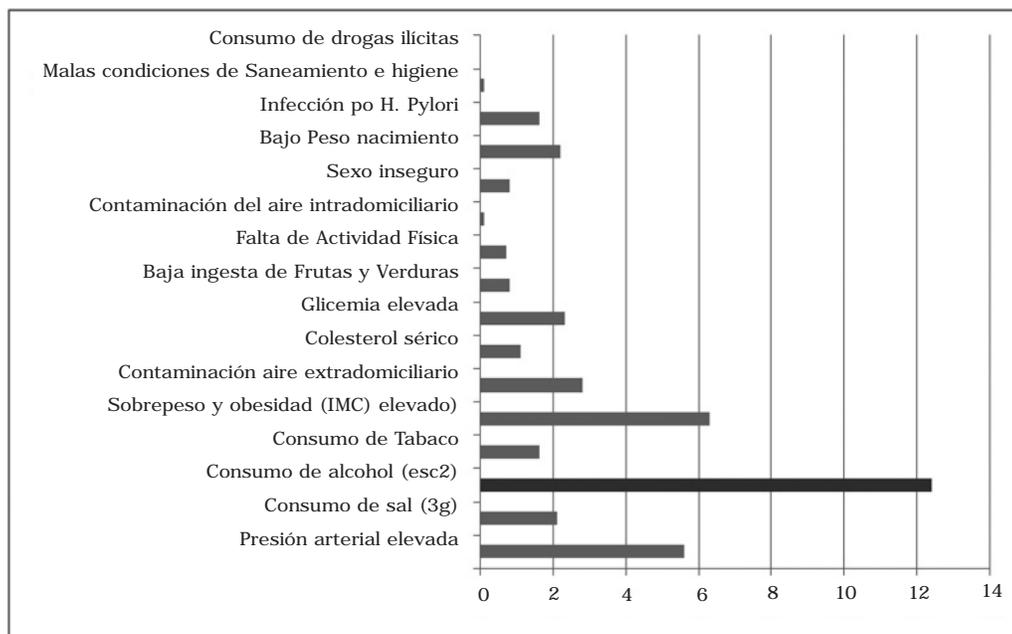
64. Figura 9. Mortalidad por accidentes de tránsito, ajustada por edad. 1985-1999 y proyección 2000-2010. Chile.



Fuente: DEIS-MINSAL.

## Carga de enfermedad (CdeE)

65. Esta metodología de reciente instauración entrega un indicador denominado “carga de enfermedad”, cuya unidad de medida es “años de vida perdidos por muerte o discapacidad”. Corresponde a la pérdida, prematura en relación a la expectativa de vida de cada población considerada, de vidas y de calidad de vida, como resultado de una enfermedad, de sus secuelas o de un determinado factor de riesgo. Permite comparar tales efectos, entre las diversas enfermedades y factores de riesgo (tabaco, obesidad, consumo de alcohol, entre otros) y facilita los procesos de priorización de inversiones en salud.
66. Chile midió por segunda vez su Carga de Enfermedad con información del 2007. Ese estudio realizado a través de un trabajo conjunto del MINSAL y la Universidad Católica, demostró que la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática se encuentran entre las 5 primeras causas específicas de carga de enfermedad, junto con las enfermedades cardíacas, hipertensivas, las enfermedades depresivas unipolares y las enfermedades a la vesícula. Hay diferencias entre los sexos. En hombres, también los accidentes de tránsito, tienen presencia entre las 5 primeras causas. En mujeres, las enfermedades de la vesícula, de ansiedad y la violencia, desplazan la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática.
67. En resumen, en cuanto a incidencia en la mortalidad, el consumo de riesgo de alcohol se asoció a 1 de cada 10 muertes en Chile, la hipertensión a 1 de cada 7 y el consumo excesivo de sal 1 de cada 8 muertes.
68. Por otra parte, en el mismo estudio, el consumo de alcohol fue identificado como el factor de riesgo aislado que explica la mayor cantidad de años de vida saludables perdidos debido a discapacidad y muerte prematuras (AVISA), entre múltiples factores estudiados (12%). El factor de riesgo que le sigue, la obesidad, aporta un 6% (Figura 10).
69. Figura 10. Porcentaje de AVISA atribuible a Factores de riesgo 2007.



\* Los porcentajes no son sumables entre factores de riesgo, ya que las enfermedades asociadas a estos en algunos casos son las mismas y existe coexistencia e interacción entre los factores de riesgo  
Fuente: Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Minsal. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga\\_Enf\\_2007.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf)

70. Estos datos son consistentes con los obtenidos en el estudio de CdeE mundial<sup>5</sup> que estimó para el año 2002, en un 11,8% los AVISA determinados por el consumo de alcohol, en la subregión del continente americano que incluye a Chile (AMR B) casi un 10% en la Región de las Américas en su conjunto y un 4,4% para la población mundial.
71. La metodología de CdeE, aplicada al estudio de factores de riesgo, supone la identificación de enfermedades que se asocian a un factor de riesgo específico, como el consumo de alcohol. Este proceso es relativamente estandarizado, pero la atribución causal varía de acuerdo con la población estudiada.
72. La Tabla 3 proporciona una comparación de estadísticas selectivas de mortalidad para los índices de Chile, Canadá y Estados Unidos. La cirrosis hepática es casi 3 a 4 veces mayor en Chile que en Estados Unidos o Canadá, respectivamente.
73. Tabla 3. Índices estandarizados de mortalidad (por cada 100.000 personas) según lesiones y enfermedades crónicas y agudas (Datos disponibles de los últimos años).

Lesión o Enfermedad Crónica	Chile	Canadá	USA
Cirrosis hepática	20,49	5,24	7,47
Caídas	0,83	3,08	6,78
Lesiones intencionales	10,26	12,09	20,21
Accidentes de Tránsito	10,69	8,45	15,00
Intoxicación accidental	0,27	2,73	0,58
Enfermedades po uso de Alcohol	1,47	1,61	1,90
Cáncer de orofaringe y de boca	1,35	2,06	2,00
Cardiopatías isquémicas	62,42	82,97	112,40

Fuente: FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations), World Drink Trends 2003). Citado en: Department of Mental Health and Substance Abuse. Organización Mundial de la Salud (2004). Global Status Report on Alcohol 2004. Singapore: OMS. Disponible en: "<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>"

74. Para el estudio chileno se asoció alcohol con: cáncer de boca y orofaringe, cáncer de esófago, cáncer hepático, cáncer de mama, diabetes, epilepsia, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática, trastornos asociados al alcohol, enfermedad isquémica del corazón, lesiones y violencia. Otras asociaciones (otros tipos de cáncer, depresión, otras cardiovasculares y consecuencias sociales) no fueron consideradas para mantener comparabilidad con estudios internacionales. En este tipo de estudios, los daños de tipo social que pudieran considerarse enfermedad aún no son contemplados.
75. En la Región de las Américas, varios estudios entregan información relevante para la ponderación de la situación de Chile:
- En las Américas, sin perjuicio de variaciones subregionales, el consumo medio ponderado alcohol per cápita, es de 8,7 litros de alcohol puro por persona, lo cual es considerablemente más alto que el promedio mundial que es de 6,2 litros de alcohol puro por persona.<sup>1</sup>
  - Se evidencia un hábito de consumo peligroso de alcohol entre los adultos en la mayoría de los países de América.<sup>7</sup>
  - Existen altos índices de consumo excesivo de alcohol en períodos cortos de tiempo (consumo excesivo episódico, "binge drinking") entre los jóvenes.<sup>8</sup>

- d) Entre un 20% y un 50% de las víctimas fatales en accidentes de tránsito en la Región están relacionadas con el consumo de alcohol.<sup>9</sup>
- e) Se estima que un 50% de las muertes atribuibles al alcohol en el año 2002 fueron a causa de lesiones intencionales e involuntarias.<sup>5</sup>
- f) Existen mayores niveles de trastornos por consumo de alcohol que en cualquier otra región del mundo.<sup>10</sup>
- g) Se estima que en el año 2002, un 5,4% de todas las muertes se pueden atribuir al alcohol, en comparación con un 3,7% a nivel mundial.<sup>5</sup>
- h) Más de 60 enfermedades y trastornos de salud están asociados al consumo de alcohol.<sup>1</sup>
- i) El alcohol está asociado con casi un 10% de Años de Vida Ajustados por Discapacidad<sub>5</sub> (AVISA) en la región, en el año 2002, en comparación con la cifra mundial de 4,4%.
- j) Un análisis comparativo acerca del impacto de 26 factores de riesgo sobre la carga de enfermedad en el año 2000, publicado por OMS, muestra que en América, el alcohol resultó ser el principal factor de riesgo, mientras que a nivel mundial, el alcohol se situó en el cuarto lugar.<sup>1</sup>
- b. Porque le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública

34

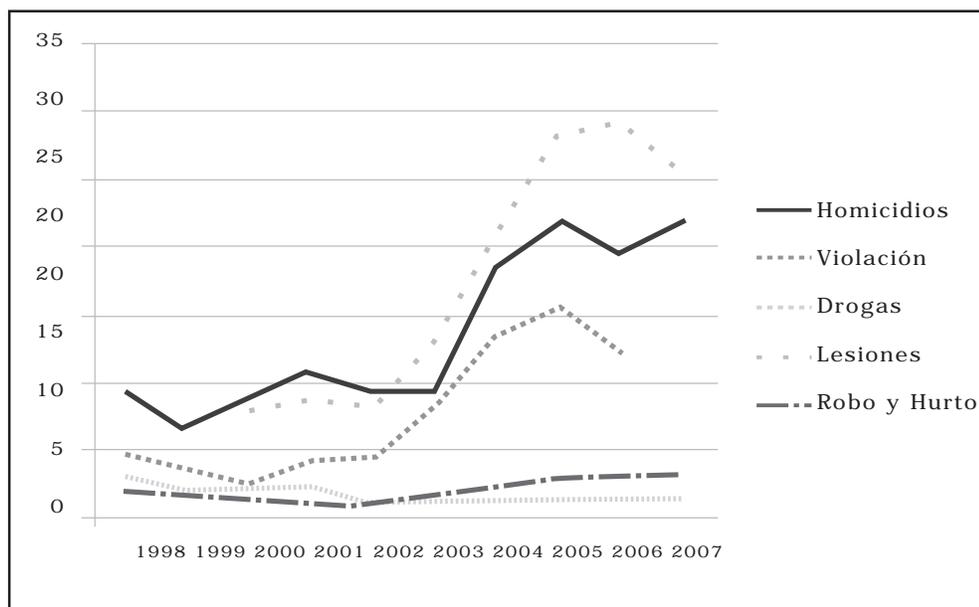
76. Durante los últimos años, la opinión pública ha sido profusamente informada por los medios, de los hechos de violencia delictual. En varios períodos, la delincuencia se ha presentado como el segundo problema nacional de mayor importancia<sup>11</sup>.
77. El debate político utiliza también con alta frecuencia argumentos referidos a los indicadores de delitos, de la acción policial y de la gestión de la Justicia. Los estudios muestran que de los delitos de más alta connotación social (homicidios, violaciones, lesiones) hasta un 26% de ellos se cometen bajo efectos del alcohol, variando ampliamente entre los diversos tipos de delito (Ver Tabla 4).
78. Tabla 4. Aprehendidos por Delitos de Mayor Connotación Social bajo influencia del alcohol (incluye ebriedad), 2008.

Tipo Delito	Detenidos	Bajo Influencia	% del Total
Robos	31.674	1.908	6
Hurtos	81.315	1.759	2
Homicidio	307	55	18
Violación	127	13	10
Lesiones	21.462	5.510	26
TOTAL	134.885	9.245	7

Fuente: Paz Ciudadana, Anuario estadísticas criminales, 2008. Disponible en: [http://www.pazciudadana.cl/docs/pub\\_20090609084916.pdf](http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090609084916.pdf)

79. La tendencia de los últimos años muestra aumentos en el porcentaje de detenidos bajo la influencia del alcohol, en la mayoría de los tipos de delitos, a excepción de robos y hurtos y detenidos por drogas (Ver Figura 11).

80. Figura 11. Evolución del porcentaje de aprehendidos bajo influencia del alcohol según tipo de delito



Fuente: Elaboración propia en base a Paz Ciudadana, Anuario estadísticas criminales, 2008. Disponible en: [http://www.pazciudadana.cl/docs/pub\\_20090609084916.pdf](http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090609084916.pdf)

81. Por otra parte, de las casi 90.000 detenciones, específicamente por faltas a la Ley de Alcoholes, que realizó Carabineros de Chile, en el año 2007, un 50% lo son por ebriedad en sitios públicos y un 25% por conducir bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad (Ver Tabla 5).

82. Tabla 5. Aprehendidos por infracciones a la Ley de Alcoholes, 2007.

Tipo Delito	Detenidos	% del Total
Conducción Bajo influencia del alcohol o en estado de ebriedad	21.269	25
Consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública	20.588	25
Ebriedad	41.766	50
Otros	122	0
TOTAL	83.715	100

Fuente: Paz Ciudadana, Anuario estadísticas criminales, 2008. Disponible en: [http://www.pazciudadana.cl/docs/pub\\_20090609084916.pdf](http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090609084916.pdf)

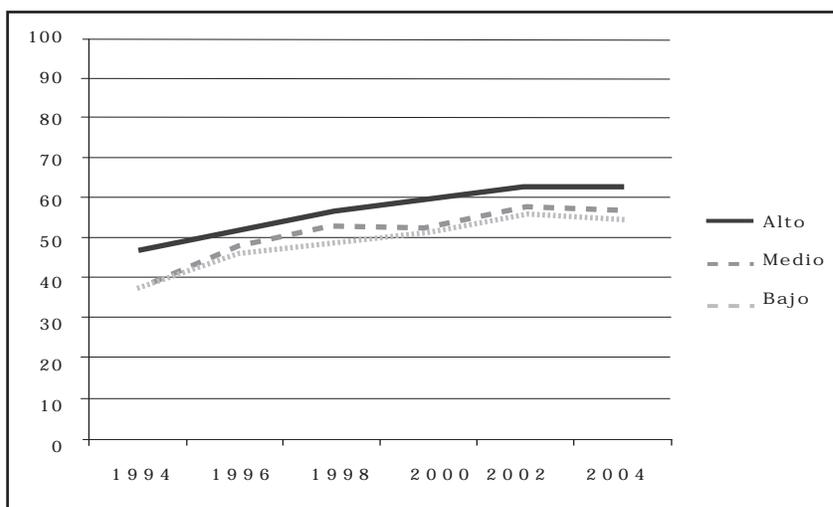
83. Al menos, respecto de las faltas y delitos que ocurren en sitios públicos, hay evidencias que se correlacionan con lugares en los que se concentran locales de expendio y/o donde se reúnen grupos para ingerir en la vía pública. No sucede así respecto de la violencia intrafamiliar.

c. Porque busca un desarrollo con equidad y protección social

84. Los jóvenes chilenos consideran que el consumo excesivo de alcohol y drogas es el principal problema de la juventud, aunque cuando se les pregunta a nivel personal, el problema se ubica en el décimo lugar.

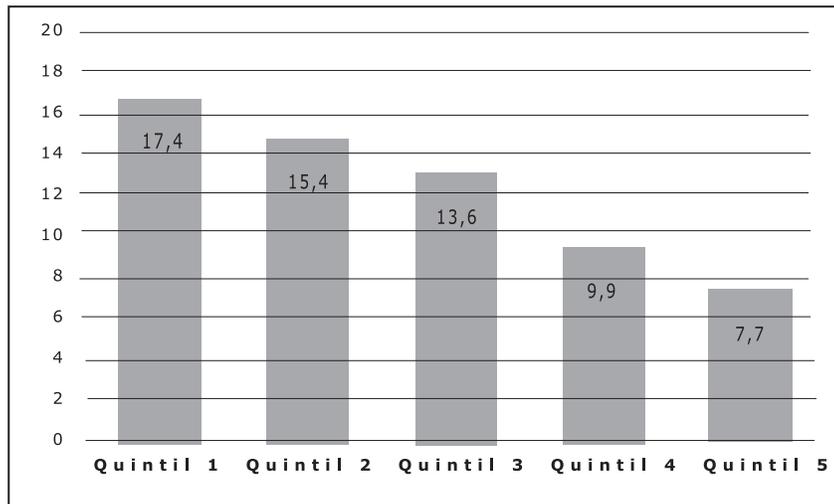
85. La incidencia del consumo nocivo de alcohol en la generación de pobreza y/o persistencia en ella parece muy evidente, aunque las mediciones han sido más bien indirectas. Un dato nacional relevante es que si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos (Figura 12), son éstos los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol (Figura 13).

86. Figura 12. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, según Nivel Socio-Económico, Chile. 1994-2008.



Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: [http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen\\_informe\\_VIII\\_estudio\\_drogas\\_poblaciongenera\\_l\\_junio2009.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongenera_l_junio2009.pdf)

87. Figura 13. Tasa (%) de bebedores problema de alcohol, según quintil de ingreso.



Fuente: Encuesta Calidad Vida, Minsal, 2006

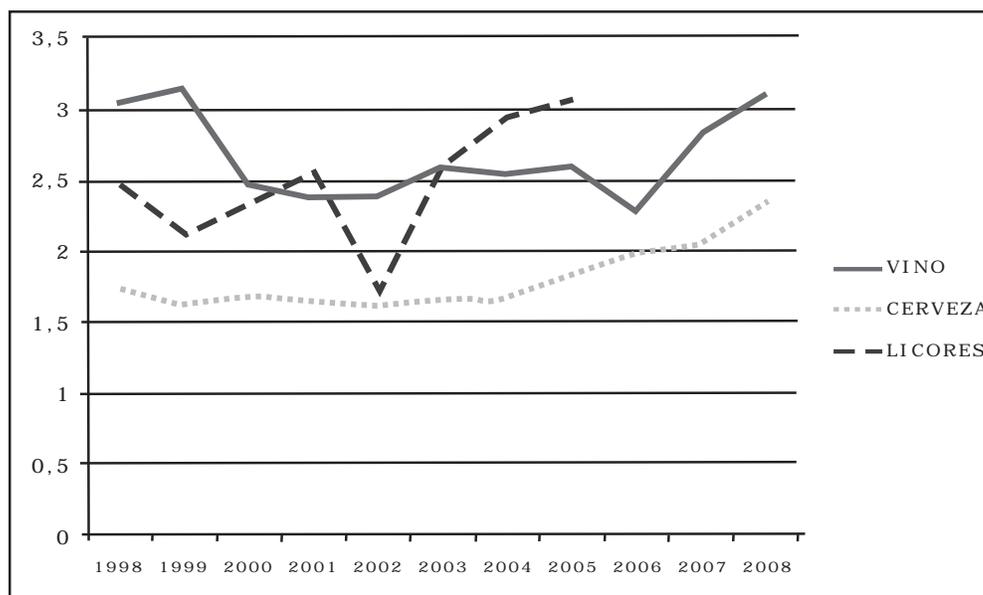
88. Los programas sociales de terreno enfrentan barreras considerables y de muy complejo abordaje, por la presencia de miembros de familias o comunidades afectados por el consumo nocivo de alcohol.
89. En la Atención Primaria de Salud, la carga emocional que sobrellevan muchos consultantes, especialmente mujeres, por la presencia de negligencia y violencia por miembros afectados por consumo nocivo de alcohol interfiere de manera grave el cumplimiento, adherencia y efectividad de los tratamientos.
90. Entre las actividades del Programa "Chile Crece Contigo" se inscribe una medida de corte preventivo: la detección del consumo de riesgo de alcohol y las consejerías correspondientes, entre las mujeres en edad fértil y, en especial, en las embarazadas. Sin embargo, la presencia del patrón de consumo nocivo de alcohol, en otros miembros de las familias de mayor vulnerabilidad, representa una barrera para el resultado final perseguido, cual es la nivelación de oportunidades de desarrollo de los niños.
- d. Porque su desarrollo económico y social se resiente con los costos que genera el consumo nocivo de alcohol
91. La generación de puestos de trabajo en la industria del vino, incluyendo las industrias asociadas (transporte, maquinarias, insumos agrícolas y secos, etc.) alcanzó, en el año 2005, a 85.000 trabajadores, 70.000 de ellos permanentes.<sup>13</sup> Los retornos por concepto de exportaciones se han duplicado entre el año 2003 y el 2009, pasando de 678 a 1.383,1 millones de dólares, sustentado en que el 65% de la producción nacional de vinos es exportada.<sup>14</sup>
92. La industria cervecera por otra parte, sólo en el mayor de sus conglomerados empresariales, que ocupa a 4.300 trabajadores, generó ingresos en una cifra sobre los 180.000 millones de pesos y una utilidad cercana a los 50.000 millones de pesos, en moneda del año 2005. La producción anual, de 4.100 hectólitros, ha cubierto el consumo en Chile, de 31 litros de cerveza per cápita, en el año 2005.

93. El estudio sobre la economía del alcohol en Chile (1998),<sup>15</sup> concluyó que los costos y gastos que ocasiona el patrón de consumo de alcohol en el país consumo fue 4 veces los ingresos que redujo la actividad económica del alcohol al país. En efecto, los costos directos e indirectos asociados al consumo excesivo de alcohol en el país, en moneda nacional de 1995, ascendieron a US\$ 2.969 millones, equivalente a 3,4% del PIB, o US\$ 209.- per cápita. Ello incluye costos indirectos (menor productividad del trabajador, cuando es un bebedor problema, por muerte prematura y ausentismo) y costos directos (gastos en salud, policía, accidentes, destrucción de activos). Los beneficios económicos, por su parte, alcanzaron los US\$ 602 millones o US\$ 59 per cápita (exportaciones, fuerza de trabajo ocupada, impuestos). (Ver ANEXO 2). A quince años plazo, la situación puede haber cambiado y por cierto es conveniente actualizar esta información.
94. Los efectos del consumo nocivo de alcohol en el ámbito del trabajo se dan fundamentalmente en la disminución de la productividad secundaria a accidentes en los lugares de trabajo (20 a 25% de ellos tiene relación con el consumo de alcohol), con la facilidad del acceso a él en los lugares de trabajo, los requerimientos de permisos médicos (3 veces más probable entre trabajadores con consumo problema de alcohol), pensiones de invalidez por secuelas de traumatismos (5 veces más frecuente), ausentismo (2 a 3 veces más frecuente). El consumo reciente de alcohol alcanzó a un 15,2 % entre trabajadores varones que sufrieron accidentes severos.<sup>16</sup>
95. En el año 2002, en Canadá, los costos asociados al consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaco, medidos a partir de los gastos en asistencia médica, aplicación de la ley y las pérdidas en productividad en los lugares de trabajo, fueron US\$ 8,2 mil millones por concepto de drogas ilícitas, US\$14,6 mil millones por alcohol y US\$17,0 mil millones por tabaco. Es decir, las tres sustancias en conjunto, un total de US \$39,8 mil millones. Destaca que, si bien los gastos asociados al alcohol son casi el doble de los asociados a las drogas ilícitas, la inversión en promoción, prevención y tratamiento asociados a alcohol no llega a la sexta parte del presupuesto destinado a similares propósitos para drogas ilícitas.<sup>17</sup>
96. Tendencia en el consumo de alcohol per cápita. En los últimos 10 años, los registros del consumo per cápita de alcohol en adultos de 15 años y más, han aumentado gradualmente. Es interesante destacar que la obtención de estos datos es dificultosa, y varía según la fuente consultada, lo que se puede ver en la Tabla 6. Para los cálculos se usaron concentraciones estándar (11% vinos, 40% licores y 5% cervezas), según recomendaciones metodológicas de la OMS.<sup>18</sup>
97. Tabla 6. Consumo estimado de alcohol en Chile, 1998 – 2007, en litros de etanol puro por persona de 15 años y más, según distintas fuentes.

AÑO	OMS	FAO	ODEPA
1998	-	6,66	7,23
1999	-	6,50	6,90
2000	6,25	6,68	6,45
2001	6,11	6,12	6,58
2002	6,08	6,52	5,74
2003	6,39	6,57	6,85
2004	6,46	-	7,15
2005	6,81	-	7,50

Fuentes: OMS. Americas Region of WHO and information provided by S. Popova, J. Rehm & M. Rylett. FAO. Elaboración propia en base a FAOSTAT. Consumption. Crops Primary Equivalent. ODEPA. Elaboración propia en base a datos proporcionados por Oficina de Estudios y Políticas Agrarias, MINAGRI, Chile; y a datos proporcionados por la Asociación de Productores de Cerveza Chile AG.

98. La venta per cápita de cerveza entre el año 2004 y el año 2007 aumentó de 26,4 a 33,4 litros (cantidad de bebida) o alrededor de 1.50 litros de alcohol puro (conversión de un 4,5%).
99. Para el año 2006, el consumo de vinos per cápita fue de 18,84 litros o 2,26 litros de alcohol puro (conversión de un 12%).
100. El consumo de licores ha experimentado un alza. La Figura 14 proporciona una perspectiva general sobre datos recientes de consumo de alcohol en años anteriores, entre los que destacan vacíos de información oficial para algunos datos del último tiempo.
101. Figura 14. Consumo estimado de tipos de alcohol en Chile, 1998 – 2005, en litros de etanol puro anuales por persona de 15 años y más.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por Oficina de Estudios y Políticas Agrarias, MINAGRI, Chile; y a datos proporcionados por la Asociación de Productores de Cerveza Chile AG.

102. Chile registró un consumo de 6,02 litros de alcohol puro per cápita para el año 2000 o 2001, excluyendo el consumo sin registro (que según recomendaciones OMS debiera calcularse en 2 litros de alcohol puro per cápita para nuestro país). En ese periodo, el país se posicionó en el lugar N° 71 en la escala mundial. Sin embargo, Chile es uno de los 20 países líderes en cuanto a los índices de consumo de vino por adulto (de 15 años o más)<sup>19</sup>. Por otro lado, si se consideran tanto las bebidas alcohólicas registradas como las estimaciones del alcohol no registrado, el consumo el año 2002 fue de 8,8 litros. Estimaciones que consideran sólo a los bebedores, elevan el consumo per cápita a 11,9 litros de etanol puro por año.<sup>6</sup>

IV.- ¿QUÉ HACE HOY POSIBLE QUE UNA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL SEA EFECTIVA?

103. Hoy es posible implementar una efectiva estrategia pública sobre alcohol por los siguientes factores:

- a) La estructura regulatoria para el control del alcohol y las prácticas de su aplicación, aunque débil está bien orientada y permite su perfeccionamiento**
- b) Las evidencias acumuladas que miden la efectividad diferencial de distintas políticas públicas sobre alcohol, permiten tomar decisiones con mayores márgenes de seguridad**
- c) Las enseñanzas que se desprenden de las experiencias internacionales**
- d) La iniciativa de OMS sobre una estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol, proporciona un marco de armonía y cooperación entre las naciones y una inserción del tema en la agenda de desarrollo mundial**

a. La estructura regulatoria para el control del alcohol y las prácticas de su aplicación, aunque débil está bien orientada y permite su perfeccionamiento

104. Durante los últimos 30 años, la producción, diversificación, exportación y mercadotecnia de vinos de calidad han dominado cada vez más las políticas económicas y comerciales de alcohol. Estos hechos han llegado a incorporarse en la cultura colectiva como una de las identidades del Chile exportador y una fuente de “satisfacción nacional”.
105. Se ha intentado regular el consumo interno de bebidas alcohólicas mediante diversas medidas. Existen leyes concernientes a la industria del alcohol, las ventas al detalle al público, el consumo según la edad y en lugares públicos y sobre el conducir e ingerir alcohol. A pesar de esto, como veremos, se configura una alta disponibilidad física de bebidas alcohólicas para la población.
106. Este es el marco en el que la Estrategia Nacional sobre Alcohol propone medidas nuevas, modificaciones de las vigentes y un punto de partida para un nuevo enfoque de política pública.
107. A continuación se presenta un esquema con las principales regulaciones y sus principales problemáticas en Chile (Tabla A).

108. Tabla A. Regulaciones de acerca de alcohol en Chile. 2009.

Área	Regulaciones	Comentarios
Regulaciones a la industria de Alcohol	<p>La ley N° 18.455 de 1985, sobre la producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y otros, busca asegurar la legitimidad de productos que contienen alcohol, su calidad, la adecuación para el consumo humano, la distribución de productos relacionados con el alcohol y el reparto de los productos a los consumidores.</p> <p>El Decreto Ley N° 1.606 incluye cambios realizados por la Ley N° 19.716, que modificó las tasas de impuestos que afectan a las bebidas alcohólicas, adecuándolas a las normas de la OMC.</p>	<p>Obligaciones contraídas por Chile por tratados comerciales condicionan las medidas de control. (Ej.: demanda de la Comunidad Europea en relación a las tasas aplicadas por Chile, específicamente al Whisky).</p> <p>El resultado ha sido la disminución de ciertos impuestos al alcohol, por lo que obligatoriamente debe considerarse este escenario en el diseño de una eventual política de precios para el alcohol.</p>
Ventas, Expendio y Consumo de Alcohol	<p>La Ley N° 19.925 sobre expendio y consumo (2004). Prohíbe estar intoxicado en un lugar público; establece en 18 años la edad mínima a la que se puede vender bebidas alcohólicas; prohíbe vender o servir alcohol a menores de edad en bares, restaurantes y similares y prohíbe vender o servir alcohol a cualquier persona que se encuentre en evidente estado de intoxicación.</p> <p>La ley restringe el número y densidad de puntos de venta de alcohol, a través de la fijación legal de la proporción de patentes de expendio con el número de habitantes (1 por 600)*. La Venta</p>	<p>La fiscalización de esta ley es muy limitada y tiende a afectar en mayor proporción, a adultos jóvenes y de menores recursos (controles de fines de semana).</p> <p>La embriaguez en lugares públicos se sanciona sólo si se repite. Puede indicarse tratamiento médico, pero hasta hoy se aplica muy poco.</p> <p>No hay prohibición explícita de ingesta de alcohol de menores de 18 años (pueden consumir en presencia de sus padres).</p> <p>Restricciones en número y densidad no incluyen a restaurantes, hoteles y otros, donde se permite la venta</p>

\* Comparativamente, estas son restricciones moderadas sobre la densidad de puntos de venta. Por ejemplo, Ontario que tiene una población de alrededor de 14 millones de personas tiene aproximadamente 1,300 puntos de venta de bebidas alcohólicas para llevar, esto es, una razón de 1 punto de venta por cada 10,769 personas. Además, Ontario tiene cerca de 19.000 establecimientos con patente para vender alcohol (bares, restaurantes, clubes) o para ventas dentro de los locales, donde el alcohol puede ser adquirido y consumido dentro del establecimiento. En Ontario, la densidad combinada (de ventas dentro y fuera de los locales) es de alrededor de 1 punto de venta por cada 736 habitantes.

	de alcohol se permite los siete días de la semana y las horas de venta varían según el punto de venta.	de alcohol dentro del local. Gran número de puntos de venta per cápita sin restricción de días.
Controles sobre la Conducción e Ingesta de Alcohol	La Ley N° 20.068, de Tránsito (2005), establece regulaciones concernientes a las personas que conducen vehículos o maquinarias bajo el efecto del alcohol, definido por tener un nivel de alcohol en la sangre entre 0,5 y menos de 1 gramo de alcohol por litro de sangre, o que se encuentran en un estado de ebriedad, definida por 1 gramo de alcohol o más por cada litro de sangre. Las sanciones contempladas son administrativas, suspensión de la licencia de conducir por períodos variables, y las penalidades incluyen multas o cárcel, según el nivel de alcoholemia y las consecuencias, lesiones personales o daños materiales.	Falencia de capacidad de vigilancia y de fiscalización. Sanciones con suspensión de licencia por periodos breves. Control de sobriedad mediante dispositivos detectores de alcohol en el aire espirado ("alcotest"), de aplicación muy insuficiente. Se asigna mayor relevancia a sancionar los daños causados, que a prevenir el riesgo de accidentes de tránsito (enfoque de salud pública).

Fuente: Elaboración propia en base a textos legales. Secretaría técnica

## Actores y Desarrollo de una política de alcohol

109. Varios sectores del Estado participan en acciones que constituyen componentes escasamente coordinados de una política de alcohol.
110. El Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción supervisa las importaciones y las exportaciones, la competencia del mercado y la publicidad. Agricultura contribuye a las políticas, regulaciones y otras medidas en materia de la producción de bebidas alcohólicas, particularmente vinos y licores. Hacienda establece regulaciones sobre aplicación de impuestos y fija los impuestos de producción, comercialización, importación y exportación.
111. Otros ministerios contribuyen a la prevención y al tratamiento de problemas relacionados con el consumo de alcohol. Transportes y Telecomunicaciones es el primer responsable, con la asesoría de un organismo pluriministerial, de la seguridad vial en calles, avenidas y carreteras y regula la relación transporte y consumo de alcohol. Trabajo previsión Social tiene el rol de promover la seguridad en los lugares de trabajo y de regular el seguro de trabajo. Interior es responsable de coordinar la seguridad pública, la actividad policial y el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE).

donde el alcohol puede ser adquirido y consumido dentro del establecimiento. En Ontario, la densidad combinada (de ventas dentro y fuera de los locales) es de alrededor de 1 punto de venta por cada 736 habitantes.

Educación proporciona información de prevención primaria mediante programas de educación orientados a todos los niveles (básico, medio y superior). Y Salud tiene la tarea de proporcionar: (a) medidas y acciones que garanticen la salud pública (promoción, prevención, cooperación, legislación); y (b) atención de salud para personas con problemas relacionados con el consumo del alcohol.

112. El nivel de aplicación de algunas intervenciones potencialmente efectivas, es bajo, y no existen mecanismos formales o apropiados para que consideraciones sobre la salud y la seguridad, sean partícipes en las decisiones de políticas en materia de alcohol.

113. Con el fin de reducir los problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol, las actuales estrategias efectivas de control y prevención, deben ser fortalecidas y respetadas, y se debe introducir o promover nuevas intervenciones. Las políticas y los procedimientos actuales son una base esencial para avanzar. A fin de originar una respuesta más efectiva, será necesario mejorar las actuales prácticas, además de introducir e implementar nuevas medidas y estrategias de prevención. Esto traerá beneficios a nivel de población, a las comunidades que presentan altos índices de daño producto del consumo de alcohol y también a nivel individual.

b. Las evidencias acumuladas que miden la efectividad diferencial de distintas políticas públicas sobre alcohol

114. En los últimos 15 años se ha hecho un notable esfuerzo para recopilar y realizar estudios de sólida base científica, que permitan identificar y dimensionar aquellas estrategias efectivas para reducir el consumo de alcohol, la ingesta de riesgo o el daño asociado<sup>20</sup>.

115. Un ejemplo destacado es el estudio realizado por Babor y un grupo de 16 investigadores el año 2003<sup>20</sup>, en conjunto con la OMS. Analizaron 34 estrategias de prevención aplicadas en diversos lugares y momentos, en relación con su efectividad para determinar cambios objetivables (disminución de consumo general o de consumo nocivo; reducción de accidentes o delitos y similares). Así, evaluaron la solidez y amplitud de la investigación sustentante, la aplicabilidad intercultural y los costos de implementación. Enumeraron 10 estrategias principales en cuanto al costo efectividad, clasificadas en siete ámbitos: disponibilidad física, impuestos y precios, alteración del contexto de ingesta de alcohol, educación y persuasión, promoción del alcohol, contramedidas de la conducción e ingesta de alcohol y tratamiento e intervenciones tempranas.

116. Las estrategias se dirigen a modificar algunos determinantes del contexto, ciertas conductas objetivo o las consecuencias del consumo nocivo de alcohol, como se observa a continuación:

#### DETERMINANTES DEL CONTEXTO

- Disponibilidad económica:
  - a) Fijación de precios e impuestos\*
- Disponibilidad física:
  - b) Cambios en la disponibilidad general: prohibiciones totales o parciales de venta, monopolio gubernamental de las ventas fuera de los establecimientos\*, patentes de alcohol para ventas dentro de los establecimientos, horas y días de ventas minoristas\*, identificación y localización de los puntos de venta y la densidad de los puntos de venta minoristas\*.

- c) Restricciones sobre los requisitos para adquirir y vender alcohol: racionamiento, leyes sobre el límite de edad mínima para adquirir alcohol\* y responsabilidad legal de los vendedores.
- d) Disponibilidad diferencial según las variaciones en la concentración del alcohol
- Contexto de ingesta de alcohol:
  - e) Promoción actividades y eventos libres de alcohol
  - f) Entrenamiento del personal que sirve y/o vende bebidas alcohólicas para promover la ingesta responsable del alcohol y planes de prácticas para prevenir la intoxicación y el consumo de alcohol en menores de edad
  - g) Aplicación de prácticas de racionamiento del alcohol y responsabilidad legal potencial
  - h) Uso de códigos voluntarios de práctica de venta al público
  - i) Programas de capacitación del personal para la prevención y manejo de agresiones y otros problemas de conducta
  - j) Movilización comunitaria
  - k) Regulación de la promoción del alcohol: autorregulación de la industria en cuanto a los estándares publicitarios del alcohol, prohibiciones y controles gubernamentales sobre la publicidad de: tipos de bebidas, tipos de medios de difusión, horas de difusión de la publicidad, contenidos y patrocinio.

#### CONDUCTAS OBJETIVO

- l) Contramedidas de la conducción bajo el efecto del alcohol: Disminución de los límites de concentración de alcohol en la sangre\* (alcoholemia), tolerancia cero (alcoholemia) para con los conductores jóvenes\*, puntos de control de sobriedad\*, exámenes de aliento aleatorios (Alcotest)\*, suspensión administrativa de la licencia\*, tratamientos para prevenir la reincidencia, dispositivos de bloqueo del encendido del motor, licencia gradual para conductores novatos\*, conductores designados y programas de servicios de traslado para prevenir la conducción en un estado de intoxicación.

#### REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

- m) Estrategias de educación y persuasión: anuncios de interés público y contra - publicidad, etiquetas de advertencia, orientaciones sobre ingesta de alcohol sin riesgo, programas continuos en colegios, universidades e institutos de educación superior.
- n) Tratamiento e Intervención temprana: intervenciones breves a bebedores en riesgo\*, tratamiento especializado para los problemas relacionados con el alcohol, asistencia a grupos de autoayuda y a terapias de grupo, tratamiento obligatorio para conductores que consuman alcohol y que reincidan.

117. Las estrategias mencionadas más arriba calificadas con un asterisco (\*), se consideran las más efectivas . (En el ANEXO 3, se encontrará un ordenamiento resumido de las evidencias sobre la efectividad de una serie de políticas e intervenciones).

118. Siete de las intervenciones<sup>20,22</sup>destacadas por Babor et al. (2003)<sup>20</sup> permitieron calcular los costos evitables (2008)<sup>23</sup>. La metodología incluyó la utilización de las pautas de Collins et al.<sup>24</sup> las cuales se basan en los resultados de las principales intervenciones efectivas. El impacto se calculó en base a los costos de referencia obtenidos del Segundo Estudio Canadiense de Costos (2006)<sup>17</sup> y se utilizaron seis intervenciones con evidencia demostrada en su capacidad de reducir el daño. Por otra parte, analizaron los efectos de un cambio político importante que se debatía en Canadá en ese año, a transición desde el monopolio gubernamental de la venta de alcohol al público, a la privatización. Los costos evitables se calcularon en mortalidad, en años perdidos de vida potencial y en días cama de unidades de cuidados agudos, relacionándolo con las intervenciones, como se resume en la Tabla B. Estos resultados probablemente son una subestimación de los posibles

beneficios de las políticas analizadas, debido a que algunos de los beneficios sociales menos tangibles no se incluyeron aquí. Sin embargo, es evidente que se pueden llevar a cabo progresos sustanciales en materia de morbilidad y mortalidad a través de las políticas de alcohol, mediante una firme orientación de salud pública.

119. Tabla B. Disminución Neta en la Mortalidad Atribuible al Alcohol, Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVPM) y Morbilidad en días-cama en Unidad de Cuidados Agudos (UCA), como resultado de la Implementación de Intervenciones Selectivas en Canadá (2002).

Interversiones Seleccionadas	Mortalidad	AVPM	Días UCA
<b>Aumento de un 25% en los impuestos al alcohol</b>	2.7%	1.9%	2.3%
<b>Reducción de la alcoholemia legal de un 0.08% a un 0.05%: 12% de reducción de muertes o accidentes de tránsito</b>	4.1%	5.0%	0.2%
<b>Alcoholemia cero bajo los 21 de edad</b>	0.7%	1.1%	0.1%
<b>Aumento de la edad Mínima legal para consumir alcohol de 19 a 21 años</b>	2.7%	3.4%	0.1%
<b>Intervención "bares más seguros":</b> reducción en un 10% de los delitos relacionados con los bares	0.0%	0.0%	0.0%
<b>Intervención breves:</b> 7.7% de reducción en el consumo de alcohol entre bebedores en riesgo	8.5%	6.1%	4.5%
<b>Privatización de la venta de alcohol:</b> 10% de aumento en el consumo de alcohol	-16.5%	-8.4%	-8.2%
<b>Cambio relativo entre la situación inicial y todas las intervenciones</b> [Se excluyó la privatización de la venta de alcohol, debido a que los resultados de los cálculos presentan una carga adicional y no ahorros]	18.7%	17.4%	7.1%

Fuente: J. Rehm, W.H. Gnam, S. Popova, J. Patra, A. Sarnocinska-Hart (2008) Avoidable Costs of Alcohol Abuse in Canada 2002 (Costos Evitables Producidos por el Abuso del Alcohol en Canadá, año 2002). Tabla 3. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. ("Centro para las Adicciones y la Salud Mental"), Toronto.

### c. Las enseñanzas que se desprenden de las experiencias internacionales

120. Las experiencias internacionales son una fuente provechosa de información para la toma de decisiones, porque permiten comparar las políticas de distintos países, el análisis de sus impactos en las estadísticas de morbilidad y mortalidad, conocer las deficiencias y las medidas exitosas relacionadas con el proceso de implementación, además de las recomendaciones para mejorar sus resultados. En los siguientes párrafos, se observan varias publicaciones que destacan y evalúan los desarrollos internacionales.
121. La OMS publicó el 2004 un documento que ofrece un resumen del estado de las políticas de alcohol de 118 países de los 6 continentes<sup>19</sup>, identificando las mejores prácticas, de modo de apoyar a los responsables en el proceso de formular y mejorar políticas. El informe cubrió diversos campos: definición de bebidas alcohólicas, precios e impuestos, restricciones en la disponibilidad, conducción e ingesta de alcohol, ambientes libres de alcohol y publicidad y patrocinio.

122. En base al número de medidas que se incluyeron, la OMS concluyó que pocos países tienen políticas exhaustivas. Hubo países que no habían identificado ninguna medida y la mayoría se encontraba entre las dos realidades polares. Con el fin de que las políticas sean efectivas, el informe de la OMS destaca la importancia de hacer cumplir las que están vigentes y de construir un trabajo de colaboración entre las instituciones y las organizaciones a nivel local y regional. Finalmente, el informe sugiere que, dependiendo del contexto, cada país puede diseñar e implementar una política que incluya una mezcla de algunas de las estrategias más efectivas: establecer un contenido alcohólico bajo en la definición de bebida alcohólica, con el fin de incluir a la mayoría de las que son consumidas en el país; control gubernamental de las ventas al detalle; restricciones de ventas según hora y lugar; aplicación efectiva de la ley en cuanto a los límites de edad para adquirir alcohol y en cuanto a la concentración de alcohol en la sangre compatible con la conducción; promoción de las bebidas bajas o libres de alcohol mediante la reducción de los precios en comparación con las bebidas alcohólicas; impuestos más altos; control del tiempo, el lugar y el medio de difusión para publicitar y patrocinar el alcohol; restricción de la ingesta de alcohol en lugares públicos; tratamiento e intervención temprana de los afectados.
123. Otro documento reciente de OMS<sup>25</sup>, describe en líneas generales 10 propuestas de opciones de políticas o ámbitos objetivos: elevar la conciencia y el compromiso político; respuesta del sector salud; acción comunitaria; políticas de prevención de conducción y consumo de alcohol; disponibilidad del alcohol; mercadotecnia de las bebidas alcohólicas; políticas de precios; reducción del daño y reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilegal e informal; monitoreo y vigilancia.
124. Un reciente análisis comparativo entre políticas dirigidas a influir el consumo perjudicial de alcohol, en términos de costos económicos y sus efectos de prevención en la carga de enfermedad<sup>26</sup>, concluyó que la aplicación de impuestos es la estrategia más costo - efectiva y que las pruebas de control de alcohol en el aliento, realizado al azar y el asesoramiento breve en la atención primaria, son las intervenciones efectivas de mayor costo relativo. Las conclusiones principales establecieron que en regiones donde hay altos niveles de uso riesgoso de alcohol, un asesoramiento médico breve y la aplicación de impuestos pueden tener un notable impacto en la salud de la población; y en regiones donde el uso de riesgo de alcohol representa menor carga de salud pública, las restricciones sobre el abastecimiento o sobre la promoción de bebidas alcohólicas podrían ser útiles. En ambas situaciones, los gobiernos deben asumir un importante rol en promover las estrategias que reduzcan el riesgo.
125. El examen de las políticas de 30 países permitió determinar un índice de políticas de alcohol (con una escala de 0 a 100) y establecer una relación entre el puntaje que obtuvieron dichas políticas y el consumo per cápita de alcohol, en esos países.<sup>27</sup> Las 16 políticas elegidas se agruparon en cinco ámbitos<sup>28</sup>: disponibilidad física del alcohol, contexto de la ingesta de alcohol, precios del alcohol, publicidad de alcohol, conducción de vehículos motorizados.
126. El puntaje promedio fue de 42,4. Los puntajes tuvieron una amplia variación de 14,5 en Luxemburgo a 67,3 en Noruega. En el ámbito de la disponibilidad, Islandia y Estados Unidos obtuvieron los puntajes más altos (24 y 23 respectivamente, de 32 posibles). En relación al contexto de ingesta de alcohol, Noruega, Polonia, Islandia, Finlandia, Irlanda, Holanda y Suiza obtuvieron el puntaje más alto (8); mientras que Polonia Eslovaquia y México obtuvieron los puntajes más altos en el ámbito de los precios. Noruega, Polonia, Islandia, Suecia, Finlandia, Turquía, España, Italia y Alemania obtuvieron los puntajes más altos en el ámbito publicitario y, finalmente, en el ámbito de conducción de vehículos motorizados, Noruega (28), Suecia (28) y Polonia (25) fueron los líderes (de 34 puntos posibles). En consecuencia, los 10 países que lideran el ranking son: Noruega, Polonia, Islandia, Suecia, Australia, Hungría, Eslovaquia, Finlandia, Japón y Canadá.

127. Los autores también descubrieron una correlación negativa relativamente fuerte y significativa entre el consumo per cápita de alcohol y el índice de políticas de Alcohol; un aumento de 10 puntos en el puntaje se asoció a una disminución de un litro en el consumo absoluto de alcohol per cápita por año. En otras palabras, un mayor índice en la aplicación de políticas de alcohol, se asoció con un menor consumo per cápita.
128. En resumen, a pesar de que hay pocos estudios que analicen la efectividad y rentabilidad de las políticas de alcohol en un marco internacional y con un plan rentable y efectivo, existen algunas conclusiones comunes. Algunas estrategias han demostrado ser más rentables y efectivas que otras, tales como la aplicación de precios e impuestos, la regulación de la disponibilidad física, medidas para prevenir la conducción e ingesta de alcohol e intervenciones tempranas en los problemas de salud. Además, estas estrategias tienen un impacto positivo en los niveles de consumo per cápita, en la ingesta de alcohol de riesgo y en los daños relacionados al consumo de alcohol. Las autoridades y las comunidades, a nivel local y regional, deben elegir e implementar una mezcla viable de esas medidas, además de monitorear y velar constantemente por su cumplimiento, con el fin de lograr los objetivos de promoción y prevención de la salud y de reducción de las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol .<sup>28</sup>
129. En el ANEXO 4, podemos ver resúmenes de las experiencias de Canadá (British Columbia y Nueva Escocia), España, Australia, Nueva Zelandia e Inglaterra

#### d. La iniciativa de OMS y las actividades de sus oficinas regionales

130. Una Estrategia sobre Alcohol para Chile se enmarca y se nutre de los desarrollo recomendaciones e iniciativas de los organismos internacionales que como la OMS están mostrando los rumbos y las metas al respecto. Por cierto, ello deberá hacerse con la debida ponderación de las condiciones culturales, sociales y económicas del país.
131. El Informe sobre la Salud en el Mundo, del año 2002, destaca que “el 4% de la carga de morbilidad y el 3,2% de la mortalidad mundial son atribuibles al alcohol y que éste representa el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo con baja mortalidad, y el tercero en los países desarrollados”; “reconoce que los hábitos, el contexto y el nivel general del consumo de alcohol influyen en la salud del conjunto de la población y que el consumo nocivo de alcohol se encuentra entre las principales causas de enfermedad, lesiones, violencia, especialmente violencia doméstica contra mujeres y niños, discapacidad, problemas sociales y muertes prematuras, que está asociado a problemas de salud mental, repercute gravemente en el bienestar humano, pues afecta a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto, y contribuye a las desigualdades sociales y sanitarias”; “hace hincapié en el riesgo que el consumo de alcohol tenga efectos nocivos, particularmente en el contexto de la conducción de vehículos, en el lugar de trabajo y durante el embarazo”.
132. Ya en el año 2004 la OMS reactivó su rol protagónico en el campo de la salud mundial y el consumo del alcohol, iniciando un proceso de construcción progresiva de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. A través de sucesivas consultas, documentos y Resoluciones, se ha llegado al momento en que esa propuesta sea considerada y votada por la Asamblea Mundial de Salud del 2010. En el ANEXO 5 se proporciona un resumen con la iniciativa OMS y la Carta de Derechos de la Región Europea de la OMS.

## V.- DEFINICIONES, DERECHOS, DETERMINANTES Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

### a. Definiciones básicas

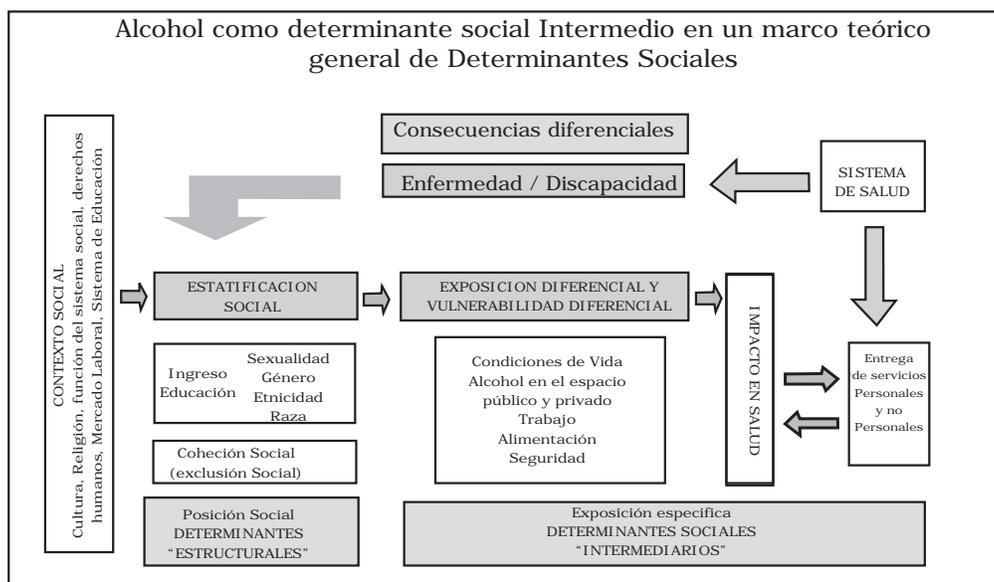
133. Las políticas se refieren a decisiones de la autoridad de gobierno a las que se llega por un proceso en el que intervienen diversas instancias de opinión e influencia y que se ejecutan a través de leyes, normas, reglamentos.
134. Una política de alcohol tiene como principal propósito prevenir, reducir o tratar las consecuencias sociales y sanitarias negativas relacionadas con el consumo de alcohol. Incluye estrategias y medidas dirigidas a la población general, a determinadas organizaciones y también a los individuos, de modo de servir los intereses de la salud pública y del bienestar.<sup>28</sup> Las políticas de alcohol son la manera más efectiva de estimular cambios individuales y culturales en los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol.<sup>29</sup>
135. Existen sin embargo, otras políticas que pueden estimular la ingesta riesgosa de alcohol, aumentar los daños causados por el alcohol y generar mayores costos tanto económicos como sociales. Por ejemplo, las políticas que conducen a bajas en los niveles de precio más allá de lo conveniente o las que permiten las “guerras de precios” de las bebidas alcohólicas o las que aumentan el número de patentes de expendio de locales de ventas de alcohol al detalle.
136. Estrategia sobre alcohol se refiere a una propuesta de acción, sistemática, interconectada y sinérgica para reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol a nivel de la población general, de la comunidad y de los individuos.
137. Una dimensión subyacente típica de las políticas de alcohol es intentar encontrar un balance entre los derechos y las responsabilidades de los individuos, de la sociedad como un todo y los intereses y beneficios para sectores específicos tales como aquellos orientados a ingresos gubernamentales, a programas de seguridad pública, a la producción y venta, y todo esto en el cuadro global de la responsabilidad social compartida.
138. El éxito y alcance de estas políticas están influenciados por el compromiso y la constante participación de distintos sectores de la sociedad, incluyendo al gobierno, las instituciones públicas y privadas y el público en general.
139. La formulación de políticas de alcohol debe estar orientada a metas, basada en la comunidad, bien diseñada y debe abordar todo el continuum de riesgos. Esto incluye estrategias para: aumentar la salud y prevenir los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la población general; programas de prevención apuntados a grupos especiales de riesgo; detección e intervención temprana en consumidores en riesgo y consumidores excesivos; y, tratamiento y rehabilitación individualizados.<sup>30</sup>

### b. Derechos

140. La Estrategia Nacional sobre Alcohol se inserta en un marco de respeto a los derechos de las personas y busca que las instituciones, la comunidad nacional y los ciudadanos, los promuevan y protejan. Específicamente, se refieren a los derechos de:
  - a) Los niños, jóvenes y adultos a desarrollarse y vivir en seguridad y protección respecto de los riesgos y daños que pudieren sufrir, a partir del consumo nocivo de alcohol de terceras personas o de las enfermedades que se le asocian, en los ámbitos de la familia, el trabajo, los espacios públicos y otros. Lo anterior significa que los derechos de cualquier persona para consumir bebidas alcohólicas, si así lo prefiere, y de quienes están afectados por una enfermedad asociada (derechos en cuanto paciente), deben estar en equilibrio con los deberes y responsabilidades de esas mismas personas, en cuanto ciudadanos, en relación al cumplimiento de las leyes y normas, las prácticas sociales mayoritarias y el bien común.

- b) Las personas afectadas por enfermedades físicas y mentales determinadas o asociadas al consumo de bebidas alcohólicas, a tener acceso a los servicios de salud que correspondan, a seguros de salud, permisos laborales por enfermedad, beneficios previsionales y otros, de una manera en todo similar a que si estuviera afectado por cualquiera otra enfermedad.
- c) Los ciudadanos a disponer de información objetiva y confiable tanto sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad, como sobre las estrategias públicas efectivas disponibles para prevenirlas o atenuarlas a nivel de la sociedad en su conjunto.
- c. Determinantes sociales de la salud y estrategia nacional sobre alcohol
141. Los llamados determinantes sociales de la salud configuran un complejo sustrato de factores estructurales y propios del contexto social y económico, que influyen directa o indirectamente en los condicionantes de la salud y bienestar de la población y originan inequidades en los niveles de salud que ellas alcanzan. Actualmente los determinantes sociales de la salud representan una línea de investigación y acción prioritaria por parte de la OMS <sup>31-36</sup>.
142. Una propuesta sintética del modelo de determinantes sociales de la salud es el desarrollado por Solar e Irwin en el año 2005 <sup>32</sup>. Los autores dividen los determinantes sociales en estructurales e intermedios. Los primeros incluyen el contexto económico, el contexto político y la posición social. Los segundos comprenden las condiciones de vida, trabajo, los factores conductuales y biológicos y los factores psicosociales. El patrón de consumo de alcohol puede inscribirse entre los determinantes intermediarios de las condiciones de vida, ya que influye directamente en la seguridad y salud de la población. (Ver Figura I).

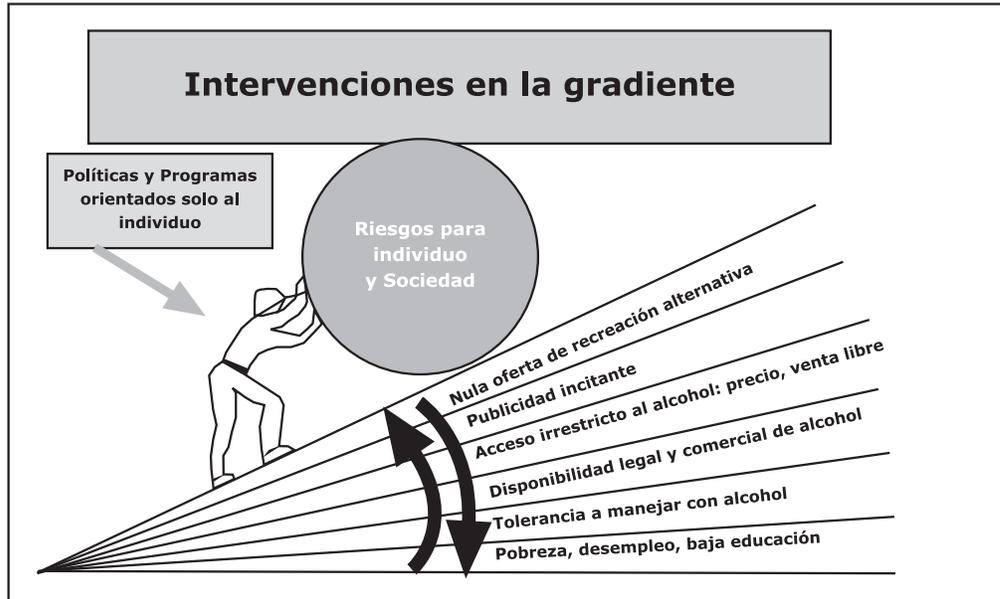
143. Figura I. Modelo de Determinantes Sociales para Alcohol.



Fuente: Modificado de: Subramanian S, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Comm Health* 2003; 57: 844-848.

144. La estructura económica y legislativa de un país actúa como determinante social del consumo de alcohol y de sus consecuencias negativas. A mayor disponibilidad, sea económica (precios bajos) o física (alto número de patentes y locales de expendio) o cultural (publicidad incitante), mayor consumo y mayor frecuencia de accidentes, violencias y de enfermedades asociadas. (Ver ANEXO 6).
145. El concepto de gradiente social como determinante social estructural, se refiere a que las circunstancias económicas y sociales, expresadas como estratificación social, influyen en los niveles de salud que alcanzan las personas a lo largo de toda la vida y, si bien es más evidente en los sectores de pobreza, se distribuye a través de todas las capas sociales. Este gradiente se expresa en una menor esperanza de vida asociada a mayor morbilidad cuando se comparan distintas sociedades<sup>36</sup>. De esta forma la gradiente social condiciona la distribución de los demás determinantes sociales así como también el consumo de riesgo y el daño secundario a alcohol.
146. El consumo de riesgo de alcohol y sus consecuencias se distribuye inequitativamente en la sociedad y se asocia con marcadores de desventaja social y económica. La relación entre posición socioeconómica y consumo de alcohol denota como el gradiente social es un determinante para el consumo de riesgo de alcohol. Las poblaciones con un menor nivel socioeconómico si bien tienen mayor frecuencia de abstemios, cuando consumen alcohol lo hacen con un patrón de mayor intensidad, lo que se expresa en mayor prevalencia de abuso y dependencia por alcohol, en cambio las personas de posición socioeconómica más alta beben con mayor frecuencia y cantidad, pero con un patrón menos dañino. Esto se refleja en que la tasa de hospitalizaciones y muertes por patologías relacionadas a alcohol se concentra con mayor fuerza en las poblaciones socioeconómicamente más deprivadas<sup>37</sup>, lo que también es posible apreciar en otras de sus consecuencias para la salud (enfermedades asociadas<sup>4</sup>, discapacidad por accidentes y violencias<sup>4, 38</sup>, menor producción económica y desempleo<sup>39, 40</sup>, alteraciones en la vida social temprana a través de la violencia intrafamiliar<sup>41</sup>, el abuso a menores<sup>42</sup> y síndrome alcohólico fetal<sup>43-45</sup>).
147. En consecuencia, una estrategia de alcohol en un país buscará intervenir en aquellas variables estructurales e intermedias que condicionan el consumo de riesgo de alcohol, especialmente pero no sólo en poblaciones vulnerables y, de esta, manera, ejercerá un efecto positivo sobre otros determinantes sociales de la salud como las condiciones de vida, de educación y trabajo y otros.
148. La acción decidida sobre los factores responsables de la gradiente social específica para el consumo de alcohol, es una meta insoslayable de una política de alcohol para Chile. De una manera esquemática, la figura siguiente muestra algunos de esos factores en la base inclinada que las personas deben recorrer para desarrollar una pauta de consumo de alcohol de menor riesgo y permite inferir acciones correctivas también específicas (generar alternativas de recreación para los individuos, asegurar espacios públicos seguros con menor disponibilidad física y económica al alcohol, proveer un marco legal coherente de protección frente a los daños potenciales del consumo de alcohol), todo ello en el contexto de políticas públicas orientadas hacia la superación de la pobreza y la inequidad y a potenciar la calidad de las condiciones de vida y salud de la población (Ver Figura II).

149. Figura II. Esquema de gradiente de riesgos del individuo y de la sociedad.



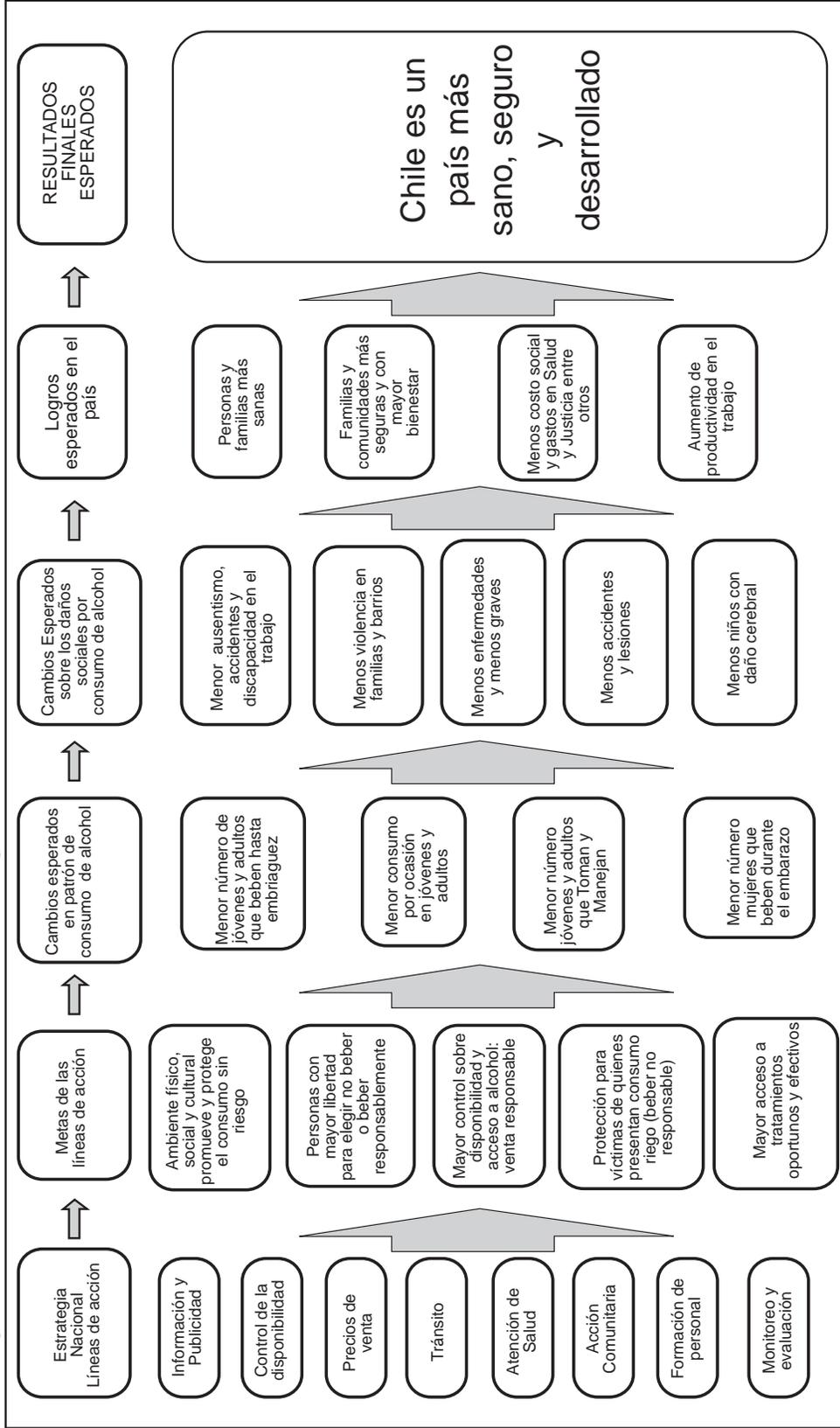
Fuente: Adaptado de presentación a Simposio "Making partners: intersectoral action for health", Utrecht, Holanda 1988.

#### d. Modelo de intervención

150. El alcohol, permanentemente presente en nuestra historia, está íntimamente ligado a representaciones y significados de la más variada naturaleza, desde asociaciones con la identidad de un país hasta vinculaciones con estatus social u otras experiencias positivas. Su uso es ampliamente aceptado y valorado en distintas circunstancias. El desafío es, por lo tanto, compatibilizar la coexistencia entre la aceptabilidad de su función social a distintos niveles y una progresiva y clara sanción social al consumo nocivo.
151. En este sentido, la Estrategia deberá modificar aquellos aspectos culturales que favorecen la convivencia nacional con el consumo de riesgo, generando decididas señales sociales y legales que demuestren y aseguren la expresión de una mayoría no visible de la sociedad que no desea seguir tolerando el consumo nocivo alcohol y que, a la vez, favorezcan espacios y prácticas para el consumo sin riesgo de alcohol.
152. Al mismo tiempo, se requerirá una mayor oferta de servicios y apoyo a aquellos que sufren de un consumo problemático de alcohol y de sus consecuencias.
153. Tomando como punto de partida la información descrita anteriormente y usando las bases del marco lógico, se elaboró un detalle de los problemas que se derivan del consumo de alcohol en la población, con particular énfasis en aquellos de mayor magnitud y alta connotación social. Posteriormente, en base a los problemas definidos, se elaboró un árbol de objetivos, los que se esperan lograr con las medidas propuestas por la Estrategia Nacional. Su resultado configura el modelo que sustenta las medidas de la Estrategia Nacional sobre Alcohol en Chile (Figura III).
154. La Estrategia reconoce que se requieren acciones que inciden sobre la población general y el contexto, social y cultural, simultáneamente con otras enfocadas a grupos especialmente vulnerables. Ellos constituirán prioridades de la Estrategia Nacional.

155. Los grupos que se propone priorizar son los siguientes:
- a) Adolescentes y jóvenes son poblaciones más vulnerables frente al consumo nocivo de alcohol. Tal como se ha mencionado, la población más joven presenta un mayor riesgo de consumo problemático de alcohol mientras más joven es la edad de iniciación del consumo. Asimismo, la publicidad ejerce un efecto en la iniciación del consumo con mayor potencia en este grupo. Cualquier daño a esta edad, en particular los asociados a violencia y accidentes, puede impactar de manera decisiva el posterior desarrollo del adolescente y su familia.
  - b) La mujer embarazada y el niño por nacer. El consumo de alcohol por parte de la madre embarazada ha demostrado tener consecuencias dañinas de corto y/o largo plazo, sin que sea posible establecer un nivel de ingestión seguro.
156. Además, serán focos de acción prioritarios de la Estrategia Nacional aquellas consecuencias negativas del consumo nocivo de alcohol que ya no son aceptables en el país y que son hoy susceptibles de modificar. Ellas son:
- a) Pérdida precoz de vidas y daño por efecto de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol. Se trata de uno de los problemas de mayor connotación social por el daño violento y el sufrimiento impotente que experimentan muchas personas y familias, víctimas inocentes de una conducta ya inaceptable: beber y conducir.
  - b) Carga y costo social asociado al consumo nocivo del alcohol. Sólo dos ejemplos altamente sensibles: la violencia familiar y criminal, y el ausentismo y la accidentabilidad laboral.
  - c) Daño a la salud y mortalidad por múltiples causas. El consumo de alcohol es el factor específico que más daño produce a la salud de la población, a través de años de vida perdidos, por muertes y por discapacidades prematuras y prevenibles.
157. De acuerdo a las prioridades señaladas se propone a continuación un modelo de intervención. Las Líneas de Acción que la Estrategia Nacional contempla (primera columna) buscan producir su efecto sobre determinadas metas (segunda columna). Los efectos resultantes se darán a distintos niveles, sobre el patrón de consumo y sobre los daños asociados (columnas 3 y 4). Todo proceso de cambio social y cultural toma tiempo y requiere de múltiples estrategias actuando en forma sinérgica y persistente, pero ello se premia con logros de beneficio colectivo (columna 5). El efecto final esperable es un Chile más seguro, desarrollado y sano (Ver III).

158. Figura III. Modelo de intervención. Estrategia Nacional sobre alcohol



Fuente: Adaptación de: Laurence Gruer. Reducing alcohol-related harm in Scotland. The evidencebase and a logic model for action. Board Meeting: 16 may 2008. HS Paper 14/08. Secretaría Técnica.

## VI. LÍNEAS DE ACCIÓN Y PROPUESTA DE MEDIDAS CONCRETAS

159. A continuación, se especifican las Líneas de Acción que propone la Estrategia Nacional sobre Alcohol y las medidas concretas que propone en cada una de ellas. Los antecedentes y evidencias que sustentan la propuesta de estas últimas se encuentran en detalle, en el ANEXO 6.

- Nº 1. Información a la población y control de la publicidad**
- Nº 2. Disponibilidad del alcohol**
- Nº 3. Impuestos al alcohol y precios de venta al detalle**
- Nº 4. Expendio de alcohol y políticas de venta al detalle**
- Nº 5. Tránsito, accidentes y consumo nocivo de alcohol**
- Nº 6. Consumo riesgoso de alcohol y atención de salud**
- Nº 7. Acción comunitaria y gobiernos locales (municipios)**
- Nº 8. Educación, formación de personal y capacitación**
- Nº 9. Monitoreo y evaluación**

### LÍNEA DE ACCIÓN Nº 1. INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y CONTROL DE LA PUBLICIDAD

160. La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone establecer y poner en marcha un potente mecanismo de información continuada tanto al público en general, como a públicos seleccionados, de modo de incrementar la base de información objetiva para las decisiones y debates que se susciten, a partir de su propia puesta en marcha. Ello incluye elementos de juicio sobre los daños sociales, económicos y de salud relacionados con el consumo de alcohol y las vías para atenuarlos.
161. El objetivo de largo plazo es fortalecer un modelo cultural que normalice la conducta de consumo de alcohol sin riesgo, incluido el no consumo o abstinencia, que desvirtúe representaciones sociales positivas de personas bajo los efectos del alcohol y que constituye un derecho de la sociedad una adecuada protección de los riesgos y daños que le significa el consumo riesgoso de alcohol de terceros.
162. La publicidad y mercadotecnia aplicada a la promoción y publicidad de las bebidas alcohólicas, ha demostrado ser efectiva en inducir el inicio de consumo en jóvenes y el aumento de consumo en aquellos que ya lo han iniciado.<sup>46</sup>

54

### Medidas concretas

#### Información a la población

163. Seleccionar y difundir los contenidos de información mínimos suficientes para que la población en general, en conocimiento de ellos, transite desde una actitud de tolerancia pasiva a otra de autoprotección y defensa de sus derechos frente a frente a los severos problemas que el consumo nocivo de alcohol ocasiona a su alrededor.
164. Organizar y ejecutar un amplio plan de promoción y difusión de la Estrategia Nacional y de su importancia como mecanismo para generar un ambiente protector contra los riesgos asociados al consumo de alcohol de riesgo. Entre múltiples instrumentos posibles, la realización de foros ciudadanos en las distintas regiones del país es uno que se ha considerado importante para la etapa inicial. También puede considerarse un sitio web interactivo, realización de seminarios y foros de carácter técnico, con aporte de evidencias y actualizaciones dirigidos a tomadores de decisiones, encuestas y estudios de opinión, etc.
165. Establecer un procedimiento para registrar, recolectar y sistematizar las conclusiones, proposiciones y sugerencias que se emitan en los diversos foros ciudadanos y reuniones temáticas a lo largo del territorio, inicialmente organizadas por las Secretarías Regionales de Salud (Seremi de Salud), de otras Seremi que se incorporen al proceso de construir la Estrategia Nacional sobre Alcohol y más adelante, por los gobiernos regionales en pleno.

166. Diseñar, acordar, establecer y financiar un sistema, un plan y un calendario de hitos y contenidos de difusión de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.
167. Diseñar, acordar, establecer y financiar un procedimiento y un plan que viabilice la comunicación continuada desde la ciudadanía y sus instituciones hacia la Estrategia Nacional sobre Alcohol y a la inversa.

#### Control de Publicidad en Alcohol

168. Disponer urgencia para proyecto de ley (aprobado en la Cámara de Diputados luego de casi 2 años de debate, actualmente en el Senado y sin discusión desde hace más de 1 año), que incluye medidas sobre advertencias en etiquetas y envases de bebidas alcohólicas y sobre publicidad y patrocinio.

169. Sus disposiciones hasta ahora sancionadas son las siguientes:

- a) Etiquetado: Etiquetas y envases deben contener el siguiente texto: "ADVERTENCIA: Beber en exceso daña su salud y puede dañar a terceros".

Además, se debe adicionar alguna de las siguientes oraciones, a elección del productor o fabricante

- I. La mujer embarazada no debe beber alcohol
- II. El consumo de alcohol disminuye su capacidad de conducir
- III. El consumo de alcohol en menores afecta su desarrollo físico e intelectual

La misma advertencia se incluirá también en toda acción gráfica y/o audiovisual.

- b) Publicidad: "La publicidad en televisión sólo podrá realizarse entre las 23 y las 06 horas. Se prohíbe la publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas en radios, entre las dieciséis y las dieciocho horas. Esto incluye: prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas en calles y carreteras, cualquier forma de publicidad comercial o no comercial, directa o indirecta de bebidas alcohólicas en actividades deportivas. Igual prohibición regirá para todos los productos, actividades o publicaciones, cualquiera sea su formato, físico o virtual, destinados a menores de edad. Los artículos deportivos destinados a ser distribuidos masivamente, tales como camisetas, uniformes u otros, y aquellos de "merchandising" vinculados a actividades deportivas, no podrán contener publicidad de bebidas alcohólicas.

170. Evaluación a corto plazo (un año) e incorporación de nuevas medidas en una segunda etapa.
171. Establecer y monitorizar compromisos de autorregulación de la industria con la autoridad reguladora. Estos compromisos deben ser de acceso público.

#### LÍNEA DE ACCIÓN N° 2. DISPONIBILIDAD DEL ALCOHOL

172. La disponibilidad física de las bebidas alcohólicas (oferta, acceso), es un factor evidente que incide en el consumo de ellas y éste, en el consumo nocivo de alcohol. A mayor oferta, mayor consumo, es una regla básica de la economía.
173. Para la Estrategia Nacional, se deben diseñar y concordar disposiciones y prácticas para que las ventas y la oferta de bebidas alcohólicas, contribuyan a que el país reduzca el consumo nocivo de alcohol.
174. La operacionalización de estas estrategias es compleja. Las medidas que aquí se proponen se refieren a la densidad, concentración y mezcla de locales de expendio, horarios de venta, y edad mínima de compra. Ellas cuentan con estudios de efectividad en la literatura internacional y/o se basan en recomendaciones generales para Chile de organismos expertos. Cada medida puede tener efectos o riesgos colaterales que también deben prevenirse, uno de ellos, es el incremento de la actividad extralegal.

## Medidas concretas

Reforzar e innovar en la legislación y normativa actual sobre expendio de alcohol

### Patentes de Alcohol

175. Establecer un conjunto de exigencias expresas, de carácter vinculante, a los poseedores de patentes de expendio en orden a que efectúen una “venta responsable” (evitando o minimizando los daños individuales y sociales, como por ejemplo: no a menores, no a intoxicados, no bullicio en la vecindad, no a promociones que faciliten acceso alcohol, otros). El monitoreo de esta medida requerirá sistematizar la información proveniente de diversas fuentes, como los juzgados de policía local, juntas de vecinos, establecimientos de salud, entre otras.
176. Disminuir el número máximo de patentes de expendio de bebidas alcohólicas, (de 1 por 600 a 1 por mil habitantes), incluyendo en ese número a todos los tipos de locales que expenden alcohol. La información detallada respecto del ciclo de vida de las patentes de alcohol debe ser incluida en la cuenta pública municipal anual.
177. Autorizar patentes de expendio de alcohol por tiempos acotados (por ejemplo, 3 a 5 años y aumentar varias veces el precio de ellas).
178. Establecer un aporte estatal suplementario a las municipalidades que disminuyan el número de patentes otorgadas.
179. Estudiar mecanismos y planes de reinserción de locatarios, en caso de reconversión productiva.
180. Estudiar la factibilidad y costo-efectividad de reubicar la instancia de otorgamiento de patentes de expendio en un nivel más centralizado, por ejemplo, gobernaciones e intendencias, de modo de lograr una planificación más orgánica de los puntos de venta.
181. Sin perjuicio de lo anterior, se requiere regular un rol más activo del gobierno regional, en el control del ciclo de vida de las patentes otorgadas por los municipios. La información detallada respecto del ciclo de vida de las patentes de alcohol debe ser incluida en la cuenta pública municipal anual.

### Fiscalización y sanciones

182. Establecer un procedimiento para centralizar la información proveniente de Juzgados de Policía Local, SEREMI de Salud, organizaciones de la comunidad y otros actores relevantes, sobre el ciclo de vida de las patentes y utilizarla formalmente para las decisiones respecto del mismo (extensión y prórroga o caducación).
183. Fortalecer la capacidad de fiscalización efectiva de los municipios respecto del cumplimiento de las exigencias del ciclo de vida de las patentes de alcohol.
184. Asignar un rol más activo a las Intendencias para colaborar, supervisar y fiscalizar las pautas a seguir por el nivel comunal.
185. Sancionar con mayor estrictez (ejemplo: caducidad de la patente, penalización) a los infractores de la normativa específica sobre expendio de alcohol a menores y sobre la presencia de menores en locales en que se expendan.

### **Horarios de venta de bebidas alcohólicas**

186. Modificar disposiciones sobre horarios que establece la Ley, manteniendo actuales disposiciones para aquellos locales en que se expendan alcohol para consumo dentro del local junto con alimentos (restaurantes y similares), y restringiendo el horario de venta en botillerías, bares y discotecas (hasta las 23 horas de domingo a jueves, y hasta las 01 del día siguiente los viernes y sábado). Esta modificación debería ser uniforme al menos a nivel regional (rol eventual de Intendencias)

### **Realizar un diagnóstico de base**

187. Estudiar las actuales características de la disponibilidad de alcohol en Chile. Deberá considerar la real densidad y distribución de locales, el grado de cumplimiento de los horarios de expendio y la venta a menores, etc. Su objetivo será determinar puntos críticos que incidan en el consumo nocivo de alcohol, considerando los daños individuales y sociales.
188. Estudiar la conveniencia y factibilidad de introducir estrategias de concentración de locales asociados a un consumo menos riesgoso de alcohol, propiciando una mayor concentración geográfica de locales de expendio para consumo dentro del local junto con comida, como por ejemplo, en el marco de un plan de desarrollo comunal o regional.

### **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 3. IMPUESTOS AL ALCOHOL Y PRECIOS DE VENTA AL DETALLE**

189. La modificación al alza de los precios a público de las bebidas alcohólicas constituye una de las medidas de política más efectivas y de sustento más consistente, para disminuir los niveles de consumo de alcohol per cápita, de riesgo y también las consecuencias negativas asociadas. La modificación de las tasas de impuestos es uno de los mecanismos posibles, pero no el único.
190. Esta área de la economía es una en la que el alza de los precios de un producto, a través de una planificación inteligente, permitiría armonizar objetivos aparentemente contrapuestos: beneficiar a los consumidores, a través de los indicadores de salud personal y de la salud pública, sin afectar la rentabilidad de los agentes económicos implicados.

### **Medidas Concretas**

#### **Obtención de información básica para toma de decisiones**

191. Realizar los estudios necesarios para disponer de información objetiva y confiable sobre dos temas básicos para la debida consideración y análisis de medidas en materia de precios e impuestos:
- a) Balance entre costos y beneficios para Chile, del consumo de alcohol en cuánto actividad económica.
  - b) Costos evitables del consumo nocivo de alcohol en Chile y costo-efectividad de las medidas necesarias para ello.

## Instancia para regulación de precios mínimos al detalle de bebidas alcohólicas

192. Establecer una instancia de análisis, asesoría y regulación económica, en la que participen uno más representantes de los Ministerios de Hacienda, Economía, Agricultura, Planificación y Salud, entre otros, con funciones a precisar en los ámbitos de:
- a) Modificación al alza o a la baja de las tasas de impuesto a las bebidas alcohólicas, dentro de un rango acotado determinado por ley (asimilable a una banda de precios) en respuesta a los efectos sobre parámetros de salud pública a determinar.
  - b) Propositiones fundadas de modificaciones legales que permitan la fijación de precios mínimos de venta al detalle para las bebidas alcohólicas de acuerdo a los principios señalados.
  - c) Fijación de precios mínimos de venta al detalle para las bebidas alcohólicas de acuerdo a la legislación.
  - d) Diseñar y mantener en operación continua un sistema de monitoreo de impactos sociales, económicos y sanitarios que produzcan la aplicación de las medidas sobre impuestos y precios, y que contribuya a la toma de decisiones.
  - e) Proponer incentivos para que las empresas productoras y comercializadoras de bebidas alcohólicas aumenten la exportación de sus productos y la diversificación de sus actividades hacia otros rubros.
  - f) Proponer formas de apoyo técnico, préstamos y subvenciones para las pequeñas y medianas empresas asociadas a la producción y comercialización de bebidas alcohólicas para que se orienten hacia la exportación de sus productos y la diversificación de sus actividades hacia otro rubro y, en todo caso, no se afecten aquellos pequeños productores que por diversas razones (suelos, clima, cepas tradicionales) no les sea viable medidas como las que aquí se proponen.

58

## Incremento del impuesto a las bebidas alcohólicas con el propósito de subir precio al detalle

193. Revisar y modificar la legislación vigente sobre impuestos de bebidas alcohólicas (Decreto Ley N° 1.606, sobre Impuesto a las Ventas y Servicios y la Ley N° 19.716, que adecúa a las Normas de la Organización Mundial de Comercio el Impuesto Adicional al IVA que grava a las Bebidas Alcohólicas. Para este efecto se proponen 2 alternativas, que generan dos resultados estimativos diferentes, en cuanto a la reducción del consumo de alcohol por la población, si al aumento de impuestos propuestos se le aplica una elasticidad conservadora de  $-0.5$ , de acuerdo a los 2 metanálisis efectuados hasta la fecha (Ver Anexo N° 6 sobre Evidencias):
- a) **Alternativa 1**, aumento diferenciado de impuestos, entre 5 a 20% según grados alcohólicos, quedando las tasas en las siguientes cifras:
    - I. Cerveza y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 0 y 9°, tasa del 20% (actualmente 15%).
    - II. Vinos, champañas, chichas, sidras y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 10 y 19°, tasa del 25% (actualmente 15%).
    - III. Licores y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 20 y 29°, tasa del 42% (actualmente 27%).
    - IV. Licores, piscos, whisky, aguardientes, destilados y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto de 30° o más, tasa del 47% (actualmente 27%).

En este caso, la proyección es una disminución del consumo del 2,5% para cerveza, 5% para vinos, 7,5% para licores de 20 a 29° y de 10% para licores de 30° y más

- b) **Alternativa 2**, aumento parejo del impuesto en un 10% para todas las bebidas alcohólicas, quedando las tasas en las siguientes cifras:
- I. Cerveza y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 0 y 9°, tasa del 25% (actualmente 15%)
  - II. Vinos, champañas, chichas, sidras y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 10 y 19°, tasa del 25% (actualmente 15%)
  - III. Licores, piscos, whisky, aguardientes, destilados y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto de 20° o más, tasa del 37% (actualmente 27%)

En este caso, la proyección es una disminución del consumo del 5 % igualitario para cerveza, vinos y licores.

### **Autorregulación de la calidad mínima de las bebidas alcohólicas a fin de alcanzar un precio mínimo alto**

194. Concordar con la industria productora un procedimiento para que ella autorregule al alza, los niveles base de calidad aceptables para el consumo interno, de manera que el precio mínimo al público, sea lo suficientemente alto como para obtener objetivos de salud pública (reducir consumo en adolescentes y en grupos de riesgo).
195. Eventualmente, considerar la utilidad y factibilidad de establecer un control de la calidad del producto, sea dentro del marco regulatorio del Reglamento Sanitario de los Alimentos (DECRETO SUPREMO N° 977/96) o de otro *ad hoc*, y así, disponer de herramientas para incidir en la elevación del precio mínimo al público.

### **LÍNEA DE ACCIÓN N° 4. EXPENDIO DE ALCOHOL Y POLÍTICAS DE VENTA AL DETALLE**

196. Las medidas propuestas en esta línea apuntan hacia las prácticas de venta de bebidas alcohólicas, sea para consumo en el lugar (restaurantes, bares, pubs y similares) o para llevar (botillerías, supermercados y similares). Su objetivo es que ellas contribuyan a la protección del cliente consumidor, los menores de edad, y a la población vecina a los locales de expendio y a la comunidad en general. Hay evidencias y experiencias muy relevantes que deben aquilatarse para determinar su modalidad de aplicación.

#### **Medidas concretas**

##### **Restricción de las promociones que incrementan las ventas a precios reducidos**

197. Regular restrictivamente la realización y publicidad de tipos de venta que involucren descuentos o regalos, entre los que se cuentan: ofertas de supermercados, regalo de bebidas alcohólicas, liquidaciones, 2x1, *happy hour*, etc. Además, prohibir estrictamente éstas actividades en eventos deportivos o que involucren a jóvenes.
198. Estudiar los efectos potenciales, factibilidad y costo-eficacia de separar a nivel de supermercados la venta conjunta de bebidas alcohólicas y de otros productos, a través, por ejemplo, de la habilitación de cajas exclusivas para el expendio de alcohol.

### **Política de expendio**

199. Diseñar e implementar una política explícita de expendio en locales, cuyas directrices se considerarán vinculantes para los locatarios, orientadas a generar progresivamente un modelo de expendio sin riesgo, denominable también "venta responsable". Podrá considerar: leyendas educativas en la carta y en las paredes del local, medidas para prevenir la embriaguez en locales de consumo al interior; prevención del conducir vehículos, luego de haber bebido alcohol; reconocimientos e incentivos a los locales que cumple la política; entrenamiento a garzones y a expendedores en estrategias de persuasión y manejo de conflictos con clientes intoxicados y otras.
200. La participación y protagonismo de los dueños y trabajadores de los locales de expendio es fundamental y deberá ser tomada en cuenta para lograr una medida de cooperación más que de imposición.

### **Diagnóstico de base y seguimiento**

201. Establecer una línea de estudios tendiente a determinar el patrón de venta en los locales, tanto para consumo dentro y fuera del local. Su objetivo será conocer puntos críticos ambientales que pudieran generar mayor consumo nocivo de alcohol a nivel nacional, por tipo de establecimiento. Los resultados de la línea base y los sucesivos seguimientos, proveerán información sobre tendencias que sustentarán las decisiones a tomar.

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 5. TRÁNSITO, ACCIDENTES Y CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL**

202. Varias de las medidas que propone la Estrategia Nacional sobre Alcohol en esta línea de acción se encuentran total o parcialmente comprendidas en proyectos de ley que modifican otros cuerpos legales, en planes de algunas instituciones del Estado o en propuestas de instituciones societarias. Ello representa una convergencia y consenso acerca de su conveniencia y oportunidad.

### **Medidas concretas**

#### **Reducir y unificar el nivel de alcoholemia legalmente permitida para la conducción de vehículos y la operación de maquinarias**

203. Se propone implementar una modificación legal de la Ley Nº 18.290, de Tránsito, que reduzca la alcoholemia permitida a 0,5 gramos por litro e incremente las sanciones para las infracciones, en particular, la suspensión de la licencia de conducir. Un período preparatorio permitirá evaluar el proceso, estudiar y concordar los criterios para armonizar la magnitud y calidad de las penas pecuniarias y aflictivas con las de otros cuerpos legales.

#### **Asegurar la efectividad de la fiscalización de los conductores que realiza Carabineros de Chile, mediante dos medidas complementarias**

204. Incrementar la frecuencia y reorientar la aplicación de los procedimientos de fiscalización, hasta alcanzar el nivel base que demuestre resultados positivos.
205. Acreditar la aplicación de la prueba de alcohol presente en el aire espirado (alcotest) realizado según un protocolo ad hoc, como prueba científica y legal suficiente, para fines procesales y administrativos. Los equipos de medición (alcotest) deberán contar, en todo momento, con una calibración adecuada y oportuna.

206. Tales procedimientos deben incluir preferentemente una fiscalización aleatoria y de alta visibilidad, de modo de incrementar la percepción de riesgo de ser fiscalizado, mecanismo que, según los estudios de efectividad, es lo que opera como medida preventiva (disuasiva).
207. La aplicación de esta medida agilizará los procedimientos de fiscalización, ahora dificultados y, en alguna medida, inhibidos por la demora en la obtención de muestras de sangre en los centros asistenciales. La tecnología de los aparatos de medición (alcoholímetros), resulta hoy en día altamente confiable, su aplicación puede ser realizada en plazos de tiempo breves - considerablemente menores que la toma de muestras de sangre- y que, si el afectado lo exige, tendría en todo caso a su alcance, la realización de una toma de muestra para una determinación de alcoholemia en sangre en lugares previamente acreditados por la Autoridad de Salud, en los que se cuente con la presencia previa de Carabineros, quienes harían de ministros de fe (servicios médicos de urgencia).
208. La justicia puede confiar hoy día en que la tecnología del alcotest es confiable tanto o más que la alcoholemia en sangre. El policía aplica un aparato que opera automáticamente, sin relación con la persona y sus conductas. Un protocolo de aplicación hará homogénea la exposición de todos los usuarios (incluirá dos aplicaciones sucesivas, separadas por 10 minutos y otras condiciones de fácil implementación).
209. La disposición legal conlleva el supuesto de que la dotación de equipos de alcotest por Carabineros será suficiente (en todo caso, considerablemente mayor que la actual disponibilidad), así como la asignación de los recursos humanos y de tiempo que demuestren un resultado suficiente, según un criterio basado en evidencias.

**Introducir, para todo conductor infractor que reincida en la conducta de conducir bajo los efectos del alcohol, la obligatoriedad de participar en una evaluación de salud dirigida a la detección y diagnóstico de beber problema y, en los casos necesarios, al tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de alcohol y a la reeducación sobre el "conductor seguro"**

210. La evaluación y tratamiento será realizada en centros de salud que hayan implementado el debido procedimiento, sujetos a una autorización sanitaria ad hoc, emitida por la Autoridad de Salud y fiscalizados por ésta. Entre sus obligaciones estará la debida y oportuna comunicación de los estados de avance del procedimiento de evaluación y tratamiento a la autoridad judicial que corresponda.
211. La reeducación sobre "el conductor seguro" podrá ser realizada por agentes de naturaleza pública (municipios, centros de salud) o privados (centros educativos, Mutuales de Seguridad, ONGs y otros), debidamente autorizados por el Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones. En el diseño, ejecución y evaluación del programa reeducativo participará la Autoridad de Salud que corresponda al territorio y velará para que se incorporen debidamente los contenidos sobre consumo de alcohol bajo y sobre los niveles de riesgo.
212. El arancel que demande la actividad de evaluación y reeducación para el "conductor seguro" será de costo del Estado.

**Incrementar la intensidad de las sanciones administrativas (suspensión de licencias de conducir) a los conductores infractores por conducir bajo los efectos del alcohol ("tomar y manejar").**

213. Las actuales disposiciones respecto de la suspensión de los permisos de conducir con motivo de las diversas infracciones de tránsito, son imprecisas en cuanto a los criterios y plazos para su imposición por los jueces y su aplicación práctica resulta muy heterogénea e incluso errática.
214. Por otra parte, la evidencia muestra que la suspensión de la licencia de conducir en forma tan inmediata como sea posible, por plazos de suspensión considerablemente mayores que los actualmente vigentes y sin eximentes ni atenuantes, es la medida disuasiva más efectiva para reducir la reincidencia de infracciones y de accidentes a posteriori.
215. La recuperación de la licencia suspendida por esta causa, tiene como requisito agregado, someterse a una instancia de evaluación y reeducación. Además, se contemplan precisos criterios para la suspensión definitiva de la licencia, ante un determinado nivel de reincidencia. Estas medidas probablemente aumentarían la eficacia en el cambio conductual buscado.
216. Las especificaciones acerca de los plazos de suspensión que aumenten la efectividad de la medida no son objeto de esta Estrategia, sino de los planes y proyectos que de ella se desprendan.
217. En su momento, se armonizará esta propuesta con las disposiciones del proyecto de licencia por puntaje. En todo caso, el endurecimiento de las sanciones basadas en la suspensión de licencias que aquí se propone, afecta a la legislación vigente la que será paralela a la que establece puntaje.

62

**Otras medidas posibles, que requieren de mayor estudio**

218. Establecer mayores exigencias en el proceso de otorgamiento y renovación de licencias de conducir, para conductores profesionales, en cuanto al patrón de consumo de alcohol y a las sanciones, si se cometen infracciones por tal causal durante el ejercicio de la función de conductor profesional, en atención a que entonces tiene la responsabilidad de la seguridad de terceros.
219. Establecer una primera licencia de menor plazo de duración para conductores menores de 20 años y primerizos a cualquier edad.

**Integrar los diversos sistemas y procedimientos de registro existentes, en un sistema nacional unificado de vigilancia epidemiológica sobre los accidentes de tránsito en general y sobre los asociados al consumo de alcohol en particular**

220. Si bien la Estrategia Nacional sobre Alcohol contará con un sistema de monitoreo y evaluación general para todas sus líneas de acción, los accidentes de tránsito cuentan ya con sistemas y registros propios que incluyen aquellos asociados al consumo de alcohol.
221. Tales sistemas de registro pueden y requieren ser perfeccionados y potenciados, mediante la unificación e integración de la información que recogen Carabineros de Chile, CONSASET, DEIS-MINSAL, Registro Civil, Servicio Médico Legal, Ministerio Público y otros si se considera necesario, incluyendo puntos de observación y procedimientos de registro adecuados para extraer una información confiable y oportuna.

222. Ambas fuentes y registro de información deberán coordinarse para ampliar sus respectivas perspectivas y evitar duplicaciones.

**Reestructurar el componente "evaluación del estado de salud" en el procedimiento de otorgamiento y/o renovación de licencias de conducir, de modo que incluya una más efectiva y confiable detección temprana de riesgos de salud asociados al consumo de alcohol**

223. El procedimiento actualmente vigente incluye una evaluación médica cuyo perfeccionamiento y fortalecimiento resulta urgente. En tal caso, podría tener una alta potencialidad para detectar precozmente no sólo el consumo riesgoso o nocivo de alcohol, sino también otras condiciones de riesgo para la conducción de vehículos.
224. Ello podría lograrse si la intervención de un médico se da en el marco de una intervención sanitaria en propiedad, probablemente en un establecimiento de salud. Ello facilitaría en el caso del consumo riesgoso de alcohol, la utilización de instrumentos de detección probados y efectivos, así como la referencia a una intervención breve sobre beber en riesgo, sea en forma voluntaria o como requisito para la autorización de la licencia.

**Priorizar y garantizar el área de la prevención de los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol en las Comisiones Regionales de Seguridad de Tránsito**

225. Las Comisiones Regionales de Seguridad de Tránsito se han ido organizando progresivamente en los últimos dos años. Son dirigidas por los Intendentes, el Seremi de Transportes ejerce el rol de coordinador regional y convocan a los sectores que se incluyen en CONASET.
226. La labor y efectividad de esta instancia de coordinación puede llegar a ser muy relevante, tanto para estudiar, informar y hacer abogacía sobre las realidades locales de riesgo para la seguridad vial, mantener un buen nivel de alerta y de comportamiento preventivo en la población de la región y activar e innovar buenas prácticas de las diversas instituciones de la región.
227. Una de sus posibles funciones debiera dirigirse al fortalecimiento y operacionalización de los hasta ahora débiles planes de prevención de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol, otorgándoles un mayor sustento estructural, recursos y apoyo de la autoridad local y nacional. La promoción de planes comunales de prevención en igual materia ha sido también una estrategia aún incipiente pero de gran potencialidad si se le asignan creatividad, sustentabilidad normativa y recursos.
228. La emisión de un informe evaluativo anual al Intendente Regional de las acciones realizadas en este ámbito por la Comisión Regional señalada, podría constituir un instrumento de evaluación técnica, política y pública que contribuya a garantizar la adecuada priorización a esta materia.

**Perfeccionar los planes de estudio de las escuelas de conductores**

229. Introducir en los planes de educación y entrenamiento que entregan las Escuelas de Conductores un módulo, sujeto a evaluación específica, sobre consumo de alcohol, sus niveles de riesgo, la influencia sobre conductor y peatón, daños del consumo sobre niveles de riesgo, estrategias para reducir el consumo y otras materias conexas

**Innovar en medidas protectoras del peatón y ciclistas bajo los efectos del alcohol**

230. La seguridad del peatón debe ser motivo de especial preocupación tanto porque es el sujeto más vulnerable, como porque en la experiencia internacional no hay mucha evidencia comunicada acerca de la efectividad de determinadas medidas de protección.
231. En términos generales, la construcción de caminos y rutas suburbanas y rurales no consideran en absoluto el obligado uso que los peatones deben hacer de sus bermas, cruces y superficies.

232. El peatón que ha bebido alcohol, en especial si está embriagado, constituye un elemento de riesgo para sí mismo y también para terceros, pero al mismo tiempo, se encuentra en una condición de vulnerabilidad aún mayor. Las medidas de protección generales para todos los peatones contribuirán también a la de aquellos que se encuentren bajo efectos del alcohol. Se requiere introducir medidas específicas para peatones bajo los efectos del alcohol.

**Medidas de prevención que requieren del concurso voluntario del sector privado**

233. Programas de "entrega las llaves", "conductor designado" y/o "transporte colectivo preasegurado", centrado en políticas de restaurantes, bares y similares, eventos y fiestas de empresas e instituciones, centros educacionales, municipales y vecinales.
234. Contenidos educativos sobre el Tomar y Manejar incluidos en los patrocinios y la promoción de productos comerciales relacionados y no relacionados con las bebidas alcohólicas.

**Incorporar el ámbito de los accidentes de tránsito en la agenda de seguridad ciudadana y entre los indicadores que se manejan para su medición y cuenta pública**

235. Las muertes y lesiones por accidentes de tránsito son más numerosas que las asociadas a violencia delictual.
236. Aunque la ciudadanía y los medios no perciban la seguridad del tránsito como parte de la percepción de seguridad – inseguridad ciudadana, las condiciones del tránsito vehicular y dentro de ellas, las asociadas a la conducción bajo efectos del alcohol, conforman objetivamente un factor relevante de menor seguridad en la vida ciudadana.
237. Las autoridades, líderes de opinión y los medios de comunicación social tienen un rol que cumplir para el uso adecuado del concepto seguridad ciudadana.

**LÍNEA DE ACCIÓN N° 6. CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL Y ATENCIÓN DE SALUD**

238. La tarea del Sector Salud se acrecienta en el marco de una Estrategia Nacional sobre Alcohol. Debe anticipar y proveer una efectiva atención a las personas afectadas por las más de 60 enfermedades influidas por el consumo de alcohol y, simultáneamente, contribuir con un sólido enfoque de salud pública a una política de Estado que enfrente un problema de país y de su gente.

**Medidas concretas**

239. Potenciar la resolutiveidad de la Atención Primaria e instalar en la APS y en su cultura institucional la detección rutinaria del nivel de riesgo en el consumo de alcohol en los consultantes y en la población inscrita, y la ejecución de intervenciones breves sobre el consumo de alcohol de riesgo. Esto implica la elaboración del protocolo correspondiente, la capacitación extensiva del personal, la implementación progresiva del procedimiento, el adecuado registro y la evaluación concurrente de proceso y resultado, que permitan las correcciones y ajustes necesarios de modo de lograr la efectividad y eficiencia necesarias.

240. La Autoridad de Salud nacional y regional proporcionará por los medios más efectivos a su alcance, un flujo de información objetiva a la comunidad general que le permita reconocer los factores y determinantes que subyacen a las conductas individuales y sociales de consumo responsable de alcohol, venta responsable de alcohol y publicidad responsable de alcohol y, además, ejercer sus derechos y deberes respecto de tales prácticas.
241. Los Servicios de Salud revisarán y adecuarán sus programas de atención de salud de la mujer, del adolescente, del adulto, del adulto mayor, de salud mental, de salud familiar, de modo de incluir un procedimiento apropiado para detectar e intervenir el consumo de alcohol de riesgo existente entre sus usuarios, proveyendo cuidado continuo a lo largo de la red de atención.
242. Los equipos del nivel de especialidad de psiquiatría y salud mental serán partícipes, sea como consultores de los equipos de APS o como tratantes, según el grado de severidad, en el plan de tratamiento de los pacientes con consumo problemático (perjudicial o dependencia). Cada vez que sea posible, tal decisión será tomada en equipo y el plan de tratamiento será ejecutado, asimismo, en equipo. Las guías clínicas, orientaciones técnicas y protocolos proveerán criterios y en algunos casos, pasos obligados, pero en general, son un referente para las decisiones que el equipo tome en una modalidad caso a caso. Ello incluye los casos cada vez más frecuentes de codependencia a alcohol y a una sustancia ilícita o de comorbilidad psiquiátrica.
243. Los programas de salud mental y de alcohol y drogas existentes en los Servicios de Salud perfeccionarán su oferta de atención a personas sancionadas por las instituciones judiciales (Juzgados de Policía Local, Juzgados de Familia, Ministerio Público) por infracciones, faltas o delitos asociados al consumo de alcohol, de manera de facilitar la rehabilitación y prevención de reincidencias en las personas así atendidas, en todo caso, cumpliendo cabalmente su rol propio y específicamente sanitario, complementario del que deben cumplir las otras instituciones involucradas en esta tarea.
244. Los programas de salud mental y de alcohol y drogas existentes en los Servicios de Salud perfeccionarán su oferta de atención a niños y adolescentes, en estrecha coordinación y colaboración con los planes comunales dirigidos a éstos y otros grupos de riesgo, de modo de hacerlos más accesibles, atractivos y flexibles, en consonancia con la cultura y necesidades de tales grupos.
245. Las Seremi de Salud colaborarán activamente con los gobiernos locales para que éstos implementen planes o acciones dirigidos a incidir tanto en los determinantes sociales, el contexto social y cultural, como en los grupos más vulnerables. Las formas de colaboración son diversas y deben adecuarse a las realidades locales. Entre otras pueden mencionarse las siguientes: proveer información actualizada, basada en evidencias, sobre las estrategias públicas más efectivas para reducir el consumo de riesgo de alcohol; contribuir a la constitución de mesas de trabajo intersectorial para la elaboración, aprobación y puesta en marcha de planes comunales sobre alcohol; identificar grupos y/o zonas de mayor vulnerabilidad y daño y facilitar el acceso a la atención que proveen las redes asistenciales comunales y de los Servicios de Salud. Especial mención merecen aquí la situación de las minorías étnicas, los hijos de alcohólicos, los migrantes, las personas en situación de calle o en otras formas de exclusión.
246. Del conocimiento e interacción que los centros formadores universitarios tengan con la Estrategia Nacional sobre Alcohol en los ámbitos docente-asistencial y de la investigación, se espera que progresiva pero rápidamente, actualicen e incorporen en la formación de los futuros profesionales de salud y la dirigida a los graduados, conocimientos y herramientas para el manejo adecuado de este problema, tanto en la población afectada, como en las acciones de salud pública.

## **LÍNEA DE ACCIÓN N° 7. ACCIÓN COMUNITARIA Y GOBIERNOS LOCALES (MUNICIPIOS)**

247. El consumo de alcohol, sus dinámicas sociales y sus problemas, ocurre mayoritariamente en el territorio comunal. Allí confluyen los sectores residenciales los locales de expendio, las vías y espacios donde se encuentran los vecinos, los amigos y los jóvenes, se realizan las fiestas y en donde se encuentran estímulos para la ingestión de alcohol.
248. Tanto el colectivo vecinal como el municipio perciben los problemas asociados al consumo de alcohol, a través de diversas señales: personas bebiendo o embriagadas en lugares públicos; aglomeraciones, bullicio o desperdicios en torno a puntos de venta; ocupación de espacios públicos por grupos que beben alcohol, generando inseguridad para quienes por allí transitan; violencia al interior de las familias; riñas y el delito en las calles; etc.
249. Cada uno de ellos configura un motivo de sufrimiento para la comunidad y una demanda de servicios a la institución municipal.
250. Una política pública como la Estrategia Nacional sobre Alcohol que busca influir los hábitos de vida y de convivencia social opera finalmente, en el entorno donde la gente vive, se reúne y se recrea.

### **Medidas concretas**

251. Revisar, con amplia participación de las autoridades municipales y de todos los actores pertinentes, la normativa legal vigente sobre funciones y competencias de los municipios, con el objetivo de proponer las modificaciones legales necesarias, que permitan conferir a los gobiernos locales un rol claro y también las atribuciones necesarias para implementar, en el nivel comunal, la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol, con el objetivo de la protección de la salud pública y la convivencia social segura en su jurisdicción.
252. Elaborar, con el concurso de los actores pertinentes, una fundamentación técnica y jurídica, que provea sustento a futuras normativas y políticas de acción social a diversos sectores, sobre distintos temas, a saber:
  - a) Políticas de venta al detalle de bebidas alcohólicas con un componente de protección a usuarios menores de edad y bebedores en riesgo
  - b) Políticas municipales sobre publicidad de bebidas alcohólicas en calles y sitios públicos y sobre promoción de bebidas alcohólicas en eventos culturales, deportivos o de recreación al que asistan menores de edad
  - c) Identificación y desarrollo de instancias y actividades que posibiliten un efectivo efecto rehabilitador a las "actividades de servicio a la comunidad" contempladas como sanciones alternativas en leyes relativas al consumo de alcohol y de drogas.
253. Crear un fondo de financiamiento al que accedan aquellas municipalidades que implementen planes comunales de carácter preventivo y reparatorio tanto sobre los ambientes de convivencia social como para con las personas. Se privilegiarían aquellos planes que utilicen este financiamiento en forma complementaria a fondos (*matching funds*) ya disponibles que el municipio recauda por concepto de multas por infracciones a la Ley N° 19.925 y de otros correspondientes a programas en ejecución con otros propósitos, pero que permiten integraciones para afrontar problemas intervinientes asociados al consumo de alcohol (de salud, educación, deportes y recreación, desarrollo comunitario, otros).
254. Generar un procedimiento que asegure que las autoridades edilicias tengan disponible una fuente de información y conocimiento amplia, actualizada y pertinente para fundamentar las estrategias comunales sobre los problemas del consumo de alcohol que decidan impulsar en el curso de su gestión.

255. Recolectar, congregar, conocer y difundir las prácticas y experiencias originadas en iniciativas de grupos, organizaciones e instituciones de base comunitaria (voluntarias, sin fines de lucro, ayuda mutua y similares), dirigidas a objetivos conexos con la reducción del consumo nocivo de alcohol, de modo de facilitar su adecuada valoración social y política, su replicación, como instrumento para incrementar la participación social en este ámbito.

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 8. EDUCACIÓN, FORMACIÓN DE PERSONAL Y CAPACITACIÓN**

256. La generalidad de los países han utilizado ampliamente a la educación como instrumento para prevenir o modificar el consumo de alcohol de riesgo, en diversas poblaciones objetivo: estudiantes de escuelas, universidades y centros de formación técnica, trabajadores, otros grupos específicos y el público en general.
257. Una amplia gama de intervenciones educacionales han sido evaluadas a nivel internacional y, si bien muestran incrementos en los niveles de información y cambios positivos en actitudes en los grupos intervenidos, sistemáticamente no han logrado mostrar evidencia consistente que demuestre cambios inmediatos o sostenidos en el tiempo, en la conducta de consumo de alcohol.
258. Aunque lo anterior resulte desalentador, la conclusión de los estudiosos es que los programas educativos deben utilizarse activamente, pero en estrecha asociación y complemento con otras medidas que incidan en la disponibilidad y el acceso al alcohol, el control de publicidad, así como priorizar las actividades entre pares y siempre involucrar a los padres.
259. Enfrentar el problema del consumo nocivo de alcohol en su correcta medida, esto es, como el primer factor de muerte y discapacidad evitables en el país, requiere un cuerpo profesional y técnico de la mayor calificación, experticia y motivación en muchos Sectores (Economía, Planificación y Desarrollo, Trabajo, Educación, Deportes y Recreación, Transportes, Gobierno Interior y Seguridad Ciudadana, los gobiernos locales de cada comuna y otros, además de Salud).
260. Así, el proceso de formación de competencias deberá incorporar acciones en la educación de nivel universitario y de post grado, en diversas carreras y disciplinas y además, la capacitación del personal en funciones de múltiples instituciones públicas y privadas.
261. Finalmente, el impulso y facilitación de la investigación es también crítica para la sustentabilidad y renovación de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

67

### **Medidas concretas**

#### **Modificaciones al currículum en educación formal, intervenciones en la comunidad educativa en su conjunto y planes de capacitación con foco en entrega de contenidos**

262. Revisión del currículum formal y elaboración de un informe con recomendaciones sobre las actualizaciones necesarias en temas relacionados con el consumo nocivo de alcohol, a fin de que sea considerado en un futuro proceso de ajuste o cambio curricular.
263. Revisión del marco curricular, programas de estudio y otros instrumentos del currículum, como textos de estudio y mapas de progreso, en relación con contenidos relativos al consumo nocivo de alcohol.

**Identificar y fortalecer sistemas de prácticas de la cultura escolar que prevengan, disminuyan o eviten el consumo nocivo de alcohol entre los miembros de la comunidad escolar**

264. Identificar aquellos sistemas de prácticas tales como los eventos periódicos, los espacios recreativos, el reglamento de convivencia, las reuniones de apoderados, el proyecto educativo institucional y el centro de estudiantes, entre otros, que representen instancias potenciales para la prevención del consumo nocivo de alcohol.
265. Elaborar y difundir directrices y orientaciones destinadas a fortalecer los sistemas de prácticas identificados, así como a modificar y erradicar aquellas que promuevan, faciliten o estimulen el consumo nocivo de alcohol.
266. Poner a disposición de las comunidades educativas estrategias, metodologías, materiales didácticos y materiales de difusión para la prevención del consumo nocivo de alcohol que, articuladas con los propósitos formativos del currículum, potencien el logro de los objetivos definidos en el currículum.
267. Complementariamente, se requiere un procedimiento de capacitación a los profesores en ejercicio y en la formación de los futuros docentes, para asegurar la calidad de la educación en esta materia.

**Intervenciones educativas piloto con foco en cambio de conductas**

268. Diseñar, ejecutar y evaluar en la dimensión de cambio conductual, intervenciones educacionales, en modalidad piloto, que propongan innovaciones metodológicas y complementación con otras medidas simultáneas, dirigidas al contexto de vida de los educandos.
269. Para esta etapa de intervenciones piloto, se proponen los siguientes entornos y énfasis:
  - a) Colegios. Desarrollar intervenciones piloto en al menos tres etapas críticas del desarrollo: pre-escolar (énfasis preventivo); primer ciclo (énfasis preventivo); media (énfasis preventivo y reducción de daño).
  - b) Universidades. En estudiantes. Énfasis: preventivo, detección precoz y reducción de daño.
  - c) Lugares de Trabajo. Énfasis: preventivo, detección y reducción de daño. Incentivo tributario a empresas que demuestren permanencia de intervenciones.

**Educación superior y técnica**

270. A nivel de la Educación Superior, en las carreras de Educación, en todas aquellas vinculadas a la Salud y en otras, se requiere incorporar entre los criterios de acreditación y re-acreditación del currículum mínimo, una instancia para profundizar y actualizar los conocimientos y competencias sobre alcohol, consumo y sus consecuencias y la necesidad de contar con medidas de control a nivel nacional.

271. Estudiar la conveniencia y factibilidad de incorporar entre los criterios de acreditación y re-acreditación de los programas y planteles de educación superior, la existencia de una política de educación, prevención y reducción de daño del consumo de alcohol a nivel de estudiantes y funcionarios. Esta política debe incorporar los criterios de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.
272. Incluir y priorizar en las diversas formas de educación continuada, perfeccionamiento y capacitación de profesionales y técnicos de la salud y de otras instituciones públicas y privadas, contenidos sobre el alcohol y sus riesgos, así como sobre intervenciones preventivas efectivas.
273. Asegurar y/o fortalecer que los programas de formación y capacitación de los profesionales de Atención Primaria de Salud y de los Servicios de Salud incluyan como una de sus prioridades el desarrollo de competencias para la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con consumo de riesgo de alcohol y con trastornos por consumo de alcohol, para participar activamente en acciones propias de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

### Otras medidas

274. Estudiar la conveniencia y factibilidad de un instituto o centro de estudios dedicado a los temas del alcohol, preferentemente como una contribución a la generación y evaluación de políticas públicas sobre el tema.
275. Procurar fuentes y mecanismos de incentivo a las actividades formativas de centros de educación superior que perfeccionen y actualicen las competencias de diversos profesionales y técnicos, para participar en sus respectivos dominios de acciones de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.
276. Procurar fuentes y mecanismos de incentivo a la investigación multidisciplinaria en temas y áreas que contribuyan al logro de los objetivos sustantivos de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

## LÍNEA DE ACCIÓN N° 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

277. Un aspecto fundamental para la eficacia de la Estrategia Nacional sobre Alcohol es desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación, que dé cuenta de los avances concretos en cada Línea de Acción y en el conjunto de ellas.
278. Para la construcción de ese sistema se proponen 4 componentes: *línea de base* de la condición inicial; determinación de *indicadores* adecuados para determinadas dimensiones (económica, social, legal, y cultural) de cada línea de acción; *protocolo de monitoreo* de cada línea de acción; *protocolo de evaluación* para la Estrategia en su conjunto y para cada Línea de Acción.

### Medidas concretas

#### Línea de base y nuevos indicadores

279. Se considerarán los indicadores estadísticos siguientes:
- Consumo per cápita de alcohol, en litros de alcohol puro en mayores de 15 años.
  - Prevalencia de bebedores de alcohol, medido como consumo en el último mes y año.
  - Consumo de alcohol de riesgo, operacionalizado como la proporción de bebedores que consume 5 o más tragos en una ocasión al menos una vez por mes.
  - Prevalencia de bebedores de riesgo, consumo problema y dependencia.
  - Número de accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.
  - Número y proporción de accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.
  - Tasas de mortalidad ajustadas de enfermedades causalmente relacionadas a alcohol (índices estandarizados por cada cien mil habitantes).
  - Costos económicos del uso de alcohol.

- i) Beneficios económicos del consumo de alcohol.
- j) Detenciones por parte de Carabineros de Chile por faltas a la Ley de alcoholes.
- k) Años de vida ajustados por discapacidad relacionados al consumo de alcohol.
- l) Fuerza de trabajo en la actividad económica del alcohol.
- m) Precio promedio de la unidad de alcohol.

280. Sin perjuicio de lo anterior, el desafío de relacionar estos indicadores globales, con las líneas de acción propuestas por la Estrategia Nacional, radica en la evaluación desagregada o local de dichos indicadores.

281. La implementación de la Estrategia se desplegará en dos frentes complementarios. Uno, que puede considerarse de fuerza centrípeta, representado por los efectos esperables a partir de medidas estructurales, económicas y legales que influyen y se transmiten hacia los gobiernos locales, barrios, familias e individuos (ejemplos: impuestos y precios de las bebidas alcohólicas; cambios en la legislación en relación con publicidad, disponibilidad, gravámenes y expendio de bebidas alcohólicas; legislación del tránsito) y un frente con fuerza centrífuga con medidas enfocadas inicialmente a aumentar la información y participación de los distintos actores sociales, ciudadanos, autoridades y directivos, instituciones políticas, sociales y administrativas, nacionales, regionales y comunales.

282. Este enfoque pretende considerar las realidades locales y la consideración del alcohol como determinante social que se distribuye inequitativamente a través de la población. Algunos indicadores complementarios a los expuestos en el primer punto son:

- a) Medición del consumo de alcohol local (estimación según ventas de alcohol a nivel local en relación a número de población mayor de 15 años) y patrón de consumo local (estimación de prevalencias de consumo a partir de encuestas comunales), considerando indicadores de consumo en riesgo.
- b) Medición de la disponibilidad física de alcohol local, a partir de la objetivación de número y densidad de puntos de venta y publicidad local.
- c) Estimación de riesgos sociales locales relacionados a alcohol: tasas de morbimortalidad, accidentes, traumatismos, violencia y delitos.
- d) Evaluación de las representaciones sociales del alcohol en la comunidad a partir de técnicas cualitativas validadas (por ejemplo teoría fundamentada).
- e) Evaluación local de la implementación y efectividad de los protocolos de salud a través de indicadores cuantitativos: número de atenciones de salud y personas atendidas; resultados medidos por parámetros clínico - sociales y de reducción del daño; eficiencia en la aplicación de los protocolos sugeridos, por ejemplo intervenciones breves.
- f) Evaluación de número de horas dedicadas a educación de consumo responsable de alcohol en establecimientos educacionales.

### **Protocolo de Monitoreo**

283. Las "medidas concretas" incluidas en cada Línea de Acción serán los objetivos a monitorear.

284. El instrumento de registro, análisis y comunicación del monitoreo podrá ser una hoja de ruta, en la cual se incorporen las fechas de los eventos, las acciones realizadas en pro de la consecución de los objetivos, la asignación de recursos, los problemas que surjan, los eventos importantes -como los objetivos logrados-, los cambios externos que incidan en los objetivos, y otras variables.

## Protocolo de Evaluación

285. Se deberá diseñar y establecer una pauta de evaluación, con indicadores globales y otros específicos para cada línea de acción según sus objetivos, que permita mediciones secuenciales y/o comparativas. Algunos ejemplos son los siguientes:
286. Para la Línea 1:
- Medición periódica del grado de conocimiento, aprobación y opinión ciudadana respecto de los mensajes de información preventiva que se utilicen para públicos masivos o selectivos.
  - Evaluación antes – después de los efectos de la eventual puesta en aplicación de las medidas restrictivas de los horarios y modalidades de publicidad que se encuentran en el Parlamento, en la opinión, información, actitud y comportamiento de la población.
  - Detenciones por parte de Carabineros de Chile por faltas a la ley de alcoholes.
287. Para las Líneas 2 y 4:
- Medición de la disponibilidad física de alcohol a partir de la objetivación de número y densidad de puntos de venta, en períodos determinados (por ejemplo, cada 5 años) y en territorios representativos de realidades diversas: urbano-rural, vecindarios, municipios, etc.
  - Mediciones cuantitativas y cualitativas de los efectos de cambios en las prácticas de venta y expendio de alcohol (horarios de venta, políticas de venta, etc.).
288. Línea 3:
- Estudios epidemiológicos de tipo “serie de tiempo” (evolución histórica) que determinen efectos de aumento del precio del alcohol (vía impuestos y fijación de precios) en morbimortalidad secundaria.
289. Línea 4:
- Medición del consumo de alcohol local (estimación según ventas de alcohol a nivel local en relación a número de población mayor de 15 años) y patrón de consumo local (estimación de prevalencias de consumo a partir de encuestas comunales), considerando indicadores de consumo en riesgo
290. Línea 5:
- Variaciones en el número y proporción de accidentes de tránsito y sus consecuencias (muertes, lesiones, otras) asociados al consumo de alcohol, según las modificaciones legales, normativas o de la intensidad de la fiscalización de las mismas, en territorios y/o momentos determinados.
  - Medir niveles de aceptación y participación, resultados inmediatos y mediatos, de la aplicación de la evaluación de salud y de actividades de reeducación a conductores infractores por conducir bajo efectos del alcohol.
  - Evaluaciones de los efectos en actitudes y comportamientos de conductores y peatones, de determinadas campañas educativas que se orientan a prevenir la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.
291. Línea 6:
- Evaluación periódica de la implementación y efectividad de los protocolos de atención salud a través de indicadores de proceso y resultado (número y características de las personas atendidas, con foco especial en jóvenes y bebedores en riesgo; niveles de rehabilitación y reducción del daño logrados; eficiencia en la aplicación de los protocolos sugeridos, por ejemplo intervenciones breves).
  - Estudio de los efectos clínicos y sociales alcanzados por programas especialmente diseñados para poblaciones específicas: minorías étnicas, hijos de alcohólicos, migrantes, personas en situación de calle.
  - Tasas de mortalidad ajustadas de enfermedades causalmente relacionadas a alcohol (índices estandarizados por cada cien mil habitantes).
  - Evaluación de las representaciones sociales del alcohol en pacientes con evolución positiva y negativa (estudio de casos críticos).

292. Línea 7:

- a) Variación en el tiempo de indicadores que marcan niveles de riesgos sociales y sanitarios asociados al consumo de alcohol, en los territorios comunales: tasas de morbilidad, accidentes, traumatismos, violencia, delitos.
- b) Evaluación de las representaciones sociales del alcohol en la comunidad a partir de técnicas cualitativas validadas.
- c) Evaluación de representaciones sociales del alcohol en miembros del equipo de salud.

293. Línea 8:

- a) Recopilación continua de los estudios que muestren resultados a partir de planes de enseñanza sobre el consumo de alcohol implementados en escuelas, universidades, lugares de trabajo u otros.

## VII.- ESTRUCTURA Y RUTA DE DESARROLLO ORGÁNICO PARA LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL

294. La Estrategia Nacional sobre Alcohol requerirá de una potente infraestructura de gestión. Ella puede incluir:

295. Organismo Rector de la Estrategia Nacional sobre Alcohol: la Estrategia Nacional sobre Alcohol es una responsabilidad del Gobierno en pleno, el que puede delegar la tareas de Rectoría en un Consejo Nacional, conformado por los Ministros de Salud, Interior, Transportes y Comunicaciones, Economía, Fomento y Reconstrucción, Educación, Trabajo, INJUV, Cultura, y de Planificación que lo presidirá.

72

296. **Secretaría Técnica Ejecutiva:** será la encargada de la ejecución y puesta en marcha de las decisiones del Consejo Nacional, de la efectiva coordinación entre los sectores participantes, de modo de asegurar que los objetivos de la Estrategia Nacional sean abordados con un balance técnico y político coherente. Asimismo, deberá interactuar con la sociedad civil, la comunidad y los distintos sectores interesados. Cada ministerio participante del Consejo, designará un representante en ella.

297. **Secretario Técnico Ejecutivo:** será designado por el Consejo Nacional a partir de una terna presentada por el Ministro de Salud.

298. La Secretaría Técnica Ejecutiva estructurará su tarea a través de **un Plan de Acción trienal**, que tenga como base un conjunto de objetivos estratégicos a los que concurren diversas instituciones y organizaciones sociales, cada una de ellas con diversos niveles de vinculación, algunas imperativas, otras opcionales y otras voluntarias. El Plan incluirá metas de conocimiento público y de rendición de cuentas públicas en plazos definidos. Además, reconocerá indicadores y procedimientos de monitoreo y evaluación periódica, que facilitarán tanto el necesario control sobre la efectividad eficiencia del Plan de Acción, como contar con la adhesión y apoyos de la ciudadanía, sus instituciones, la industria, etc.

299. La Estrategia Nacional sobre Alcohol constituye una construcción social más que una regla o decisión de política central. Para ello la participación de la comunidad y la información de la opinión pública son centrales. Si esto no se entiende así, las posibilidades de alcanzar efectividad en el objetivo principal, reducir el consumo nocivo de alcohol, son escasas.

300. Desde un comienzo se ha planteado que una Estrategia Nacional sobre Alcohol se asienta como una política de Estado en la totalidad de los Sectores del Estado y del Gobierno.
301. El rol que hasta ahora ha jugado la Autoridad de Salud Nacional (el Ministerio de Salud), ha sido el de impulsor de la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Alcohol, actuando en conjunto con representantes de otros Ministerios. En el futuro próximo, mantendrá su rol como informante y catalizador, no necesariamente rector, sin perjuicio de avanzar en la pronta ejecución de aquellas medidas en las cuales hay amplio consenso o previos desarrollos, sea en su propio campo de la Salud o prestando colaboración en otros. Ejemplos de la primera es la inclusión de la modalidad de atención llamada Intervenciones Breves en la Atención Primaria de Salud y, la evaluación y reeducación de los conductores sancionados por conducir bajo los efectos del alcohol.
302. El desarrollo orgánico de la Estrategia Nacional sobre Alcohol alude a su instalación como proceso y tarea, que se desenvuelve a través de etapas que no reconocen límites precisos entre ellas, a saber, apertura de un proceso de consultas a instituciones del mundo político, social, empresarial, laboral, académico y a la ciudadanía en general; implementación de las medidas sobre los que hay acuerdos o desarrollos suficientes (Intervenciones breves en Atención Primaria); mesas de trabajo a niveles de todos los gobiernos regionales y de algunos gobiernos comunales; inicio de estudios necesarios para la toma de decisiones de mayor envergadura (costos evitables asociados al consumo de alcohol de riesgo, carga de enfermedad en determinados grupos; opinión ciudadana sobre medidas específicas; buenas prácticas en fiscalización de expendio a menores, sobriedad de conductores y otras); estudio y preparación de proyectos de ley y de regulaciones. Para mayor detalle ver Sección de "Los pasos inmediatos".
303. La Estrategia Nacional sobre Alcohol requiere de una comunicación y diálogo continuado entre los responsables directos de su desarrollo, constituidos en una instancia pública y de transparente ejercicio, y la comunidad en general, sus miembros en forma individual, los grupos organizados, las instituciones y organizaciones sociales públicas y privadas.
304. A este respecto, se pueden observar experiencias con buenos resultados, llevadas a cabo por otros países y culturas, cuya aplicabilidad a Chile debe ser objeto de una cautelosa evaluación.
305. La Secretaría de Salud y Bienestar de Escocia, por ejemplo, realizó una amplia consulta pública presentando su Estrategia Nacional y recogió un cuerpo importante de insumos desde las 472 respuestas recibidas, que constituyeron un documento anexo de esta última. Entre otros aspectos sometidos a consulta se encuentran la promoción de bebidas alcohólicas a precios reducidos, información de utilidad para los padres, aumento de la edad permitida para comprar bebidas alcohólicas, implantación de una cuota o arancel de responsabilidad social a las ventas de alcohol y varias otras.<sup>49</sup>
306. El gobierno de Australia también impulsó en una temprana etapa una consulta pública sobre su proyecto de Estrategia de alcohol 2006–2009. Un documento "diseñado para estimular el debate" se incluyó en un sitio web del Departamento de Salud y Envejecimiento y se publicitó extensamente invitando a enviar opiniones y *feedback*. Además, documentos impresos fueron enviados a audiencias específicas. Se recogieron respuestas de 23 foros en el país, 600 formularios de respuestas, 42 opiniones por escrito, y 10 respuestas por la web. Todos estos fueron insumos para la elaboración del documento definitivo.<sup>50</sup> Experiencias similares se recogen en Nueva Zelanda e Inglaterra.<sup>51,52</sup>
307. La construcción de alianzas con responsables claves en los diversos sectores de la vida social es también una recomendación que se repite en los países que han ensayado políticas o planes dirigidos a atenuar los problemas asociados al consumo de alcohol.<sup>53</sup>

- 308.No cabe duda que la colaboración, mutua comprensión y respeto es la vinculación deseable entre los sectores de gobierno y del estado y el sector privado vinculado a la actividad económica del alcohol. Se incluye aquí al sector ligado a la producción de bebidas alcohólicas; a la comercialización de ella, al por mayor y al detalle; a la hospitalidad, el turismo y la recreación; a la publicidad y la promoción. En el caso de Chile, hay ya ejemplos significativos que pueden servir de puntos de partida, en las definiciones de responsabilidad social empresarial, en la autorregulación de la publicidad que no utiliza modelos menores de edad, en mensajes insertos en la publicidad que alude a opciones responsables, particularmente no conducir si se ha bebido, o en la conformación de una asociación de productores e importadores con el objetivo de promover el beber responsable (APROCOR).
- 309.Hay ejemplos internacionales que la industria, en particular el sector de los grandes productores, puede exhibir en materia de autorregulación de la publicidad y marketing, iniciativas educativas y de apoyo o financiamiento a otras de prevención de riesgos. Una reciente publicación que los representa, establece también que hay horizontes muy amplios para innovar en acciones de la industria por reducir el consumo nocivo de alcohol y que los caminos de colaboración con las instituciones de gobierno y de otros sectores son los más efectivos y deseables de recorrer.<sup>54</sup>

## VIII. LOS PASOS INMEDIATOS Y CONCLUSIONES

- 310.La Estrategia Nacional sobre Alcohol se proyecta como una política permanente, cuya primera etapa de acuerdo nacional e instalación se estima en 10 años.
- 311.Sus objetivos y los esfuerzos que demandará, configuran un **"Desafío Bicentenario"**. Sus frutos, si se tiene éxito, lo que parece perfectamente posible, pueden llegar a ser un hito relevante en el desarrollo y la trayectoria del país.
- 312.En esta sección final se especifica un horizonte de acciones próximas y previsibles, a partir de la entrega del presente documento a la consideración de las respectivas autoridades:
- a) Análisis y aprobación por la Autoridad de Salud, condición básica para el inicio del proceso de consultas.
  - b) Inicio de un proceso de consultas a instituciones del mundo político, social, empresarial, laboral, académico y comunitario
  - c) Las instancias de consulta serán públicas, en ocasiones abiertas y en otras acotadas a niveles territoriales, temáticos, institucionales y otros.
  - d) Las respectivas conclusiones serán registradas y sistematizadas. Los participantes en las instancias de consulta recibirán retroalimentación con los resúmenes y conclusiones.
  - e) Hacia finales de la etapa se consolidará un cuerpo de opiniones, propuestas y sugerencias que será difundida a nivel nacional (Duración prevista: marzo a septiembre del 2010)
  - f) Implementación y/o agilización de aquellas medidas sobre las que hay acuerdos o desarrollos suficientes: Intervenciones breves en Atención Primaria; constitución de mesas de trabajo a niveles de todos los gobiernos regionales y de algunos gobiernos comunales con el objetivo de conocer y aplicar la Estrategia Nacional en esos niveles de jurisdicción; impulso a la tramitación de proyectos de ley ya en consideración del Parlamento y otras.
  - g) Conformación del organismo rector y coordinador de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.
  - h) Preparación e inicio de estudios que contribuirán a llenar brechas de información necesarias para la toma de decisiones de mayor envergadura: balance actualizado de costos-beneficios del consumo de alcohol en cuanto actividad económica; costos evitables asociados al consumo de alcohol de riesgo; precisar la magnitud de la carga de enfermedad debida al consumo de alcohol en determinados locus: daños en el feto y sus expresión en el desarrollo psicosocial del niño, enfermedades crónicas no transmisibles de mayor frecuencia, enfermedades profesionales; incidencia del consumo de alcohol en la productividad laboral; niveles de percepción de seguridad inseguridad vecinal en relación a puntos de venta de bebidas alcohólicas, etc.

- i) Preparación de proyectos de ley, regulaciones y ordenanzas sobre aquellos temas que han estado recibiendo opiniones, respetando los aportes cualitativos, y sometiéndolos a la decisión democrática de los organismos competentes. Entre otros se pueden adelantar los siguientes: nuevo encuadre, más estricto, respecto de la concurrencia de tomar y manejar; modernización y adecuación del proceso de otorgamiento de licencias de conducir; nuevo encuadre del proceso de otorgamiento de patentes de expendio de bebidas alcohólicas; reconsideración de las atribuciones que las leyes le confieren a los municipios para ejercer controles sobre la disponibilidad de bebidas alcohólicas en sus territorios y otras.
  - j) Primera evaluación de proceso de la Estrategia Nacional sobre Alcohol (Fecha estimada: Noviembre 2010).
  - k) Elaboración de Plan de Acción global trienal 2011-2013 (Fecha estimada: Noviembre 2010).
313. El presente documento ha delineado el marco de propuestas que han parecido técnicamente aconsejables y factibles a los participantes del Comité Interministerial, para su elevación a las autoridades políticas del país.
314. Una de las propuestas instrumentales que se hace es la de iniciar un proceso de consultas amplio y reflexivo con todos los sectores, que constituya un ejercicio de información, toma de conciencia y decisión democrática, respecto de los caminos para reducir el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias.
315. El proceso de consultas, aprobación e implementación de la Estrategia Nacional sobre Alcohol estará marcado por un intenso y probablemente apasionado debate que mostrará las diversas aproximaciones al problema.
316. Ello es necesario y bueno y enriquecerá el marco de propuestas. Además dirimirá lo que es posible de lo que es postergable y de lo que será descartable.
317. El proceso que ahora se inicia será largo, complejo y difícil, pero su conclusión exitosa ciertamente posibilitará un Chile con mayores niveles de desarrollo humano, económico y social.

**IX.- REFERENCIAS**

1. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*. 2005;18 (4/5):241-8.
2. Orpinas P VM, Pemjeam A, Florenzano R, Nogueira R, Hernández J. Validación de una escala breve para la detección de beber anormal (EBBA). Santiago, Chile; 1991.
3. Association AP. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. 4th ed: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.
4. MINSAL. Segundo Estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible, Chile 2007: Departamento de Epidemiología. Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud. Chile; 2007.
5. Rehm J, Patra J, Baliunas D, Popova S, Roerecke M & Taylor B. Alcohol consumption and the global burden of disease, 2002. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse; 2006. Monteiro MG. Alcohol and public health in the Americas: a case for action. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2007.
7. WHO. Base Mundial de Datos
8. Carlini-Cotrim B. Country profile on alcohol in Brazil. In: Riley LM, M, editor. *Alcohol and public health in 8 developing countries*. Geneva: World Health Organization; 1999. p. 13-35.
9. WHO. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
10. Consorcio para la Encuesta Mundial de Salud Mental; 2004.
11. INE. Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (ENUSC): Instituto Nacional de Estadísticas; 2007
12. INJUV. Quinta Encuesta Nacional de Juventud: Instituto Nacional de la Juventud, Chile; 2007.
13. Presentación a Comisión de Salud. Senado de la República. Valparaíso, Chile: Asociación de Viñas de Chile A.G.; 2006.
14. Boletín Mensual: Banco Central; 2010 Enero.
15. MINSAL. Impacto Económico del Uso de Alcohol en Chile: MINSAL (CHILE); 1998.
16. Trucco M, Rebollo P, Bustamante M, González X, Acuña G, Correa A. Detección de consumo de alcohol y drogas en accidentes graves del trabajo. *Boletín Científico, Asociación Chilena de Seguridad*. 1999.
17. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J et al. The Costs of Substance Abuse in Canada 2002: Highlights. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2006.
18. WHO-OPS. Guía Internacional para vigilar el consumo del Alcohol y sus consecuencias sanitarias: World Health Organization; 2000.
19. WHO. Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Abuse: World Health Organization; 2004.
20. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Romei R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow R. *Alcohol, No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford; 2003.
21. Frequently asked questions: California Department of Alcoholic Beverage Control.
22. Babor TF, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 Oct-Nov;18(4-5):327-37.
23. Rehm J, et al. Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002: Centre for Addiction and Mental Health 2008.
24. Collins D, Lapsley H, Brochu S, Easton B, Perez-Gomez A, Rehm J & Single E. *International Guidelines for the Estimation of the Avoidable Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Health Canada; 2006.
25. WHO. Towards a global strategy to reduce harmful use of alcohol. Discussion paper for regional technical consultations on harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization 2009.
26. Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J. Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2006 Nov;25(6):553-65.
27. Brand DA, Salsana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med*. 2007 Apr;4(4):e151.
28. Giesbrecht N, McAllister J. From a blueprint to a building: Challenges and resources for implementing alcohol policy frameworks. 35th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Copenhagen, Denmark; 2009.
- 29.: Departamento de Salud, Promoción y Protección; 2007.
30. CCSA. Guiding principles for substance abuse policy. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2006. p. 1-8.
31. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001 Aug;30(4):668-77.
32. Subramanian SV, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Nov;57(11):844-8.
33. WHO. Towards a conceptual Framework for analysis and action on the social determinants of Health. Ginebra: World Health Organization; 2005.
34. WHO. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. Ginebra: World Health Organization; 2005.
35. WHO. Determinantes sociales de la salud: Subsana las desigualdades en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
36. WHO. Social determinants of health: The solid facts. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
37. Marmot M. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010; 2009.
38. Chaloupka FJ, Saffer H., Grossman M. Alcohol-control policies and motor-vehicle fatalities. *J Legal Stud*. 1993;22(161-86).
39. Ohsfeldt RL, Morrissy MA. Beer taxes, workers compensation, and industrial injury. *Rev Econ Stat*. 1997;79:155-60.
40. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(3):CD003024.
41. Markowitz S. The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse. *Southern Econ J*. 2000;67:279-303.

42. Markowitz S, Grossman M. The effects of beer taxes on physical child abuse. *J Health Econ.* 2000 Mar;19(2):271-82.
43. Aros S. Exposición fetal a alcohol. *Rev Chil Pediatr.* 2008;79 (1):46-50.
44. Aros S, Mills JL, Torres C, Henriquez C, Fuentes A, Capurro T, et al. Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (> or = 48 g) of alcohol per day. *Subst Use Misuse.* 2006;41(2):183-97.
45. Nazer J. Anomalías congénitas estructurales en el recién nacido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile.* 2002;13 (3).
46. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet.* 2009 Jun 27;373(9682):2234-46.
47. Giesbrecht N. Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions. *Addiction.* 2007 Sep;102(9):1345-9.
48. Foxcroft D. Alcohol misuse prevention for young people: A rapid review of recent evidence; 2006.
49. SCOTLAND. Changing Scotland's Relationship with Alcohol: A Framework for Action: The Scottish Government; 2009.
50. AUSTRALIA. National Alcohol Strategy 2006 - 2009. Towards Safer Drinking Cultures: Ministerial Council on Drug Strategy; 2006.
51. NEW-ZEALAND. National Alcohol Strategy 2000-2003. Wellington, New Zealand: Alcohol Advisory Council of New Zealand and Ministry of Health 2001
52. ENGLAND. Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy. London: Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills and Department for Culture, Media and Sport; 2007.
53. WHO-EUROPA. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. 2006.
54. Working together to reduce harmful drinking. International Center for Alcohol Policies. Washington DC: Routledge; 2010.

## I. RESUMEN EJECUTIVO\*

- I. Chile no quiere continuar asistiendo pasivo y resignado ante los daños, sufrimientos y pérdidas que el consumo nocivo de alcohol ocasiona a su gente, a su tejido social, convivencia y desarrollo, especialmente ahora cuando dispone de información suficiente sobre las medidas que son efectivas para modificar tal situación.
- II. Este es el tema y objetivo que trata la Estrategia Nacional sobre Alcohol. Luego de desplegar una visión panorámica de la información disponible, propone al país, sus autoridades, sus instituciones y a la población en general, un conjunto de líneas de acción que permitirían reducir sustancialmente en los próximos 10 años el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias.
- III. Por la dimensión y alcances de la tarea, lo propone como un genuino Desafío Bicentenario para Chile.
- IV. 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, el aporte en divisas e impuestos genera importantes ingresos fiscales.
- V. Por otra parte beber alcohol más allá de ciertos límites, origina efectos dañinos a quien lo hace, pero a diferencia de todo otro producto o mercancía, no sólo afecta a éste, sino también a terceras personas y a todo el cuerpo social en su conjunto.
- VI. Si bien Chile tiene un consumo per cápita promedio calificado por estándares internacionales como medio (8,2 litros de alcohol puro por habitante mayor de 15 años, al año), el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes lo hace ubicarse entre las naciones con alto grado de riesgos y daños derivados.
- VII. Patrón de consumo de riesgo se refiere a beber en cantidades que exceden límites que son manejables por el organismo (3 y 4 unidades estándar de alcohol o “tragos” para la mujer y el hombre respectivamente, hasta 5 días en la semana) o en forma de consumo episódico excesivo (más de 5 tragos en una sola ocasión); beber hasta alcanzar niveles de intoxicación o embriaguez (cualquier grado de incoordinación motora); beber en situaciones en las que pequeñas cantidades originan riesgo para sí mismo o para terceros (conducción de vehículos o maquinarias, durante el embarazo, por menores de edad, en el trabajo).

---

Este resumen presenta las principales ideas de la “Estrategia Nacional sobre Alcohol”. Para mayor precisión y profundidad, favor dirigirse al documento extendido y a sus anexos. Los números de los párrafos son independientes de los presentados en el documento extendido.

- VIII. La rápida transición desde el consumo problema tradicional chileno (principalmente entre los hombres, hasta la embriaguez, los fines de semana), hacia el patrón de consumo de riesgo, observable en un número creciente de personas, en particular la juventud, más la incorporación de la mujer al consumo habitual, la presión de la oferta y publicidad de bebidas alcohólicas, la débil fiscalización de la venta a menores y otros factores de contexto, parecen explicar en buena medida, la incómoda posición relativa de Chile en comparación con naciones que aún con mayores consumo de alcohol per cápita, muestran menos daños y consecuencias negativas.
- IX. La proporción de personas que beben alcohol en el último mes, un indicador de consumo regular, se mide bienalmente en Chile desde el año 1994. Luego de crecer fuertemente desde la primera medición (38,6%) hasta el 2002 (58,1%), muestra una estabilización (hasta el 2006) e incluso un descenso en el 2008 (49,8%), aunque esta tendencia deberá demostrar su consistencia en próximas mediciones.
- X. De una población general que declara beber alcohol el último mes, una de cada ocho personas presenta probable abuso de alcohol (5 o más síntomas clínicos). Sin embargo, en el grupo etario de 19 a 35 años, uno de los grupos más importantes en términos productivos, la razón se eleva al doble (uno de cada cuatro).
- XI. En la población general mayor de 15 años, una persona de cada 6 (16%) presenta uno o más problemas en los ámbitos de salud, familiar o laboral derivados de su hábito de consumo (beber problema). Y esto es 5 veces más frecuente en los hombres que entre las mujeres.
- XII. Uno de los indicadores de riesgo, tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual, es una experiencia ya presente en el 12% de los escolares entre Octavo Básico y Cuarto Año Medio, con una progresión muy rápida entre 1º medio (1 de cada 13 alumnos) a 3º medio (1 de cada 6).
- XIII. La seguridad del ciudadano en las rutas y caminos aparece seriamente amenazada por el consumo de alcohol. En un lapso de 8 años (2000 - 2008), poco más del 8% de todos los siniestros de tránsito y sobre el 20% de todas las muertes inmediatas (dentro de las 24 horas) ocurren bajo la influencia del alcohol en peatones, conductores o pasajeros. De una manera similar, 1 de cada 2 muertes inmediatas en siniestros de tránsito son producto de atropellamientos y de éstas, 1 de cada 5 veces, el peatón mostró alcoholemias positivas. En una perspectiva más amplia, con un mayor número de fuentes e incluyendo todas las muertes, no sólo las inmediatas, la tendencia de la mortalidad por accidentes de tránsito en Chile continúa incrementándose.
- XIV. Una medición de crítica relevancia es la que hace el Segundo Estudio de la Carga de Enfermedad en Chile, con información del 2007, que demuestra que la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática se encuentran entre las 5 primeras enfermedades generadoras de años de vida perdidos por muerte y discapacidad prematura y evitable. Las enfermedades cardíacas, hipertensivas, las enfermedades depresivas unipolares, las enfermedades de la vesícula, los accidentes de tránsito, enfermedades de ansiedad y la condición de violencia, son otras que, con diferencias entre ambos sexos, son otras que encabezan el listado. Varias de éstas se asocian a consumo de alcohol.

- XV. Por otra parte, el consumo de alcohol fue identificado como el factor de riesgo aislado, entre 16 estudiados, que explica por sí solo la mayor proporción de años de vida perdidos, por discapacidad y muerte prematuras (12%). El factor de riesgo que le sigue, la obesidad, aporta un 6%, la hipertensión arterial algo menos, y en menor nivel, el consumo de sal, el tabaco, la glicemia elevada y otros.
- XVI. Por otra parte, si bien los sectores de mayores ingresos consumen en volumen, más alcohol que los de menores ingresos, son estos último los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol. Las medidas a implementar deben tener presente este inadvertido factor de inequidad asociado al consumo de alcohol.
- XVII. A la ciudadanía le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública. Los estudios muestran que hasta 1 de cada 14 delitos de alta connotación social (homicidios, violaciones, lesiones) se cometen bajo efectos del alcohol. La frecuencia es más alta al estudiar delitos por separado, donde se asocia a 1 de cada 6 homicidios y a 1 de cada 4 lesiones.
- XVIII. Asimismo, el país y su gente aspira a continuar avanzando y dar pasos definitivos en su desarrollo económico y social y alcanzar niveles comparables a países industrializados.
- XIX. Sin embargo, un estudio sobre los costos que ocasiona el consumo nocivo de alcohol, realizado en 1998, determinó que aquellos fueron 4 veces los ingresos que redituó la actividad económica del alcohol al país. Las cifras, en moneda de 1995, pueden ser muy distintas a las que hoy día se obtendrían (casi 3.000 millones de dólares o 209 dólares per cápita año), pero fueron equivalente a un 3,4 % del PIB de ese año. Ello incluye costos indirectos (menor productividad del trabajador, cuando es un bebedor problema, por muerte prematura y ausentismo) y costos directos (gastos en salud, policía, accidentes, destrucción de activos). Los beneficios económicos, por su parte, alcanzaron los US\$ 602 millones o US\$ 59 per cápita (exportaciones, fuerza de trabajo ocupada, impuestos).
- XX. Aunque el balance y la relación entre daños y beneficios no parece haber cambiado en Chile, y sus resultados no son demasiado distintos de los que se encuentran en otros países que han realizado investigaciones similares, es altamente conveniente una actualización de esta información. La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone en una de sus líneas de acción la realización de este estudio para el año 2010, adicionando un enfoque de costos evitables.
- XXI. Los instrumentos que Chile se ha dado en el 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.
- XXII. Lo anterior es especialmente evidente en el manejo de la información en el gobierno municipal. 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 se juegan su implementación. Y en una materia compleja como la del alcohol, esto supone una muy buena articulación de actores e instituciones, entre otras, el concejo municipal, los juzgados de policía local, los departamentos de desarrollo comunitario, ambiente, seguridad ciudadana, salud, etc.

- XXIII. La presente Estrategia busca relevar el rol del nivel municipal, así como el regional, optimizando ciertos procedimientos administrativos que contribuyan a la efectividad del marco regulatorio existente.
- XXIV. La variable más determinante para iniciar ahora una política de Estado con renovado enfoque, es la fuerte evidencia sobre efectividad que acumulan determinadas medidas estratégicas, en la investigación evaluativa internacional. Un estudio relevante es el realizado por un destacado grupo de investigadores, quienes analizaron 34 estrategias distintas, para luego ordenarlas en los siguientes ámbitos: disponibilidad física de las bebidas alcohólicas, impuestos y precios, contexto de ingesta de alcohol, educación y persuasión, promoción del alcohol, contramedidas de la conducción e ingesta de alcohol y tratamiento e intervenciones tempranas.
- XXV. Nuevos estudios y numerosas publicaciones han confirmado que las medidas específicas que han mostrado mayores efectos e influencia sobre la conducta de consumo de riesgo, tanto en la población general como en los grupos más vulnerables, son: (a) disminuir la disponibilidad física de bebidas alcohólicas, mediante la fijación de horas y días de venta al público, localización y densidad racional de los locales de expendio, fiscalización estricta de la prohibición de venta a menores de edad; (b) reducir la disponibilidad económica mediante mecanismos que incrementen el precio de las bebidas alcohólicas; (c) reducción de los niveles de alcoholemia permitida para conducir vehículos, control policial de sobriedad de conductores en forma aleatoria, sanciones con énfasis y estrictez en la suspensión de licencias de conducir; (d) detección activa de bebedores en riesgo e intervención temprana (“Intervención Breve”).
- XXVI. La recomendación de los expertos y también la experiencia de aquellos países que han implementado estrategias nacionales sobre alcohol, como Australia, Escocia, Nueva Zelandia, apunta a que se debe actuar simultáneamente para influir tanto sobre el consumidor y grupos en riesgo, como sobre la población general y el contexto social y cultural. Un interesante estudio de simulación en Canadá llegó a estimar reducciones de alrededor del 18% en mortalidad y en carga de enfermedad, por el efecto de implementar conjuntamente una reducción de la alcoholemia legal al 0,5%, aumentar la edad legal para venta de alcohol de los 18 a 21 años, implementar Intervenciones Breves para con los bebedores de riesgo y aumentar impuestos.
- XXVII. En el caso de Chile, las líneas de acción que se proponen también apuntan no sólo a los consumidores, sino también al mercado y al contexto. No parece justo hacer recaer sobre el individuo toda la responsabilidad de beber en niveles de riesgo. 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 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”.
- XXVIII. El consumo nocivo de alcohol no sólo afecta a Chile. La globalización de la información, de los mercados y de los aspectos de la cultura relativos a la transacción de bienes de consumo, coincide con un incremento en el consumo de alcohol y en los problemas asociados en muchas naciones que hasta hace poco tiempo mostraban un patrón cultural de ingestión moderada.

- XXIX. La OMS, vigilante y orientadora de la salud mundial, alarmada frente a la influencia del alcohol en la carga de enfermedad global y en determinadas Regiones y países, reactivó su rol protagónico en el campo del consumo del alcohol e inició un proceso de construcción progresiva de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, la que será considerada y votada por la Asamblea Mundial de Salud del 2010. Este es un encuadre y estímulo para la Estrategia chilena en la materia.
- XXX. La Estrategia Nacional sobre Alcohol que se propone para Chile hace referencia, finalmente, a un marco de respeto a los derechos, (a) de los niños, jóvenes y adultos a desarrollarse y vivir en seguridad y protección respecto de los riesgos y daños que pudieren sufrir, a partir del consumo nocivo de alcohol de terceras personas y (b) el derecho de las persona afectadas por enfermedades físicas y mentales determinadas o asociadas al consumo de bebidas alcohólicas, a tener acceso a los servicios de salud y otros beneficios, de una manera en todo similar a que si estuviera afectado por cualquiera otra enfermedad.
- XXXI. Los focos de acción prioritarios de la Estrategia Nacional son:
- a) los adolescentes y jóvenes, por su especial vulnerabilidad biológica y psicosocial frente al alcohol;
  - b) la mujer embarazada y el niño por nacer, susceptible de daños persistentes, de diversa cuantía;
  - c) las vidas perdidas o dañadas precozmente por efecto de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol,
  - d) el costo social asociado al consumo de alcohol en áreas especialmente sensibles como la violencia, familiar y criminal, y el ausentismo y la accidentabilidad laboral;
  - e) la incidencia del consumo de alcohol en múltiples enfermedades y la carga de enfermedad que origina.
- XXXII. La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone 9 Líneas de Acción y en cada una de ellas, una serie de medidas concretas (un cuadro resumen de ellas se encuentra en el ANEXO 1). Ellas son:
- N° 1. Información a la población y control de publicidad
  - N° 2. Disponibilidad del alcohol
  - N° 3. Impuestos al alcohol y precios de venta al detalle
  - N° 4. Expendio de alcohol y políticas de venta al detalle
  - N° 5. Tránsito, accidentes y consumo nocivo de alcohol
  - N° 6. Consumo de riesgo de alcohol y atención de salud
  - N° 7. Acción comunitaria y gobiernos locales (municipios)
  - N° 8. Educación, capacitación y formación de personal
  - N° 9. Monitoreo, evaluación y seguimiento
- XXXIII. Con la puesta en marcha conjunta y progresiva de tales líneas de acción, se podrán hacer avances hacia metas exigentes pero necesarias para modificar la convivencia de los chilenos con el alcohol:
- a) ambiente físico, social y cultural más protector que promueva un consumo de alcohol sin riesgo;
  - b) personas con mayor libertad para elegir no beber alcohol o beber en niveles sin riesgo;
  - c) mayor control sobre disponibilidad y acceso a las bebidas alcohólicas;
  - d) mayor protección a víctimas del consumo nocivo de alcohol;
  - e) mayor acceso a tratamiento oportuno de las personas afectadas.

- XXXIV. Algunos resultados intermedios que deberán estar sujetos a monitoreo constante, se expresan en cambios en los patrones de consumo de grupos de riesgo: menor número y proporción de jóvenes y adultos que beben hasta la embriaguez, 5 o más tragos por ocasión, que beben y conducen y menor número de mujeres que beben durante el embarazo. Estos cambios a su vez generan consecuencias sociales positivas, al reducir los niveles de ausentismo y accidentabilidad laboral, de violencia en familias y barrios, de carga de enfermedad y el número de niños con daños o disfunciones cerebrales.
- XXXV. En definitiva, será posible un Chile más sano, seguro y desarrollado, gracias a logros mediatos de gran dimensión: personas y familias más sanas, comunidades más seguras y confiadas, menor costo social y menores gastos en salud, justicia y otros y mayor productividad en el trabajo.
- XXXVI. La Estrategia Nacional sobre Alcohol requerirá de una potente infraestructura de gestión, que puede incluir un Organismo Rector donde se asienta la responsabilidad del Gobierno en pleno, a la manera de un Consejo Nacional, conformado por diversas Secretarías de Estado, además de la de Salud y presidido por el Ministerio de Planificación. Además, una Secretaría Técnica Ejecutiva: encargada de la ejecución y puesta en marcha de las decisiones del Consejo Nacional, de la efectiva coordinación entre los sectores participantes y la interlocución con la sociedad civil, la comunidad y los distintos sectores interesados.
- XXXVII. El desarrollo orgánico de la Estrategia Nacional sobre Alcohol requiere de una instalación como proceso y tarea, que se desenvuelve a través de etapas que no reconocen límites precisos entre ellas. En todo caso, la primera etapa comprende un proceso acotado de consultas a instituciones del mundo político, social, empresarial, laboral, académico y a la ciudadanía en general, del que surgirán nuevos y novedosos enfoques, propuestas y cautelas, todas ellas útiles y necesarias.
- XXXVIII. La formulación del documento de Estrategia Nacional sobre Alcohol en Chile coincide con el cambio de la administración del Estado a otra coalición de gobierno. Este escenario podría constituirse en una oportunidad aún mejor, dado que del análisis objetivo de las propuestas en ella contenidas, se constatará que constituye una vía de desarrollo global para el país y de salud y seguridad de su gente, propósitos que persigue todo nuevo gobierno.

# ANEXO 1

## CUADRO RESUMEN MEDIDAS CONCRETAS DE CADA LÍNEA DE ACCIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL

78

LÍNEA DE ACCIÓN N°1. INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y CONTROL DE PUBLICIDAD....	79
LÍNEA DE ACCIÓN N°2. DISPONIBILIDAD DEL ALCOHOL.....	81
LÍNEA DE ACCIÓN N°3. IMPUESTOS AL ALCOHOL Y PRECIOS DE VENTA AL DETALLE.....	83
LÍNEA DE ACCIÓN N°4. EXPENDIO DE ALCOHOL Y POLÍTICAS DE VENTA AL DETALLE.....	85
LÍNEA DE ACCIÓN N°5. TRÁNSITO, ACCIDENTES Y CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL.....	86
LÍNEA DE ACCIÓN N°6. CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO Y ATENCIÓN DE SALUD.....	90
LÍNEA DE ACCIÓN N°7. ACCIÓN COMUNITARIA Y GOBIERNOS LOCALES(MUNICIPIOS)....	92
LÍNEA DE ACCIÓN N°8. EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL.....	93
LÍNEA DE ACCIÓN N°9. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	95

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
1	<p><b>INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Organizar y ejecutar un amplio plan de promoción y difusión de la Estrategia Nacional y de su importancia como mecanismo para generar un ambiente protector contra los riesgos asociados al consumo de alcohol de riesgo.</li> <li>● Seleccionar los contenidos de información mínimos suficientes para que la población en general, en conocimiento de ellos, transite desde una actitud de tolerancia pasiva frente a los severos problemas que el consumo nocivo de alcohol ocasiona a su alrededor a una de autoprotección y defensa de sus derechos frente a tales problemas y sus determinantes</li> <li>● Diseñar, acordar, establecer y financiar un sistema, un plan y un calendario de hitos y contenidos de difusión de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.</li> <li>● Establecer un procedimiento para registrar, recolectar y sistematizar las conclusiones, proposiciones y sugerencias que se emitan</li> <li>● Diseñar, acordar, establecer y financiar un procedimiento y un plan que viabilice la comunicación continuada desde la ciudadanía y sus instituciones hacia la Estrategia Nacional sobre Alcohol y a la inversa.</li> </ul> <p><b>CONTROL DE PUBLICIDAD EN ALCOHOL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponer urgencia para proyecto de ley que incluye medidas sobre advertencias en etiquetas y envases de bebidas alcohólicas y sobre publicidad y patrocinio.</li> <li>● Evaluación a corto plazo (1 a 2 años) e incorporación de nuevas medidas en una segunda etapa.</li> <li>● Establecer y monitorizar compromisos de autorregulación de la industria con la autoridad reguladora. Estos compromisos deben ser de acceso público.</li> </ul>	<p>Entre múltiples instrumentos posibles, la realización de foros ciudadanos en las distintas regiones del país es uno que se ha considerado importante para la etapa inicial. También puede considerarse un sitio web interactivo, realización de seminarios y foros de carácter técnico, con aporte de evidencias y actualizaciones dirigidos a tomadores de decisiones, encuestas y estudios de opinión, etc.</p> <p>Los diversos foros ciudadanos y reuniones temáticas a lo largo del territorio, organizadas inicialmente organizadas por la Seremi de Salud, de otras Seremi que se incorporen al proceso de construir la Estrategia Nacional sobre Alcohol y más adelante, por los gobiernos regionales.</p> <p>Aprobado en la Cámara de Diputados luego de casi 2 años de debate, actualmente en el Senado y sin discusión desde hace más de 1 año. Sus disposiciones hasta ahora son las siguientes:  Etiquetado: Etiquetas y envases deben contener el siguiente texto: "ADVERTENCIA: Beber en exceso daña su salud y puede dañar a terceros". Opcionales: "La mujer embarazada no debe beber alcohol", "El consumo de alcohol disminuye su capacidad de conducir", "El consumo de alcohol en menores afecta su desarrollo físico e intelectual". La misma advertencia se incluirá también en toda acción gráfica y/o audiovisual.</p> <p>Publicidad: "En TV sólo podrá realizarse entre las 23 y las 06 horas. Se prohíbe la publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas en radios, entre las dieciséis y las dieciocho horas. Esto incluye: prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas en calles y carreteras, cualquier forma de publicidad comercial o no comercial, directa o indirecta de bebidas</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
		<p>alcohólicas en actividades deportivas. Igual prohibición regirá para todos los productos, actividades o publicaciones, cualquiera sea su formato, físico o virtual, destinados a menores de edad. Los artículos deportivos destinados a ser distribuidos masivamente, tales como camisetas, uniformes u otros, y aquellos de “<i>merchandising</i>” lados a actividades vincu deportivas, no podrán contener publicidad de bebidas alcohólicas.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
<b>2</b>	<p><b>REFORZAR E INNOVAR EN LA LEGISLACIÓN Y NORMATIVA ACTUAL SOBRE EXPENDIO DE ALCOHOL</b>  <b>Patentes de Alcohol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer un conjunto de exigencias expresas, de carácter vinculante, a los poseedores de patentes de expendio en orden a que efectúen una “venta responsable”). El monitoreo de esta medida requerirá sistematizar la información proveniente de diversas fuentes, como los juzgados de policía local, juntas de vecinos, establecimientos de salud, entre otras.</li> <li>● Disminuir el número máximo de patentes de expendio de bebidas alcohólicas</li> <li>● Autorizar patentes de expendio de alcohol por tiempos acotados</li> <li>● Establecer un aporte estatal suplementario a las municipalidades que disminuyan el número de patentes otorgadas.</li> <li>● Estudiar mecanismos y planes de reinserción de locatarios, en caso de reconversión productiva.</li> <li>● Estudiar la factibilidad y costo-efectividad de reubicar la instancia de otorgamiento de patentes de expendio en un nivel más centralizado, por ejemplo, gobernaciones e intendencias, de modo de lograr una planificación más orgánica.</li> <li>● Sin perjuicio de lo anterior, se requiere regular un rol más activo del gobierno regional, en el control del ciclo de vida de las patentes otorgadas por los municipios.</li> </ul> <p><b>Fiscalización y sanciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer un procedimiento para centralizar la información proveniente de Juzgados de Policía Local, SEREMI de Salud, organizaciones de la comunidad y otros actores relevantes, sobre el ciclo de vida de las patentes y utilizarla formalmente para las decisiones respecto del mismo.</li> <li>● Fortalecer la capacidad de fiscalización efectiva de los municipios respecto del cumplimiento de las exigencias del ciclo de vida de las patentes de alcohol.</li> <li>● Asignar un rol más activo a las Intendencias para colaborar, supervisar y fiscalizar las pautas a seguir por el nivel comunal.</li> </ul>	<p>Evitando o minimizando los daños individuales y sociales, ejemplo: no a menores, no a intoxicados, no como porbullicio en la vecindad, no a promociones que faciliten acceso alcohol, otros.</p> <p>De 1 por 600 a 1 por mil habitantes, incluyendo en ese número a todos los tipos de locales que expenden alcohol. La información detallada respecto del ciclo de vida de las patentes de alcohol debe ser incluida en la cuenta pública municipal anual.  Por ejemplo, 3 a 5 años y aumentar varias veces el precio de ellas).</p> <p>Extensión y prórroga, o caducación.</p> <p>Las Seremi de Salud y otras, podrían asumir el rol fiscalizador.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sancionar con mayor dureza a los infractores de la normativa específica sobre expendio de alcohol a menores y sobre la presencia de menores en locales en que se expenda.</li> </ul> <p><b>Horarios de venta de bebidas alcohólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Modificar disposiciones sobre horarios que establece la Ley.</li> </ul> <p><b>REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DE BASE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estudiar las actuales características de la disponibilidad de alcohol en Chile. Deberá considerar la real densidad y distribución de locales, el grado de cumplimiento de los horarios de expendio y la venta a menores, etc. Su objetivo será determinar puntos críticos que incidan en el consumo nocivo de alcohol, considerando los daños individuales y sociales.</li> <li>● Estudiar la conveniencia y factibilidad de introducir estrategias de concentración de locales asociados a un consumo menos riesgoso de alcohol, propiciando por ejemplo, una mayor concentración geográfica de locales de expendio para consumo dentro del local junto con comida, en el marco de un plan de desarrollo comunal o regional.</li> </ul>	<p>Ejemplo: caducidad de la patente, penalización</p> <p>Manteniendo actuales disposiciones para aquellos locales en que se expenda alcohol para consumo dentro del local junto con comida (restaurantes), y restringiendo el horario de venta en botillerías, bares y discotecas (hasta las 23 horas de domingo a jueves, y hasta las 01 del día siguiente los viernes y sábado). Esta modificación deberá ser uniforme al menos a nivel regional (Intendencias)</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">3</p>	<p><b>OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA PARA TOMA DE DECISIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar los estudios necesarios para disponer de información objetiva y confiable sobre dos temas básicos para la debida consideración y análisis de medidas en materia de precios e impuestos</li> <li>● Establecer una instancia de análisis, asesoría y regulación económica, en la que participen un representante de los Ministerios de Hacienda, Economía, Agricultura, Planificación y Salud, entre otros, con funciones a precisar en variados ámbitos.</li> <li>● Revisar y modificar la legislación vigente sobre impuestos de bebidas alcohólicas (Decreto Ley N° 1.606, sobre Impuesto a las Ventas y Servicios y la Ley N° 19.716, que adecúa a las Normas de la Organización Mundial de Comercio el Impuesto Adicional al IVA que grava a las Bebidas Alcohólicas.</li> </ul> <p><b>AUTORREGULACIÓN DE LA CALIDAD MÍNIMA DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS A FIN DE ALCANZAR UN PRECIO MÍNIMO ALTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La propia industria productora autorregula los niveles de calidad mínimos aceptables para el consumo interno, de manera que el precio mínimo al público, sea lo suficientemente alto como para obtener objetivos de salud pública (reducir consumo en adolescentes y en grupos de alto riesgo).</li> <li>● Considerar la utilidad y factibilidad de establecer un control de la calidad del producto, dentro del marco regulatorio del Reglamento Sanitario de los Alimentos (DECRETO SUPREMO N° 977/96) u otro ad-hoc, y así, disponer de herramientas para incidir en la elevación del precio mínimo al público.</li> </ul>	<p>Por ejemplo: Balance entre costos y beneficios para Chile, del consumo de alcohol en cuánto actividad económica; Costos evitables del consumo nocivo de alcohol en Chile y costo-efectividad de las medidas necesarias para ello; Instancia para regulación de precios mínimos al detalle de bebidas alcohólicas.</p> <p>Ámbitos: Modificación al alza o a la baja de las tasas de impuesto a las bebidas alcohólicas, dentro de un rango legalmente acotado; modificaciones legales que permitan la fijación de precios mínimos de venta al detalle para las bebidas alcohólicas de acuerdo a los principios señalados; fijación de precios mínimos de venta al detalle para las bebidas alcohólicas; sistema de monitoreo de impactos sociales, económicos y sanitarios que produzcan las medidas sobre impuestos y precios, y que contribuya a la toma de decisiones; proponer incentivos para que empresas productoras y comercializadoras de bebidas alcohólicas aumenten la exportación y la diversificación de sus actividades hacia otros rubros; proponer formas de apoyo técnico, préstamos y subvenciones para las pequeñas y medianas empresas asociadas a la producción y comercialización de bebidas alcohólicas para que se orienten hacia la exportación de sus productos y la diversificación de sus actividades hacia otro rubro y, en todo caso, no se afecten aquellos pequeños productores que por diversas razones ( suelos, clima, cepas tradicionales) no les sea viable medidas como las que aquí se proponen.</p> <p>Para este efecto se podrían considerar 2 alternativas: Alternativa 1, aumento diferenciado de impuestos, entre 5 a 20% según grados alcohólicos, quedando las tasas en las siguientes cifras: [Cerveza y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 0 y 9°, tasa del 20% (actualmente 15%); Vinos, champañas, chichas, sidras y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 10 y 19°, tasa del 25% (actualmente 15%); Licores y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 20 y 29°, tasa del 42% (actualmente 27%); Licores, piscos, whisky, aguardientes, destilados y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto de 30° o más, tasa del 47% (actualmente 27%)]. Alternativa 2, aumento parejo del impuesto en un 10% para todas las bebidas alcohólicas, quedando las tasas en las siguientes cifras [Cerveza y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 0 y 9°, tasa del 25% (actualmente 15%); Vinos,</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
		champañas, chichas, sidras y otras bebidas alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto entre 10 y 19°, tasa del 25% (actualmente 15%); Licores, , destilados y otras bebidas piscos, whisky, aguardientes alcohólicas con una graduación de alcohol absoluto de 20° o más, tasa del 37% (actualmente 27%)

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
4	<p><b>RESTRICCIÓN DE LAS PROMOCIONES QUE INCREMENTAN LAS VENTAS A PRECIOS REDUCIDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Regular restrictivamente la realización y publicidad de tipos de venta que involucren descuentos o regalos,</li> <li>● Estudiar los efectos potenciales, factibilidad y costo-eficacia de separar a nivel de supermercados la venta conjunta de bebidas alcohólicas y de otros productos, a través, por ejemplo, de la habilitación de cajas exclusivas para el expendio de alcohol.</li> </ul> <p><b>POLÍTICA DE EXPENDIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diseñar e implementar una política explícita de expendio en locales, cuyas directrices se considerarán vinculantes para los locatarios, orientadas a generar progresivamente un modelo de expendio sin riesgo, denominable también "venta responsable".</li> <li>● La participación y protagonismo de los dueños y trabajadores de los locales de expendio es fundamental y deberá ser tomada en cuenta para lograr una medida de cooperación más que de imposición.</li> </ul> <p><b>DIAGNÓSTICO DE BASE Y SEGUIMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer una línea de estudios tendiente a determinar el patrón de venta en los locales, tanto para consumo dentro y fuera del local. Su objetivo será conocer puntos críticos ambientales que pudieran generar mayor consumo nocivo de alcohol a nivel nacional, por tipo de establecimiento. Los resultados de la línea base y los sucesivos seguimientos, proveerán información sobre tendencias que sustentarán las decisiones a tomar.</li> </ul>	<p>Ejemplos: ofertas de supermercados, regalo de bebidas, liquidaciones, 2x1, <i>happy hour</i>, etc. Además, prohibir estrictamente éstas actividades en eventos deportivos o que involucren a jóvenes.</p> <p>Podrá considerar: leyendas educativas en la carta y en las paredes del local, medidas para prevenir la embriaguez en locales de consumo al interior; prevención del conducir vehículos, luego de haber bebido alcohol; reconocimientos e incentivos a los locales que cumple la política; entrenamiento a garzones y a expendedores en estrategias de persuasión y manejo del conflicto y otras.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
5	<p><b>REDUCIR Y UNIFICAR EL NIVEL DE ALCOHOLEMIA LEGALMENTE PERMITIDA PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS Y LA OPERACIÓN DE MAQUINARIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se propone implementar una modificación legal de la Ley N° 18.290, de Tránsito, que reduzca la alcoholemia permitida a 0,5 gramos por litro e incremente las sanciones para las infracciones.</li> <li>● Un período preparatorio permitirá evaluar el proceso, estudiar y concordar los criterios para armonizar la magnitud y calidad de las penas pecuniarias y aflictivas con las de otros cuerpos legales.</li> </ul> <p><b>ASEGURAR LA EFECTIVIDAD DE LA FISCALIZACIÓN DE LOS CONDUCTORES QUE REALIZA CARABINEROS DE CHILE, MEDIANTE DOS MEDIDAS COMPLEMENTARIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Incrementar la frecuencia y reorientar la aplicación de los procedimientos de fiscalización, hasta alcanzar el nivel base que demuestre resultados positivos.</li> <li>● Acreditar la aplicación de la prueba de alcohol presente en el aire espirado (alcotest) realizado según un protocolo ad hoc, como prueba científica y legal suficiente, para fines procesales y administrativos. Los equipos de medición (alcotest) deberán contar, en todo momento, con una calibración adecuada y oportuna.</li> </ul> <p><b>INTRODUCIR, PARA TODO CONDUCTOR INFRACTOR QUE REINCIDA, LA OBLIGATORIEDAD DE PARTICIPAR EN UNA EVALUACIÓN DE SALUD DIRIGIDA A LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE BEBER PROBLEMA Y, EN LOS CASOS NECESARIOS, AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y A LA REEDUCACIÓN SOBRE EL “CONDUCTOR SEGURO”</b></p>	<p>Se unifican las dos condiciones que actualmente reconoce la ley: bajo la influencia del alcohol y ebriedad, adoptando una sola denominación: “conducción bajo efectos del alcohol”.</p> <p>Tales procedimientos deben incluir preferentemente una fiscalización aleatoria y de alta visibilidad, de modo de incrementar la percepción de riesgo de ser fiscalizado, mecanismo que, según los estudios de efectividad, es lo que opera como medida preventiva (disuasiva). El objetivo de la medida es agilizar los procedimientos de fiscalización, ahora dificultados y, en alguna medida, inhibidos por la demora en la obtención de muestras de sangre en los centros asistenciales. La tecnología de los aparatos de medición resulta hoy en día altamente confiable y su aplicación puede ser realizada en plazos de tiempo breves. La justicia puede disponer hoy día de este dispositivo tanto o más que la alcoholemia en sangre. El policía aplica un aparato que opera automáticamente, sin relación con la persona y sus conductas. Un protocolo de aplicación hará homogénea la exposición de todos los usuarios (incluirá dos aplicaciones sucesivas, separadas por 10 minutos y otras condiciones de fácil implementación). La disposición legal conlleva el supuesto de que la dotación de equipos de alcotest por Carabineros será suficiente (en todo caso, considerablemente mayor que la actual disponibilidad), así como la asignación de los recursos humanos y de tiempo que demuestren un resultado suficiente, según un criterio basado en evidencias.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La evaluación y tratamiento será realizada en centros de salud que hayan implementado el debido procedimiento, sujetos a una autorización sanitaria ad hoc, emitida por la Autoridad de Salud y fiscalizados por ésta. Entre sus obligaciones estará la debida y oportuna comunicación de los estados de avance del procedimiento de evaluación y tratamiento a la autoridad judicial que corresponda.</li> <li>● La reeducación sobre “el conductor seguro” será realizada por agentes de naturaleza pública (municipios, centros de salud) o privados (centros educativos, Mutuales de Seguridad, ONGs y otros), debidamente autorizados por la Autoridad de Seguridad Vial. En el diseño, ejecución y evaluación del programa reeducativo participará la Autoridad de Salud que corresponda al territorio y velará para que se incorporen debidamente los contenidos sobre consumo de alcohol bajo y sobre los niveles de riesgo.</li> <li>● El arancel que demande la actividad de evaluación y reeducación para el “conductor seguro” será de costo del Estado.</li> </ul> <p><b>INCREMENTAR LA INTENSIDAD DE LAS SANCIONES ADMINISTRATIVAS (SUSPENSIÓN DE LICENCIAS DE CONDUCIR) A LOS CONDUCTORES INFRACTORES POR CONDUCIR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL (“TOMAR Y MANEJAR”).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La recuperación de la licencia suspendida por esta causa, tiene como requisito agregado, someterse a una instancia de evaluación y reeducación. Además, se contemplan precisos criterios para la suspensión definitiva de la licencia, ante un determinado nivel de reincidencia. Estas medidas probablemente aumentarían la eficacia en el cambio conductual buscado.</li> <li>● Las especificaciones acerca de los plazos de suspensión que aumenten la efectividad de la medida no son objeto de esta Estrategia, sino de los planes y proyectos que de ella se desprendan.</li> <li>● En su momento, se requiere armonizar esta propuesta con las disposiciones del proyecto de licencia por puntaje. En todo caso, el endurecimiento de las suspensiones de licencias se propone para la legislación vigente que será paralela a la que establece puntaje.</li> </ul>	<p>Las actuales disposiciones respecto de la suspensión de los permisos de conducir con motivo de las diversas infracciones de tránsito, son imprecisas en cuanto a los criterios y plazos para su imposición por los jueces y su aplicación práctica resulta muy heterogénea e incluso errática. Por otra parte, la evidencia muestra que la suspensión de la licencia de conducir en forma tan inmediata como sea posible, por plazos de suspensión considerablemente mayores que los actualmente vigentes y sin eximentes ni atenuantes, es la medida disuasiva más efectiva para reducir la reincidencia de infracciones y de accidentes a posteriori.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
	<p><b>OTRAS MEDIDAS POSIBLES, QUE REQUIEREN DE MAYOR ESTUDIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer mayores exigencias en el proceso de otorgamiento y renovación de licencias de conducir, para conductores profesionales, en cuanto al patrón de consumo de alcohol y a las sanciones, si se cometen infracciones por tal causal durante el ejercicio de la función de conductor profesional, en atención a que entonces tiene la responsabilidad de la seguridad de terceros.</li> <li>● Establecer una primera licencia de menor plazo de duración para conductores menores de 20 años y primerizos a cualquier edad. Integrar los diversos sistemas y procedimientos de registro existentes, en un sistema nacional unificado de vigilancia epidemiológica sobre los accidentes de tránsito en general y a los asociados al consumo de alcohol en particular</li> <li>● Tales sistemas de registro pueden y requieren ser perfeccionados y potenciados, mediante la unificación e integración de la información que recogen Carabineros de Chile, CONSASET, DEIS-MINSAL, Registro Civil, Servicio Médico Legal, Ministerio Público y otros si se considera necesario, incluyendo puntos de observación y procedimientos de registro adecuados para extraer una información confiable y oportuna.</li> <li>● Ambas fuentes y registro de información deberán coordinarse para ampliar sus respectivas perspectivas y evitar duplicaciones.</li> </ul> <p><b>Reestructurar el componente “evaluación del estado de salud” en el procedimiento de otorgamiento y/o renovación de licencias de conducir, de modo que incluya una más efectiva y confiable detección temprana de riesgos de salud asociados al consumo de alcohol</b></p> <p><b>Priorizar y garantizar el área de la prevención de los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol en las Comisiones Regionales de Seguridad de Tránsito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Una de sus posibles funciones debiera dirigirse al fortalecimiento y operacionalización de los planes de prevención de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol, que hasta ahora se han estado trabajando con debilidad, podrían así ganar en un sustento estructural, de recursos y de apoyo suficiente de la autoridad local y nacional. La promoción de planes</li> </ul>	<p>Si bien la Estrategia Nacional sobre Alcohol contará con un sistema de monitoreo y evaluación general para todas sus líneas de acción, los accidentes de tránsito cuentan ya con sistemas y registros propios que incluyen aquellos asociados al consumo de alcohol.</p> <p>El procedimiento actualmente vigente incluye una evaluación médica cuyo perfeccionamiento y fortalecimiento podría tener una alta potencialidad para detectar precozmente consumo riesgoso o nocivo de alcohol, además de otras condiciones de riesgo para la conducción de vehículos. Ello podría lograrse si la intervención de un médico se da en el marco de una intervención sanitaria, en un establecimiento de salud, que incluya la utilización de instrumentos de detección probados y efectivos, así como la referencia a una intervención breve sobre beber en riesgo, sea en forma voluntaria o como requisito para la autorización de la licencia. Así, se evaluará también el estado de salud general del postulante y en forma especializada, su compatibilidad para conducir vehículos motorizados. De esa manera el personal médico recupera su rol genuino.</p> <p>Las Comisiones Regionales de Seguridad de Tránsito se han ido organizando progresivamente en los últimos dos años. Son dirigidas por los Intendentes, el Seremi de Transportes ejerce el rol de coordinador regional y convocan a los sectores que se incluyen en CONSASET. La labor y efectividad de esta instancia de coordinación puede llegar a ser muy relevante, tanto para estudiar, informar y hacer abogacía sobre las realidades locales de riesgo para la seguridad vial, mantener un buen nivel de alerta y de comportamiento preventivo en la población de la región y activar e innovar buenas prácticas de las diversas instituciones de la región.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
	<p>comunales de prevención en igual materia ha sido también una estrategia aún incipiente pero de gran potencialidad si se le asignan creatividad, sustentabilidad normativa y recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La emisión de un informe evaluativo anual al Intendente Regional de las acciones realizadas en este ámbito por la Comisión Regional señalada, podría constituir un instrumento de evaluación técnica, política y pública que contribuya a garantizar la adecuada priorización a esta materia.</li> </ul> <p><b>Introducir en los planes de educación y entrenamiento que entregan las Escuelas de Conductores un módulo sujeto a evaluación específica sobre consumo de alcohol, sus niveles de riesgo, la influencia sobre conductor y peatón, daños del consumo sobre niveles de riesgo, estrategias para reducir el consumo y otras materias conexas.</b></p> <p><b>Innovar en medidas protectoras del peatón y ciclistas bajo los efectos del alcohol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Las medidas de protección generales para todos los peatones contribuirán también a la de aquellos que se encuentren bajo efectos del alcohol. Se requiere introducir medidas específicas para peatones bajo los efectos del alcohol.</li> </ul> <p><b>Medidas de prevención que requieren del concurso voluntario del sector privado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Contenidos educativos sobre el Tomar y Manejar incluidos en los patrocinios y la promoción de productos comerciales relacionados y no relacionados con las bebidas alcohólicas.</li> </ul> <p><b>Incorporar el ámbito de los accidentes de tránsito en la agenda de seguridad ciudadana y entre los indicadores que se manejan para su medición y cuenta pública</b></p>	<p>La seguridad del peatón debe ser motivo de especial preocupación tanto porque es el sujeto más vulnerable, como porque en la experiencia internacional no hay mucha evidencia comunicada acerca de la efectividad de determinadas medidas de protección. En términos generales, la construcción de caminos y rutas suburbanas y rurales no consideran en absoluto el obligado uso que los peatones deben hacer de sus bermas, cruces y superficies. El peatón que ha bebido alcohol, en especial si está embriagado, constituye un elemento de riesgo para sí mismo y también para terceros, pero al mismo tiempo, se encuentra en una condición de vulnerabilidad aún mayor.</p> <p>Por ejemplo: Programas de “entrega las llaves”, “conductor designado” y/o “transporte colectivo preasegurado”, centrado en políticas de restaurantes, bares y similares, eventos y fiestas de empresas e instituciones, centros educacionales, municipales y vecinales.</p> <p>Las muertes y lesiones por accidentes de tránsito son más numerosas que las asociadas a violencia delictual. Aunque la ciudadanía no perciba la seguridad del tránsito como parte de la percepción de seguridad – inseguridad ciudadana, las condiciones del tránsito vehicular y dentro de ellas, las asociadas a la conducción bajo efectos del alcohol, conforman objetivamente un factor relevante de menor seguridad en la vida ciudadana. Las autoridades, líderes de opinión y los medios de comunicación social tienen un rol que cumplir para el uso adecuado del concepto seguridad ciudadana.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Potenciar la resolutivez de la Atención Primaria e instalar en la APS y en su cultura institucional la detección rutinaria del nivel de riesgo en el consumo de alcohol en los consultantes y en la población inscrita, y la ejecución de intervenciones breves sobre el consumo de alcohol de riesgo.</li> <li>● La Autoridad de Salud nacional y regional proporcionará por los medios más efectivos a su alcance, un flujo de información objetiva a la comunidad general que le permita reconocer los factores y determinantes que subyacen a las conductas individuales y sociales de consumo responsable de alcohol, venta responsable de alcohol y publicidad responsable de alcohol y, además, ejercer sus derechos y deberes respecto de tales prácticas.</li> <li>● Los Servicios de Salud revisarán y adecuarán sus programas de atención de salud de la mujer, del adolescente, del adulto, del adulto mayor, de salud mental, de salud familiar, de modo de incluir un procedimiento apropiado para detectar e intervenir el consumo de riesgo de alcohol existente entre sus usuarios, proveyendo cuidado continuo a lo largo de la red de atención.</li> <li>● Los equipos del nivel de especialidad de psiquiatría y salud mental serán los encargados de determinar el plan de tratamiento de cada paciente con consumo problemático (perjudicial o dependencia) y, cada vez que sea posible, tal decisión será tomada en equipo y el plan de tratamiento será ejecutado, asimismo, en equipo.</li> <li>● Los programas de salud mental y de alcohol y drogas existentes en los Servicios de Salud perfeccionarán su oferta de atención a personas sancionadas por las instituciones judiciales (Juzgados de Policía Local, Juzgados de Familia, Ministerio Público) por infracciones, faltas o delitos asociados al consumo de alcohol, de manera de facilitar la rehabilitación y prevención de reincidencias en las personas así atendidas, en todo caso, cumpliendo cabalmente su rol propio y específicamente sanitario, complementario del que deben cumplir las otras instituciones involucradas en esta tarea.</li> <li>● Los programas de salud mental y de alcohol y drogas existentes en los Servicios de Salud perfeccionarán su oferta de atención a niños y adolescentes, en estrecha</li> </ul>	<p>Esto implica la elaboración del protocolo correspondiente, la capacitación extensiva del personal, la implementación progresiva del procedimiento, el adecuado registro y la evaluación concurrente de proceso y resultado, que permitan las correcciones y ajustes necesarios de modo de lograr la efectividad y eficiencia necesarias.</p> <p>Las guías clínicas, orientaciones técnicas y protocolos proveerán criterios y en algunos casos, pasos obligados, pero en general, son un referente para las decisiones que el equipo tome en una modalidad caso a caso. Ello incluye los casos cada vez más frecuentes de codependencia a alcohol y a una sustancia ilícita o de comorbilidad psiquiátrica.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
	<p>coordinación y colaboración con los planes comunales dirigidos a éstos y otros grupos de riesgo, de modo de hacerlos más accesibles, atractivos y flexibles, en consonancia con la cultura y necesidades de tales grupos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Las Seremi de Salud colaborarán activamente con los gobiernos locales para que éstos implementen planes o acciones dirigidos a incidir tanto en los determinantes sociales, el contexto social y cultural, como en los grupos más vulnerables.</li> <li>● Del conocimiento e interacción que los centros formadores universitarios tengan con la Estrategia Nacional sobre Alcohol en los ámbitos docente-asistencial y de la investigación, se espera que progresiva pero rápidamente, actualicen e incorporen en la formación de los futuros profesionales de salud y la dirigida a los graduados, conocimientos y herramientas para el manejo adecuado de este problema, tanto en la población afectada, como en las acciones de salud pública.</li> </ul>	<p>Las formas de colaboración son diversas y deben adecuarse a las realidades locales. Entre otras pueden mencionarse las siguientes: proveer información actualizada, basada en evidencias, sobre las estrategias públicas más efectivas para reducir el consumo de riesgo en alcohol; contribuir a la constitución de mesas de trabajo intersectorial para la elaboración y aprobación de planes comunales sobre alcohol; identificar grupos y/o zonas de mayor vulnerabilidad y daño y facilitar el acceso a la atención que proveen las redes asistenciales comunales y de los Servicios de Salud. Especial mención merecen aquí la situación de las minorías étnicas, los hijos de alcohólicos, las personas en situación de calle, los migrantes o en otras formas de exclusión.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revisar, con amplia participación de las autoridades municipales y de todos los actores pertinentes, la normativa legal vigente sobre atribuciones de los municipios, con el objetivo de proponer las modificaciones legales necesarias, que permitan conferir a los gobiernos locales un rol claro y también las atribuciones necesarias para implementar, en el nivel comunal, la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol, con el objetivo de la protección de la salud pública y la convivencia social segura en su jurisdicción.</li> <li>● Elaborar, con el concurso de los actores pertinentes, una fundamentación técnica y jurídica, que provea a diversos Sectores, sustento para futuras normativas y políticas de acción social, sobre distintos temas.</li> <li>● Crear un fondo de financiamiento al que accedan aquellas municipalidades que implementen planes comunales de carácter preventivo y reparatorio tanto sobre los ambientes de convivencia social como para con las personas.</li> <li>● Generar un procedimiento que asegure que las autoridades edilicias tengan disponible una fuente de información y conocimiento amplia, actualizada y pertinente para fundamentar las estrategias comunales sobre los problemas del consumo de alcohol que decidan impulsar en el curso de su gestión.</li> <li>● Recolectar, congregar, conocer y difundir las prácticas y experiencias originadas en iniciativas de grupos, organizaciones e instituciones de base comunitaria (voluntarias, sin fines de lucro, ayuda mutua y similares), dirigidas a objetivos conexos con la reducción del consumo nocivo de alcohol, de modo de facilitar su adecuada valoración social y política, su replicación, como instrumento para incrementar la participación social en este ámbito</li> </ul>	<p>Políticas de venta al detalle de bebidas alcohólicas con un componente de protección a usuarios menores de edad y bebedores en riesgo; Políticas municipales sobre publicidad de bebidas alcohólicas en calles y sitios públicos y sobre promoción de bebidas alcohólicas en eventos culturales, deportivos o de recreación al que asistan menores de edad; Identificación y desarrollo de instancias y actividades que posibiliten un efectivo efecto rehabilitador a las "actividades de servicio a la comunidad" contempladas como sanciones alternativas en leyes relativas al consumo de alcohol y de drogas.</p> <p>Se privilegiarían aquellos planes que utilicen este financiamiento en forma complementaria a fondos (matching funds) ya disponibles para programas en ejecución con otros propósitos, pero que permiten integraciones para afrontar los problemas intervinientes asociados al consumo de alcohol, si no duplican los esfuerzos de cada actor (salud, educación, deportes y recreación, desarrollo comunitario, otros) y además, con los fondos que el municipio recauda por concepto de multas por infracciones a la Ley N° 19.925.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
8	<p><b>MODIFICACIONES AL CURRÍCULUM EN EDUCACIÓN FORMAL, INTERVENCIONES EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN SU CONJUNTO Y PLANES DE CAPACITACIÓN CON FOCO EN ENTREGA DE CONTENIDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Introducir modificaciones en los currículos (currículum implementado) de la Educación pre-escolar, escolar y media, de modo de establecer como conocimiento socialmente relevante las consecuencias asociadas al consumo de alcohol y la necesidad de que las sociedades implementen medidas nacionales para su control y así facilitar un cambio cultural en la relación persona-alcohol.</li> <li>● Complementariamente, se requiere un procedimiento de capacitación a los profesores en ejercicio y en la formación de los futuros docentes, para asegurar la calidad de la educación en esta materia.</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES EDUCATIVAS PILOTO CON FOCO EN CAMBIO DE CONDUCTAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diseñar, ejecutar y evaluar en la dimensión de cambio conductual, intervenciones educacionales, en modalidad piloto, que propongan innovaciones metodológicas y complementación con otras medidas simultáneas, dirigidas al contexto de vida de los educandos.</li> </ul> <p><b>EDUCACIÓN SUPERIOR Y TÉCNICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A nivel de la Educación Superior, en las carreras de Educación, en todas aquellas vinculadas a la Salud y en otras, se requiere incorporar entre los criterios de acreditación y re-acreditación del currículum mínimo, una instancia para profundizar y actualizar los conocimientos y competencias sobre alcohol, consumo y sus consecuencias y la necesidad de contar con medidas de control a nivel nacional.</li> </ul>	<p>En los Colegios desarrollar intervenciones piloto en al menos tres etapas críticas del desarrollo: pre-escolar (énfasis preventivo); primer ciclo (énfasis preventivo); media (énfasis preventivo y reducción de daño).</p> <p>En Lugares de Trabajo. Énfasis: preventivo, detección y reducción de daño. Incentivo tributario a empresas que demuestren permanencia de intervenciones.</p> <p>Universidades. En estudiantes. Énfasis: preventivo, detección precoz y reducción de daño.</p>

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estudiar la conveniencia y factibilidad de incorporar entre los criterios de acreditación y re-acreditación de los programas y planteles de educación superior, la existencia de una política de educación, prevención y reducción de daño del consumo de alcohol a nivel de estudiantes y funcionarios. Esta política debe incorporar los criterios de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.</li> <li>● Incluir y priorizar en las diversas formas de educación continuada, perfeccionamiento y capacitación de profesionales y técnicos de la salud y de otras instituciones públicas y privadas, contenidos sobre el alcohol y sus riesgos, así como sobre intervenciones preventivas efectivas.</li> <li>● Asegurar y/o fortalecer que los programas de formación y capacitación de los profesionales de Atención Primaria de Salud y de los Servicios de Salud incluyan como una de sus prioridades el desarrollo de competencias para la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con consumo de riesgo de alcohol y con trastornos por consumo de alcohol, para participar activamente en acciones propias de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.</li> </ul> <p><b>OTRAS MEDIDAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estudiar la conveniencia y factibilidad de un instituto o centro de estudios dedicado a los temas del alcohol, preferentemente como una contribución a la generación y evaluación de políticas públicas sobre el tema.</li> <li>● Procurar fuentes y mecanismos de incentivo a las actividades formativas de centros de educación superior que perfeccionen y actualicen las competencias de diversos profesionales y técnicos, para participar en sus respectivos dominios de acciones de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.</li> <li>● Procurar fuentes y mecanismos de incentivo a la investigación multidisciplinaria en temas y áreas que contribuyan al logro de los objetivos sustantivos de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.</li> </ul>	

LÍNEA	MEDIDAS CONCRETAS	OBSERVACIONES
<h1>9</h1>	<p><b>LÍNEA DE BASE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para su determinación se considerarán diversos indicadores estadísticos</li> <li>● Sin perjuicio de lo anterior, el desafío de relacionar estos indicadores globales, con las líneas de acción propuestas por la Estrategia Nacional, radica en la evaluación desagregada o local de dichos indicadores.</li> <li>● La implementación de la Estrategia se desplegará en dos frentes complementarios. Uno, que puede considerarse de fuerza centrípeta, representado por los efectos esperables a partir de medidas estructurales, económicas y legales que influyen y se transmiten hacia los gobiernos locales, barrios, familias e individuos (ejemplos: impuestos y precios de las bebidas alcohólicas; cambios en la legislación en relación con publicidad, disponibilidad, gravámenes y expendio de bebidas alcohólicas; legislación del tránsito) y un frente con fuerza centrífuga con medidas enfocadas inicialmente a aumentar la información y participación de los distintos actores sociales, ciudadanos, autoridades y directivos, instituciones políticas, sociales y administrativas, nacionales, regionales y comunales.</li> </ul> <p><b>PROTOCOLO DE MONITOREO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Las “medidas concretas” incluidas en cada Línea de Acción serán los objetivos a monitorear.</li> <li>● El instrumento de registro, análisis y comunicación del monitoreo podrá ser una hoja de ruta, en la cual se incorporen las fechas de los eventos, las acciones realizadas en pro de la consecución de los objetivos, la asignación de recursos, los problemas que surjan, los eventos importantes -como los objetivos logrados-, los cambios externos que incidan en los objetivos, y otras variables.</li> </ul> <p><b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN</b></p> <p>Se establecerá una pauta de evaluación, con indicadores globales y otros específicos para cada línea de acción según sus objetivos, poniendo énfasis en los indicadores específicos definidos para cada línea de acción.</p>	<p><b>Estadísticos:</b> Consumo poblacional de alcohol, en litros de alcohol puro en mayores de 15 años; Prevalencia de bebedores de alcohol, medido como consumo en el último mes y año; Consumo de alcohol de riesgo, operacionalizado como la proporción de bebedores que consume 5 o más tragos en una ocasión al menos una vez por mes; Porcentaje de bebedores problema; Número de accidentes de tránsito relacionados con el alcohol; Número de víctimas fatales en accidentes de tránsito relacionados con el alcohol; Tasas de mortalidad ajustadas de enfermedades causalmente relacionadas a alcohol (índices estandarizados por cada cien mil habitantes); Costos económicos del uso de alcohol; Beneficios económicos del consumo de alcohol; Detenciones por parte de Carabineros de Chile por faltas a la Ley de alcoholes; Años de vida ajustados por discapacidad relacionados al consumo de alcohol; Fuerza de trabajo en la actividad económica; Precio promedio de la unidad de alcohol.</p> <p><b>Complementarios:</b> Medición del consumo de alcohol local (estimación según ventas de alcohol a nivel local en relación a número de población mayor de 15 años) y patrón de consumo local (estimación de prevalencias de consumo a partir de encuestas comunales), considerando indicadores de consumo en riesgo; Medición de la disponibilidad física de alcohol local, a partir de la objetivación de número y densidad de puntos de venta y publicidad local; Estimación de riesgos sociales locales relacionados a alcohol: tasas de morbimortalidad, accidentes, traumatismos, violencia y delitos; Evaluación de las representaciones sociales del alcohol en la comunidad a partir de técnicas cualitativas validadas (por ejemplo teoría fundamentada); Evaluación local de la implementación y efectividad de los protocolos de salud a través de indicadores cuantitativos: número de atenciones médicas, psicológicas y de asistencia social, individuales y grupales; resultados medidos por parámetros clínico sociales y de reducción del daño; eficiencia en la aplicación de los protocolos sugeridos, por ejemplo intervenciones breves; Evaluación de número de horas dedicadas a educación de consumo responsable de alcohol en establecimientos educacionales.</p> <p>Este enfoque pretende considerar las realidades locales y la consideración del alcohol como determinante social de efectos negativos que se distribuyen inequitativamente a través de la población.</p>

## **ANEXO 2**

### **COSTOS Y BENEFICIOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL**

96

COSTOS ASOCIADOS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.....	95
BENEFICIOS ASOCIADOS AL MERCADO DEL ALCOHOL.....	95

**COSTOS\* ASOCIADOS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL**

TIPO DE COSTO	SUBSECTOR	TOTAL
<b>COSTOS INDIRECTOS</b>		
Menor Productividad laboral		2.083
Menor Productividad bebedores problema	1.542,4	
Menor Productividad trabajadores sin problema†	540.2	
Ausentismo Laboral		497,5
Muerte Prematura		246,3
<b>COSTOS DIRECTOS</b>		
Hospitalizaciones (sólo cirrosis hepática)		20,6
Otros costos asociados a la salud		93,2
Consultas Médicas	37,43	
Laboratorio Clínico	14,34	
Imagenología	11,92	
Anatomía Patológica	2,41	
Intervenciones. Quirúrgicas	27,10	
Destrucción de activos físicos		18,6
Intervenciones Policiales		8,3
Detenciones	8,17	
Atención de accidentes	0,16	
Programas de prevención y tratamiento		
<b>COSTO TOTAL (millones us\$)</b>		<b>2.969</b>
<b>Costo Per cápita (US\$)</b>		<b>209</b>

\* Valores 1995

† Trabajadores sin problemas de ingesta de alcohol, pero que trabajan en la misma línea de producción o en proximidad con bebedores problema

**MINSAL. Impacto Económico del Uso de Alcohol en Chile: MINSAL (CHILE); 1998.****BENEFICIOS\* ASOCIADOS AL MERCADO DEL ALCOHOL**

Tipo de beneficio	Millones de pesos	Millones U\$
Mercado externo de bebidas alcohólicas		272
Generación de puestos de trabajo *	189.890	422
Recaudación tributaria por la venta e importación	47.445	119,6
<b>TOTAL</b>		<b>813,6</b>
<b>Per cápita (US\$)</b>		<b>57,27</b>

\* Valores 1995

**MINSAL. Impacto Económico del Uso de Alcohol en Chile: MINSAL (CHILE); 1998.**

## **ANEXO 3**

### **EFFECTIVIDAD DE DIVERSAS MEDIDAS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA DISMINUIR EL DAÑO RELACIONADO AL CONSUMO DE ALCOHOL: TABLAS COMPARATIVAS**

98

1.-BABOR et al (2005) Índices expertos de estrategias e intervenciones de políticas relevantes utilizadas en todo el mundo para prevenir o minimizar los problemas con el consumo de alcohol.....	128
2.- ANDERSON et al. (2009) Resumen del efecto de medidas de política pública, con nivel de evidenciade acuerdo a disponibilidad de evidencia.....	131

## ÍNDICES EXPERTOS DE ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DE POLÍTICAS RELEVANTES UTILIZADAS EN TODO EL MUNDO PARA PREVENIR O MINIMIZAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

INTERVENCIÓN	EFFECTIVIDAD <sup>a</sup>	COSTO <sup>b</sup>	COMENTARIOS
<b>REGULACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD FÍSICA</b>			
Prohibición total de ventas	+++	Alta	Efectos secundarios sustanciales del mercado negro que es caro de eliminar. Inefectiva sin fiscalización
Edad mínima legal de adquisición de OH	+++	Baja	Reduce la ingesta nociva, pero no elimina el consumo. Efectiva con una fiscalización mínima, aunque una mayor fiscalización aumenta su efectividad
Racionamiento	++	Alta	Afecta particularmente a los bebedores excesivos; difíciles de implementar.
Monopolio Gubernamental de las ventas al detalle	+++	Baja	Efectiva sólo si se opera a nivel de salud pública y con objetivos sanitarios públicos
Restricciones en horas y días de venta	++	Baja	Efectiva en ciertas circunstancias
Restricciones en la densidad de los puntos de venta	++	Baja	Necesita un periodo de tiempo más largo para su implementación si los establecimientos se han concentrado debido a intereses económicos creados
Responsabilidad legal del vendedor	++	Baja	Las leyes que responsabilizan legalmente a los expendedores por daños causados por sus clientes intoxicados, se aplican casi solamente en Norteamérica
Disponibilidad diferencial según grados de alcohol	++	Baja	Probado principalmente en cervezas
<b>APLICACIÓN DE IMPUESTOS</b>			
Impuestos al alcohol	+++	Baja	La efectividad depende de la supervisión y control gubernamental en la producción y distribución de alcohol. Los impuestos altos pueden conducir a un aumento de contrabando y de la producción ilícita
<b>ALTERACIÓN DE IMPUESTOS DE INGESTA</b>			
Políticas para no servirle a clientes intoxicados	+	moderada	La capacitación por si sola no es suficiente. La fiscalización en terreno es esencial para su efectividad
Capacitación de equipos de venta y servicio para	+	moderada	La efectividad depende del monitoreo continuo de incidentes críticos

prevenir y manejar de mejor manera la agresión			
Códigos voluntarios de práctica en bares	0	Baja	Inefectiva sin fiscalización
Fiscalización de las regulaciones en materia de ventas y expendio restaurantes y bares	++	Alta	El cumplimiento depende del grado de fiscalización
Promoción de actividades libres de alcohol	0	Alta	Evidencia principalmente de programas alternativos de jóvenes
Movilización comunitaria	++	Alta	La sustentabilidad de cambios no ha sido demostrada
<b>EDUCACIÓN Y PERSUASIÓN</b>			
Educación sobre alcohol en los colegios	0	Alta	Puede aumentar los conocimientos y cambiar la actitud, pero no tiene un efecto sostenible en la conducta de ingesta de alcohol
Educación en estudiantes de nivel medio	0	Alta	Puede aumentar los conocimientos y cambiar la actitud, pero no tiene un efecto en la ingesta de alcohol
Avisos de servicio público	0	Moderada	Mensajes de ingesta alcohólica responsable no impiden la existencia de bebedores excesivos; es posible que los mensajes que refuerzan el apoyo público a políticas más efectivas, sean más fructíferas
Etiquetas de advertencia	0	Baja	Aumentan la conciencia pero no modifican el comportamiento
<b>REGULACIÓN DE LA PROMOCIÓN DEL ALCOHOL</b>			
Prohibición de publicidad	+ <sup>d</sup>	Baja	Con fuerte oposición de la industria de bebidas alcohólicas; la pueden evadir reubicando los productos en la TV y en películas
Controles sobre los contenidos de la publicidad	?	Moderada	A menudo sujeta a acuerdos de autorregulación de la industria, que escasamente se fiscaliza o monitorea
<b>CONTRAMEDIDAS PARA LA CONDUCCIÓN E INGESTA DE ALCOHOL</b>			
Puntos de control de sobriedad	++	Moderada	Los efectos de las campañas de la policía son normalmente a corto plazo
Pruebas de alcohol en el aliento al azar	++	Moderada	Implementación bastante cara. Su efectividad depende del número de conductores afectados directamente
Límites más bajos de concentración de alcohol en la sangre	+++	Baja	La disminución corresponde a menores niveles (por ej. 0.05% - 0.02%), pero aún insignificante
Suspensión administrativa de la licencia	++	Moderada	Muy efectiva como elemento de disuasión (duración prolongada, permite sanción inmediata, sin atenuantes)

Baja concentración de alcohol en la sangre para conductores novatos ("tolerancia cero")	++	Baja	La evidencia de su efectividad proviene principalmente de Australia y los Estados Unidos
Licencia gradual para conductores novatos	++	Baja	Los estudios demuestran que las disposiciones de "tolerancia cero" previenen que los conductores novatos conduzcan después de haber ingerido alcohol
Conductores designados y servicios de transporte	0	Moderada	Puede aumentar la conciencia del riesgo y influir en un reducido número de conductores embriagados, pero no tiene un impacto global en los accidentes de tránsito
<b>TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN TEMPRANA</b>			
Intervención breve en bebedores en alto riesgo	++	Moderada	Los profesionales de la atención primaria de salud pueden adquirir capacitación y disponer del tiempo adecuado para llevar a cabo detecciones e intervenciones breves.
Tratamiento de los problemas relacionados al alcohol	+	Alta	El alcance en la población es reducido, debido a que la mayoría de los países tienen establecimientos limitados para el tratamiento
Asistencia de autoayuda y de grupo	+	Baja	Complemento o alternativa costo efectiva viable para el tratamiento formal en varios países
Tratamiento obligatorio de infractores reincidentes que conducen en estado intoxicados	+	moderada	Las propuestas que implican castigo y coerción tienen efectos limitados en el tiempo, y algunas veces distraen la atención de intervenciones más efectivas

**Adaptada de: Babor TF, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. Rev Panam Salud Pública. 2005 Oct-Nov;18(4-5):327-37. Babor et al. también es responsable de los índices expertos.**

**a** La efectividad global representa un resumen de tres índices evaluativos elaborados por Babor et al. (1). Estos tres eran: (1) el grado hasta el cual la evidencia científica respalda la efectividad de una intervención en particular; (2) el alcance de la investigación de apoyo, esto es, la cantidad y coherencia de la evidencia; y (3) el grado hasta el cual la evidencia se aplica de igual modo en distintos países, grupos culturales y clases sociales. Los índices se elaboraron de acuerdo a la siguiente escala: 0 = la evidencia indica una falta de efectividad; + = hay evidencia de efectividad limitada; ++ = hay evidencia de efectividad moderada; +++ = hay evidencia de un alto grado de efectividad; ? = no se han realizado estudios o no hay evidencia suficiente como para formular una conclusión.

**b** Hace mención a los costos monetarios y otro tipo de costos asociados con una intervención, sin tener en cuenta su efectividad.

**c** Estudios econométricos revelan que las prohibiciones publicitarias generan efectos, pero los estudios directos sobre los impactos a corto plazo, generalmente no han encontrado ningún efecto sobre el consumo global de alcohol.

<b>RESUMEN DEL EFECTO DE MEDIDAS DE POLÍTICA PÚBLICA, CON NIVEL DE EVIDENCIA DE ACUERDO A DISPONIBILIDAD DE EVIDENCIA</b>		
	<b>EVIDENCIA DEL EFECTO</b>	<b>NIVEL</b>
<b>Educación e información</b>		
Educación escolar	Algunos efectos positivos en un mayor conocimiento y mejores actitudes, pero sin efecto sostenido en el comportamiento. Una RS de 14, identificó 59 programas de alta calidad, de los cuales sólo en 6 era posible mostrar alguna evidencia de efectividad	1
Programas para padres	Una RS de 14 programas para padres mostró reducciones el uso de alcohol sólo en 6	2
Programas de marketing social	Una RS mostró 8 de 13 estudios con efectos significativos sobre el uso de alcohol a corto plazo (12 meses), cuatro de siete estudios con algún efecto a 1-2 años. Y 2 de 4 con algún efecto más allá de los dos años. (Algunos de los descritos no son estrictamente programas de marketing social, y otras revisiones han catalogado a estos programas como infectivos)	2
Campañas de información pública	Escasa investigación científica; estudios aislados, generalmente demuestran efectividad.	5
Contrapublicidad	Escasa investigación científica; resultados no concluyentes	5
Guías del "buen beber"	Sin evidencia científica publicada	6
Advertencias sanitarias	RS de la experiencia en EE.UU mostró cierto efecto en la intención de cambiar la conducta al beber, pero sin efecto en el comportamiento real.	2
<b>Respuestas del sector salud</b>		
Intervenciones breves	Un MA de la efectividad de las intervenciones breves para consumo riesgoso y dañino de alcohol mostró un efecto positivo en el consumo de alcohol, mortalidad, morbilidad, lesiones asociadas a alcohol, consecuencias sociales asociadas a alcohol, uso de recursos de salud e indicadores de laboratorio de consumo dañino de alcohol. Una RS de 12 estudios mostró que una combinación de programas educativos y de consejería incrementaban los rangos de pesquisa y consejería proporcionadas por los médicos de atención primaria de un 32 a un 45%	1 2
Terapia cognitivo-conductual para la dependencia de alcohol	Efectiva. Una RS de 17 estudios de entrenamiento en autocontrol conductual encontró una medida de efecto combinada de 0,33 para reducir el consumo de alcohol y dificultades relacionadas al alcohol	2
Benzodiazepinas para abstinencia de alcohol	Efectivas. Una RS de 57 estudios mostró un RR de 0,16 (95% IC 0,04-0,69) para convulsiones comparada con placebo	1
Inhibidores del glutamato para dependencia de alcohol	Efectivos. Una RS de 17 reportó un RR de prevalencia puntual de abstinencia de 1,4 (95% IC 1,24-1,59) a los 6 meses y 1,62 (1,37-1,92) a los 12 meses	1
Antagonistas de opiáceos para dependencia de alcohol	Efectivos. Una RS de 29 ECR reportó una reducción significativa en la recaída, al menos en el corto plazo (3 meses) (RR 0,64 [95% IC 0,51-0,82])	1
<b>Programas comunitarios</b>		
Promoción en los medios	Escasa investigación científica; pero una promoción en los medios puede conducir a incrementar la atención sobre el alcohol en la agenda política y pública	5
Intervención comunitaria	Evidencia de efectividad en enfoques sistemáticos que coordinan recursos de la comunidad para implementar políticas efectivas, cuando son sustentadas por medidas de mejoramiento.	5
Política laboral	Una RS mostró pequeña evidencia de efectividad en cambios en las normas de beber y en reducción del consumo dañino.	2

<b>Reducción del daño</b>		
Entrenamiento de personal de bares, prácticas de servicio responsables, y diseño orientado a la seguridad como premisa	Poca efectividad. Una RS detectó pequeño efecto con apoyo policial y de inspectores de licencias	2
<b>Reducción del efecto en salud pública de la producción de alcohol ilegal e informal</b>		
Alcoholes sustitutos e informales	Alguna experiencia en reducción del daño relacionado al alcohol, por, por ejemplo, no permitir el uso de metanol como agente desnaturalizante	5
Fiscalización estricta de etiquetado	Alguna evidencia de efectividad procedente de otras sustancias psicoactivas (tabaco)	5

Traducido de: Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2234-46.

Niveles de evidencia: 1=más de una revisión sistemática; 2=una revisión sistemática; 3=dos o más ensayos clínicos randomizados; 4=un ensayo clínico randomizado; 5=evidencia observacional; 6=no investigada

RS=Revisión Sistemática. MA=Metanálisis. RR=Riesgo Relativo. ECR=Ensayo Clínico Randomizado

<b>Programas comunitarios</b>		
Promoción en los medios	Escasa investigación científica; pero una promoción en los medios puede conducir a incrementar la atención sobre el alcohol en la agenda política y pública	5
Intervención comunitaria	Evidencia de efectividad en enfoques sistemáticos que coordinan recursos de la comunidad para implementar políticas efectivas, cuando son sustentadas por medidas de mejoramiento.	5
Política laboral	Una RS mostró pequeña evidencia de efectividad en cambios en las normas de beber y en reducción del consumo dañino.	2
<b>Políticas de conducción y alcohol, y sanciones</b>		
Introducción y/o reducción de la alcoholemia	Efectivo en reducir alcohol como causa de problemas. Un MA de nueve estudios en EE.UU. reportó que la implementación de una reducción de la concentración legal de 0,8g/L de alcohol en sangre resultó en un 7% de descenso en las muertes relacionadas con accidentes por alcohol.	1
Puntos de control de sobriedad y aplicación aleatoria del test de alcohol en el aire espirado	Efectivos en reducir lesiones y muertes por alcohol. Un MA de 23 estudios mostró que accidentes fatales relacionados con alcohol se redujeron un 23% después de introducir puntos de control de sobriedad y 22% después de introducir control espirado aleatorio.	1
Restricciones a jóvenes sin experiencia (E. Bajas concentraciones de alcohol en sangre para conductores nuevos)	Alguna evidencia. Una RS de 3 estudios de bajas concentraciones de alcohol en sangre detectó reducción en accidentes fatales en 9%, 17% y 24%.	2
Tratamiento obligatorio	Evidencia de efectividad. Un MA de 215 programas terapéuticos mostró que redujeron la recurrencia de infracciones por conducción con alcohol y de accidentes relacionados con el alcohol de 8-9%.	2
Dispositivo que bloquea motor de partida en caso de alcotest positivo en conductor	Alguna evidencia. Una RS de un ECR y 13 EC mostraron que los participantes tuvieron menos recurrencia de infracciones que los controles, un efecto que no se extendió una vez suspendido el dispositivo.	2
Conductor designado y programas de salida segura	Sin evidencia de efectividad. Una RS de 9 estudios fue incapaz de mostrar ninguna conclusión de efectividad	2
<b>Manejo de la disponibilidad de alcohol</b>		
Monopolios gubernamentales	Efectivo. La privatización es seguida de mayor densidad de puntos de venta, más horas al día y más días de venta, cambios en precios, e incremento del consumo y consecuencias negativas.	2
Elevación de edad mínima de venta	Efectivo. Una revisión de 132 estudios publicados entre 1960 y 1999 mostró que cambios en las leyes de edad mínima de venta pueden reducir el consumo juvenil y daño relacionada al alcohol, incluyendo accidentes de tránsito.	2
Densidad de puntos de venta	Efectivo. Una RS reportó evidencia consistente para el efecto de la densidad de puntos de venta en violencia, daño a terceros, y muertes por accidentes relacionados con alcohol.	2
Días y horas de venta	Efectivo. Las revisiones muestran evidencia consistente que incrementos en días y horas de venta incrementan el consumo y el daño, y viceversa	3
<b>Manejo del marketing de las bebidas alcohólicas</b>		
Volumen de publicidad	Efectiva. Una RS de 13 estudios mostró efectos de los anuncios en la iniciación de la juventud y consumo más riesgos ( <i>heavy drink</i> ) entre los consumidores habituales. Un MA de 322 elasticidades del gasto en publicidad detectó un efecto positivo de los anuncios en el consumo (coeficiente 0,029)	1
	Sin evidencia de efectividad. Estudios muestran que la autorregulación no previene tipos de marketing que afectan a la gente joven	5
<b>Política de precios</b>		
Impuestos al alcohol	Efectivo. Un MA de 132 estudios mostró una mediana de elasticidad en el precio para todas las bebidas alcohólicas de -0,52 en el corto plazo, y de 0,82 en el largo plazo. Elasticidades fueron menores para vino y cerveza. Un MA de 112 estudios mostró un promedio de elasticidades en el precio de -0,46 para cerveza, -0,69 para vino y -0,80 para licores. Incrementos en los impuestos reducen daño agudo y crónico relacionado con el consumo de alcohol. Fijación de precios mínimos puede reducir daños crónicos y agudos	1

## **ANEXO 4**

### **RESUMEN DE ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS NACIONALES O PROVINCIALES(\*)**

a) Canadá.....	104
b) British Columbia, Canadá.....	105
c) Nueva Escocia, Canadá.....	106
d) España.....	107
f) Australia.....	108
g) Nueva Zelandia.....	108
h) Inglaterra.....	109
Mirada General de Estrategias Selectivas de Alcohol, según país.....	111
Referencias.....	113

(\*) Capítulo realizado por el profesor Normar Giesbrecht

Las políticas que aquí serán bosquejadas no son una lista exhaustiva de las jurisdicciones que tienen estrategias de alcohol, sino más bien, una muestra ilustrativa de ellas. Al final del anexo, se observa una tabla resumen del estado actual de políticas, observadas más arriba, en las regiones y países, específicamente en los ámbitos y temas donde hay evidencia de efectividad basada en Babor et al. (2003).

### **a) Canadá**

Este resumen se basa en los trabajos de Thomas (Thomas 2004) y del National Alcohol Strategy Working Group (2007)

En el año 2002, los daños relacionados con el alcohol tuvieron un costo de US \$ 14.6 mil millones o US \$ 463 por cada canadiense vivo. (rEHM 2006) El alcohol es uno de los tres principales factores de riesgo que contribuyen a la carga de enfermedad, a la discapacidad y a la muerte; el 14% de los canadienses son bebedores en alto riesgo, los niveles de consumo aumentaron de 7.2 litros de alcohol puro en el año 1997 a 7.9 per cápita en el año 2004. Ha habido mayor permisividad en materia de disponibilidad física en los últimos años. Sin embargo, la aplicación de las regulaciones en materia de venta de licores es un tema de gran vigencia en todas las provincias.

La Estrategia Nacional de Alcohol se ha desarrollado en los últimos años y se dispuso de su versión documentada en el año 2007. Los objetivos principales son los siguientes: desarrollar una cultura de moderación y responsabilidad en materia de consumo de alcohol y, reducir los daños asociados al consumo problema. La estrategia combina enfoques a nivel de la población general e intervenciones focalizadas.

- 1) Promoción, prevención y educación de la salud : para aumentar la conciencia pública sobre la responsabilidad en relación al uso del alcohol y para promover una cultura de moderación a través de que la población comprenda lo que constituye beber alcohol con moderación, así como el desarrollo y promoción de orientaciones para el beber sin riesgo a nivel nacional;
- 2) Reducción de los impactos en la salud y tratamiento : expansión de medidas de detección, intervenciones breves y referencia a consultas especializadas, a cargo de profesionales de la salud, dirigidas a personas en riesgo o con problemas relacionados con el consumo de alcohol y tener constantemente presente la contribución del alcohol a las enfermedades crónicas;
- 3) Control más efectivo de la disponibilidad del alcohol (consejos de control de licores, permisos para la venta de licores, edad mínima legal para adquirir alcohol, aplicación de impuestos), precios (para manejar precios que desincentiven el consumo excesivo y mantener los precios de acuerdo a la inflación), y controles publicitarios (para monitorear y asegurar el cumplimiento).
- 4) Crear comunidades más seguras y ambientes donde se ingiere alcohol, más seguros.

**b) British Columbia, Canadá**

El reciente informe de Kendall et. al. (Kendall, 2008) es una versión corregida y expandida de un informe anterior (Provincial Officer of Health) (2002) (Dirección Provincial de Salud). British Columbia (BC) es la provincia más occidental de Canadá y la tercera más habitada del país. En el año 2002, el gobierno provincial hizo algunos cambios en las políticas de alcohol con el propósito de aumentar el acceso a las bebidas alcohólicas y en ese contexto, la "Provincial Health Officer" recomendó monitorear de cerca los posibles impactos resultantes de esas modificaciones, y como resultado de estas recomendaciones, se han presentado dos informes. El último, titulado "Public Health Approach to Alcohol Policy" ("Propuesta de Salud Pública para una Política de Alcohol") (Kendall, 2008) examina en detalle los niveles y hábitos de consumo de alcohol en la Columbia Británica, los índices y tendencias de los daños relacionados con el consumo del alcohol, el perfil actual de costo y beneficio del alcohol en la provincia y, la relación de las políticas vigentes de alcohol con las mejores prácticas en políticas.

Desde el año 2002, cuando se implementaron los cambios en las políticas, se ha experimentado un aumento en el número de locales comerciales de ventas de bebidas alcohólicas al detalle y, el mayor crecimiento, lo han experimentado las tiendas privadas. El número de lugares que expendieron alcohol entre el 2003 y el 2004 y el 2007 y el 2008, están positiva y significativamente asociados con el consumo (Stockwell, Zhao, Macdonald, Pakula & Gruenland, 2008, citado en Kendall et. al., 2008).

La tendencia de consumo per cápita en la BC (8.8 litros por persona de 15 y más por año) está en constante aumento desde el año 2002 y sigue por encima de los niveles nacionales (8.1). Se observa que un 44% de la población de 15 años y más declaró ingerir alcohol a lo menos una vez por semana, y resultó ser el tercer porcentaje más alto entre todas las provincias en el año 2004. Los índices auto-informados de ingesta de alcohol de alto riesgo, han aumentado, por lo menos mensualmente, desde el año 2003.

Las tasa de mortalidad relacionada con el alcohol continúa estable entre los años 2001 y 2006, pero los índices de morbilidad han aumentado un 3.3% entre los años 2002 y 2007, incluyendo el número de hospitalizaciones y los traumas producidos por accidentes de tránsito producto de la ingesta de alcohol. A pesar de que es difícil estimar con precisión los costos y los beneficios sociales y económicos relacionados con el alcohol, los investigadores sugieren que los costos exceden a los beneficios en el ámbito de la salud y de la economía.

Los principales objetivos de la estrategia de alcohol en la BC son minimizar los daños relacionados al consumo de alcohol y disminuir los costos, además de maximizar los beneficios sociales y económicos. La estrategia combina un enfoque poblacional y un enfoque que se concentra en grupos objetivos específicos.

Las sugerencias a las políticas se orientan a reforzar o restringir las leyes vigentes, específicamente aquellas relacionadas con la disponibilidad económica y física, que son consideradas como las más costo - efectivas, así como a limitar el número de tiendas, las horas de venta, controlar precios e impuestos y mejorar las medidas

para prevenir la conducción e ingesta de alcohol. Además, el documento de la BC hace referencia a una mayor capacidad para realizar detección (*screening*) en forma rutinaria, intervenciones breves y referencias; controlar la publicidad del alcohol en cantidad y calidad; hacer mejoras en la recopilación de datos sobre la morbilidad y mortalidad relacionados con el consumo de alcohol; crear un pequeño pero drástico alto impuesto en productos alcohólicos con alto contenido de alcohol, y desarrollar programas para reducir la violencia en los alrededores de los establecimientos con patente para la venta de alcohol.

También existe un énfasis en fomentar estrategias preventivas para grupos objetivos, como jóvenes y mujeres embarazadas. Y, finalmente, el informe recomienda acordar la aplicación de un constante monitoreo.

### **c) Nueva Escocia, Canadá**

Nueva Escocia está ubicada en el Océano Atlántico, al este de Canadá. En el año 2007, el Departamento de Salud, Promoción y Protección desarrolló una estrategia de alcohol para esa provincia.

Desde el año 2001, la densidad de lugares y las horas disponibles para adquirir alcohol han aumentado significativamente. Desde 1999 hasta 2004, el consumo per cápita en personas de 15 años y más en Nueva Escocia, fue apenas un poco más bajo que el índice general de Canadá (7.57 y 7.76 litros respectivamente). Sin embargo, hay un aumento de un 5.4% en el consumo per cápita entre el año 2001 y el 2005. Se observa que un 23.4% de los bebedores de alcohol de Nueva Escocia excedió los límites de ingesta de alcohol de bajo riesgo, incluidas en las orientaciones para evitar los daños agudos y crónicos relacionados con el consumo de alcohol (desarrolladas por CAMH en Ontario); los adultos jóvenes, seguidos por los adolescentes (entre 15 y 19 años) mostraron los índices más altos de no cumplimiento.

Los informes indican que un 76.1% de los habitantes de 15 años y más, que habitan Nueva Escocia, bebieron alcohol en los últimos 12 meses. La edad promedio para comenzar a ingerir alcohol es de 18.2 años, un 4.8% de todos los encuestados consumen alcohol más de 4 veces a la semana, un 43.5% bebió alcohol de manera excesiva en una sola ocasión en los últimos 12 meses (5 veces o más los hombres o 4 veces o más las mujeres) y un 7.1% consumió una vez a la semana. Sólo un 5.8% de los encuestados consumieron 8 tragos o más, en una sola ocasión, en los últimos 12 meses. Un 3.8% corresponde a bebedores en riesgo y la cantidad de bebedores hombres que ingieren alcohol a estos niveles superan tres veces a las mujeres que beben alcohol en los mismos niveles (22.5% versus 6.1%), lo cual se evidencia mayormente entre los 19 y 24 años (39.1%). Los bebedores en riesgo comenzaron a ingerir alcohol a una edad más temprana (16), normalmente bebieron más en una sola ocasión (6.2 versus. 2.4) y más de un tercio consumió más de 8 tragos en un mismo momento, en contraste con 1.6 tragos entre bebedores de alcohol en bajo riesgo. La razón principal para consumir alcohol es ser sociable (80.3%), un 87.5% dijo que el lugar más usual para ingerir alcohol es en casa, un 57.2% bebe en situaciones sociales (Schrans et al., 2008).

En el año 2002, el costo económico, social, y de salud per cápita a causa del alcohol fue de US \$443 – el tercero más bajo de Canadá (Nunavut registró el costo per cápita por consumo de alcohol más alto, US \$961 y la Isla del Príncipe Eduardo registró el costo más bajo con US \$ 385; el promedio nacional fue de US \$463). Durante el periodo de 5 años, entre 1999 y 2003, cerca de 3000 admisiones hospitalarias al año pueden ser atribuidas al uso de alcohol en Nueva Escocia, y los hombres tienen doble probabilidad que las mujeres de ser ingresados por uso de alcohol. Durante el mismo periodo, se produjeron 1.149 muertes que pueden ser atribuidas al uso de alcohol (Graham 2005)

“Cambiar la cultura de consumo de alcohol en Nueva Escocia”, constituye una nueva estrategia de alcohol propuesta por los Addiction Services of the Department of Health Promotion and Protection. El principal objetivo de esta estrategia es reducir los daños y los costos relacionados con el consumo de alcohol y lograrlo a través de fomentar una cultura de moderación. Con el fin de lograr su objetivo, la estrategia propone varias directrices claves: capacitación comunitaria y construcción de alianzas o trabajo colaborativo; comunicación y mercadotecnia social; fortalecer la prevención, intervención temprana y tratamiento; y, promover la investigación y la evaluación.

La estrategia plantea una aproximación de promoción de la salud, que considera un equilibrio entre la protección de la salud, la prevención de daños, beneficios en salud por moderación y costos y beneficios a la economía. Además está basada en la comunidad y simultáneamente se focalizada en bebedores menores de edad, bebedores en alto riesgo, consumo de alcohol durante el embarazo y la conducción bajo ingesta de alcohol.

Las principales características de esta estrategia son: la atención en el rol cultural del alcohol como una herramienta para cambiar actitudes y comportamientos asociados a daños. Un tema central es la responsabilidad compartida entre la comunidad y las autoridades relacionadas con la promoción de la salud y la reducción del daño. El documento propone fijar políticas a un nivel local, y gradualmente aplicarlas a nivel provincial y federal. Esta estrategia promueve comenzar con educación, intervenciones y tratamientos tempranos, además de crear apoyos que respalden la fiscalización, monitorear las mejores prácticas relacionadas con la disponibilidad física del alcohol y las medidas para prevenir la conducción bajo ingesta de alcohol.

#### **d) España**

Se utilizaron varios recursos en la elaboración de un breve análisis de la situación en España, incluyendo dos informes de la Organización Mundial de la Salud.(WHO 2004; WHO-EUROPA 2007).

No existe un plan de acción nacional sobre alcohol en España, sólo una estrategia nacional de drogas, años 2005-2008.

El consumo de alcohol per cápita fue de 9.9 litros en el año 2003 (esto es en la población total, no sólo de 15 años y más). España ha desarrollado fuertemente campañas preventivas para evitar conducir e ingerir alcohol y, en menor medida, ha desarrollado programas orientados a los colegios y a las comunidades locales.

Las etiquetas de advertencia en las botellas de alcohol son obligatorias. No existen los programas de capacitación extensiva en la salud de atención primaria; sin embargo, existen tratamientos para la ingesta nociva y de riesgo de alcohol, incluso en organizaciones no gubernamentales.

Existe una prohibición para transmitir comerciales de televisión que publiciten bebidas alcohólicas que contengan más de 20° de alcohol. Se ofrecen breves intervenciones en los servicios de emergencia e intervenciones comunitarias a niveles locales, programas para mujeres embarazadas adictas y programas que enseñan habilidades para desenvolverse en la vida. El tratamiento y la rehabilitación de bebedores de alcohol en alto riesgo lo proporciona el sistema nacional de salud. Existen capacitaciones para los vendedores de alcohol a nivel local. Hay un acuerdo voluntario para la aplicación de etiquetas de advertencia. Existen campañas nacionales de información, transmitidas por todos los medios de difusión, sobre los impactos del alcohol en la salud, para la prevención del consumo de alcohol y para conducir y beber de manera segura y responsable.

#### **f) Australia**

El siguiente resumen se basa en la Ministerial Council on Drug Strategy (AUSTRALIA 2006) ("Estrategia de Drogas del Consejo de Ministros"). Un tema fundamental es controlar la intoxicación. Muchas estrategias están orientadas a fortalecer la fiscalización sobre el cumplimiento de las leyes de licencias para la venta de alcohol, tanto en las tiendas de venta al detalle como en los locales donde se sirven bebidas alcohólicas, mejorar las medidas que fomentan la venta responsable de alcohol y las que aumenten la conciencia comunitaria sobre los impactos de la intoxicación, a través de etiquetar los productos y promover una orientación para el consumo de alcohol sin riesgo.

Además, existen iniciativas para identificar a los establecimientos con patente que estén vendiendo alcohol de manera irresponsable. El " Programa Fiesta Segura "de la Policía de Queensland (Queensland Police Party-Safe Program ), proporciona consejos prácticos para disfrutar de fiestas exitosas, agradables y seguras para todos los participantes, incluyendo los padres, los anfitriones y los invitados. También existe un formulario de "Fiesta-Segura", para que los anfitriones de las fiestas puedan registrar sus fiestas con la policía local.

#### **g) Nueva Zelandia**

La Estrategia Nacional de Alcohol es parte de la New Zealand Health Strategy ("Estrategia de Salud de Nueva Zelanda") (NEW-ZEALAND 2001) y de la National Drug Policy ("Política Nacional de Drogas"). La primera identifica las áreas prioritarias de salud y la segunda identifica los resultados deseados en materia de daños relacionados con el uso de drogas. En el año 1996, el gobierno emitió un informe de política nacional sobre alcohol que pretendía reducir o prevenir los daños relacionados con la ingesta de alcohol.

Desde la introducción de una Ley de Venta de Licores en 1989, ha habido un aumento en la disponibilidad física del alcohol incluyendo el número de patentes para la venta de licores, el número de lugares donde se puede vender alcohol, los días y horas de ventas (incluyendo los domingos), además de una disminución de la edad mínima legal para adquirir alcohol (18 años).

La estrategia tiene varios pilares.

- Control sobre el abastecimiento: Proporcionar información clara y comprensible sobre las disposiciones de la Ley a las personas responsables de administrarlo. Apoyar a los grupos intersectoriales a un nivel local para monitorear el cumplimiento de la Ley de Venta de Licores, hacer cumplir activamente las leyes relacionadas a la edad mínima legal para adquirir alcohol, y las medidas para vender y abastecer de alcohol a clientes intoxicados.
- Reducción de la demanda.
- Estrategias de reducción de problemas

Se estima que los costos totales, directos e indirectos, del consumo abusivo del alcohol en Nueva Zelanda, son entre US \$1.5 mil millones y US \$2.4 mil millones (Devlin et al 1996). En 1982 y 1983 el nivel de consumo per cápita de alcohol alcanzó los niveles históricos más altos de casi 12 litros por persona de 15 años o más, y disminuyó paulatinamente desde esa fecha hasta llegar a 8.3 litros en 1997. Nueva Zelanda obtuvo el lugar número 20 a nivel mundial en cuanto al consumo per cápita de alcohol, un lugar más bajo que Australia y uno sobre el Reino Unido.

#### ***h) Inglaterra***

Otros países han implementado políticas de alcohol muy distintas en los últimos años y, en algunos casos se ha continuado con iniciativas que han llevado a décadas de incremento en el acceso al alcohol, conjuntamente con aumento en los traumatismos, los problemas sociales y las enfermedades crónicas relacionadas al consumo de alcohol.

Por ejemplo, en Inglaterra, el 5 de junio del año 2007, el Departamento de Salud (DH) y el Ministerio del Interior emitieron en conjunto una estrategia de gobierno sobre alcohol que es una revisión y actualización de la Alcohol Harm Reduction Strategy for England ("Estrategia de Reducción del Daño para Inglaterra"), publicada en el año 2004(ENGLAND 2007).

En Inglaterra, un 90% de los adultos beben alcohol y sólo un 13% de los bebedores expresó haber mantenido un control sobre el número de tragos que ingirió. En el año 2003, se estimó que el consumo per cápita fue de 9.29 litros de alcohol puro. La proporción de los jóvenes que beben alcohol disminuyó en los últimos años, pero aquellos que beben están consumiendo más alcohol y más seguido. El consumo excesivo de alcohol cuesta más de 20 mil millones de euros cada año. Las muertes relacionadas al consumo de alcohol han sido más del doble desde el año 1979, y el número de personas que muere a una edad más temprana es mayor. Hay 180.000 admisiones hospitalarias al año relacionadas con el consumo de alcohol.

Los crímenes violentos han disminuido un 51% desde el año 1995. Entre 2005 y 2006, un 17% de todos los incidentes violentos fueron cometidos dentro o en los alrededores de los pubs o clubes.

La estrategia apunta a reducir el daño causado por el abuso de alcohol, a través de un programa de acción en conjunto con el gobierno y la industria de alcohol para:

- Una mejor educación y comunicación; utilizando campañas tales como "know your limits" ("conoce tus límites") y "Think drink-driving" ("piensa" en beber alcohol y conducir)
- Mejorar los servicios de salud y el tratamiento; identificar y asesorar a las personas en riesgo Combatir los delitos y desórdenes relacionados con el consumo de alcohol y;
- Trabajar con la industria del alcohol: para incluir información de salud en las botellas, para crear planes locales de colaboración en conjunto y para formar una organización de beneficencia independiente para promover el consumo moderado de alcohol.

La política de Inglaterra está orientada a grupos o comportamientos objetivo, en especial al consumo por menores de edad, los bebedores con consumo nocivo y en grandes cantidades por ocasión entre 18 y 24 años (binge drinkers), la violencia relacionada con el consumo de alcohol y a conducir e ingerir alcohol. Algunas de las estrategias de mayor éxito han sido implementadas a nivel local, fortaleciendo el trabajo en colaboración entre las autoridades locales y centrales.

112

Uno de los resultados de la estrategia nacional es que los nuevos proyectos han incrementado los niveles de detección e intervención en la atención de salud primaria. La campaña "know your limits" ha aumentado el conocimiento de alerta y muestra alto índice de recuerdo de mensajes en la juventud. Se afirma que la campaña "Think drink-driving" contribuyó a que el índice de muertes relacionadas con la conducción bajo ingesta de alcohol disminuyera de más de 1,600 a finales de 1970 a 560 en el año 2005.

Sin embargo, en las últimas décadas, el enfoque del Reino Unido para con el alcohol, ha significado una serie de desarrollos que se considera contribuyen a aumentar el riesgo y el daño, en lugar de controlar el daño. Se incluye en esto una reducción en los precios de las bebidas alcohólicas, una amplia promoción y mercadotecnia del alcohol, y un aumento en la disponibilidad física, incluyendo permisos para la venta continuada en tiendas que venden alcohol, tanto dentro como fuera de los locales. Se considera que estas medidas fueron factores que contribuyen a los altos índices de mortalidad por cirrosis hepática, (Leon and McCambridge 2006) y a los altos niveles de trastorno social, embriaguez, daños a la propiedad y consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. Además, los intentos por evaluar las dimensiones de la estrategia, que se consideraron causales de un aumento en los daños en lugar de reducirlos, se frustraron por las, a menudo, cercanas relaciones de trabajo entre el gobierno y las industrias de alcohol. Se consideró que estas relaciones contribuyeron al rechazo de las políticas efectivas basadas en evidencia que apuntaban a reducir el daño y en cambio favorecieron a aquellas que serían inefectivas o que aumentarían el daño relacionado con la ingesta de alcohol.(Anderson 2007).

## Mirada General de Estrategias Selectivas de Alcohol, según país

Intervención o tema político		Canadá	Columbia Británica	Nueva Escocia	Australia	Nueva Zelanda	España	Inglaterra
<b>Disponibilidad Física</b>	<b>Edad</b>	19 (excepto para Manitoba, Alberta & Quebec 18)	19	19	18	18	16	18
	<b>Monopolio de ventas al detalle</b>	Monopolio gubernamental a todo nivel de ventas. Patente para vender, excepto para licores	Monopolio gubernamental a todo nivel de ventas.	Monopolio gubernamental a todo nivel de ventas.	Patente para la producción y la venta de todo	Patente para la producción y la venta de todo	Patente para la producción y la venta de todo	Patente requerida para importar y vender al detalle
	<b>Densidad</b>	Ninguna	0,5 km de distancia mínima entre tiendas privadas con patente para venta al detalle.		No	Sí	Sí?(no)	No
	<b>Días/horas</b>	Sólo horas	Sólo horas		Sí	Sólo horas	Sí para ambas	Sí
<b>Aplicación de precios e impuestos</b>		Sí	Precios altos, 2 impuestos				Sí	Sí, varía según tipo
<b>Alteración de contexto de ingesta de alcohol</b>			Programas de capacitación a vendedores	Sí				
<b>Educación y Persuasión</b>								
<b>Restricciones sobre la promoción de alcohol</b>		Sin restricciones			Voluntario	No	Parcial*	Sí, régimen autoregulatorio (prohibiciones de contenido, género, jóvenes, violencia comportamiento antisocial) ** Todos son Voluntarios

<b>Contra medidas de la conducción e ingesta de alcohol</b>	<b>Puntos de control de sobriedad</b>	Sí	Sí, activamente					
	<b>controles de alimento al azar</b>	No	No realmente		A menudo	Algunas veces	A menudo	Raramente utilizado
	<b>Limites de alcoholemia</b>	0,8	No		0,5	0,8	0,5	0,8
	<b>Tolerancia "0" en Alcoholemia para conductores novatos</b>	Sí					0,3 para conductores nuevos	No
	<b>Suspensión de la licencia</b>	Sí	Sí, activamente				Sí (1-3 meses) <sup>7</sup>	
	<b>Licencia gradual para conductores novatos</b>	Sí, exepcto PEI y Nunavut	Sí, activamente					
<b>Capacitación e intervención temprana</b>	<b>Intervenciones breves en bebedores en alto riesgo</b>	Sí, pero los programas de capacitación para los profesionales deben ser actualizados	Sí, pero no a gran escala		Sí*		Sí	Sí

\* Existe un programa de tratamiento y educación obligatorio para los infractores que perdieron todos los puntos de sus licencias de conducir. Hay una completa restricción para publicitar licores por medio de la TV, y restricciones parciales en radio, cine, revistas y diarios para los tres tipos de bebida.

\*\* Examen médico obligatorio para infractores repetidos, cursos de educación voluntarios para infractores que reducen el periodo de descalificación. Todas las regulaciones publicitarias son voluntarias

## Referencias

- (2006). The Costs of Substance Abuse in Canada 2002, Nova Scotia Health Promotion and Protection.
- (2007). "National Strategy Working Group. Reducing alcohol related harm in Canada: Toward a culture of moderation. Recommendations for a national alcohol strategy."
- Anderson, P. (2007). "A safe, sensible and social AHRSE: New Labour and alcohol policy." *Addiction* 102(10): 1515-21.
- AUSTRALIA (2006). National Alcohol Strategy 2006 - 2009. Towards Safer Drinking Cultures, Ministerial Council on Drug Strategy.
- BMA (2008). Alcohol misuse: tackling the UK epidemic. London, Science and Education department of the Board of Science. British Medical Association Board of Science.
- ENGLAND (2007). Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy. London, Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills and Department for Culture, Media and Sport.
- Graham, L. (2005). Alcohol indicators report: A framework of alcohol indicators describing the consumption of use, patterns of use and alcohol-related harms in Nova Scotia. Province of Nova Scotia.
- Heather, N. (2006). "Britain's alcohol problem and what the UK government is (and is not) doing about it." *Adicciones* 18(3): 225-235.
- Kendall, P. (2008) "Public Health Approach to Alcohol Policy." Volume, DOI: Leon, D. A. and J. McCambridge (2006). "Liver cirrhosis mortality rates in Britain, 1950 to 2002." *Lancet* 367(9511): 645.
- NEW-ZEALAND (2001 ). National Alcohol Strategy 2000-2003. Wellington, New Zealand, Alcohol Advisory Council of New Zealand and Ministry of Health
- Rehm, J., Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J et al. (2006). The Costs of Substance Abuse in Canada 2002: Highlights. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.
- Thomas, G. (2004). Alcohol-related harms and control policy in Canada. Ottawa, Ontario, Canadian Centre on Substance Abuse: 1-38.
- WHO-EUROPA (2007). EU Alcohol Strategy: Monitoring of Good Practices in EU- 27 as of 1 January, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2004). Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva, Switzerland, Department of Mental Health and Substance Abuse: World Health Organization.

## **ANEXO 5**

### **DERECHOS, VALORES Y PRINCIPIOS EN LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL**

116

Valores y derechos en la estrategia Nacional sobre Alcohol.....	115
Principios en la Estrategia Nacional sobre Alcohol.....	116
Visión de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.....	117
Carta Europea sobre el Alcohol.....	117

## Valores y derechos en la Estrategia Nacional sobre Alcohol

La Política de Salud Pública sobre Problemas Asociados al Consumo de Alcohol procurará hacer suyos los siguientes derechos Adaptado de la Carta de Europa Sobre Alcohol ,1995.:

- a) Toda persona tiene derecho a desarrollarse y vivir en la seguridad básica de que su familia, comunidad y vida laboral esté resguardada de accidentes, violencia u otras consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol.
- b) Toda persona tiene derecho a recibir una educación e información válida e imparcial desde la infancia acerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud la familia y la sociedad.
- c) Todo niño y adolescente tiene derecho a crecer en un medio ambiente protegido de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y, en la medida de lo posible, de la promoción de bebidas alcohólicas.
- d) Toda persona con consumo problema de alcohol y los miembros de sus familias tienen derecho a tratamiento y asistencia.

En forma más específica una Política de Salud Pública sobre Problemas Asociados al Consumo de Alcohol, debe velar para que se logre:

- a) El pleno respeto a los derechos de las personas afectadas por enfermedades físicas y mentales determinadas o asociadas al consumo de bebidas alcohólicas. Ello implica el reconocimiento de los trastornos por consumo de alcohol como una enfermedad similar a otras para efectos proveer acceso universal a los servicios de salud que correspondan, financiamiento asegurado, similar acceso a permisos laborales por enfermedad o licencias médicas, derecho a beneficios previsionales y otros.
- b) El pleno respeto a los derechos de las personas para protegerse de los riesgos y perjuicios a terceros, a nivel de la familia, el trabajo, sitios públicos y otros, que genera el consumo de alcohol y las enfermedades que se le asocian. Lo anterior significa que los derechos de cualquier persona para consumir bebidas alcohólicas, si así lo prefiere, y de quienes están afectados por una enfermedad asociada (derechos en cuanto paciente), deben estar en equilibrio con los deberes y responsabilidades de esas mismas personas, en cuanto ciudadanos, en relación al cumplimiento de las leyes y regulaciones, las prácticas sociales mayoritarias y el bien común.
- c) Un debate ciudadano informado, orientado a lograr una forma equitativa para compartir tanto los beneficios que para el país y su gente, conlleva la producción y comercialización de bebidas alcohólicas, como para prevenir y atenuar los riesgos y perjuicios que de esa actividad se deducen.

## Principios en la Estrategia Nacional sobre Alcohol

La Política de Salud Pública sobre Problemas Asociados al Consumo de Alcohol, debe dar cuenta de los siguientes principios:

- a) Su prioridad primordial es servir el derecho a la protección de la salud pública y el bienestar social de los chilenos,
- b) Su propósito es disminuir la carga de enfermedad, y los costos sociales y económicos causados por el consumo problemático de alcohol,
- c) Debe reconocer que el alcohol no es un producto o una mercancía común porque al mismo tiempo que sustenta una actividad económica importante y se regula como producto ordinario, por las reglas de competencia del libre mercado y de la política agraria, su uso acarrea severas consecuencias para la salud pública y el bienestar social. Por ello el conflicto de intereses es inevitable y una política pública sobre alcohol debe enfrentarlo de una manera creativa y equitativa, sirviendo dos propósitos: aumentar los beneficios que se generan alrededor del alcohol y proteger a las personas de los daños asociados a su consumo, en particular, del provocado a terceros y a grupos vulnerables como los niños y adolescentes.
- d) Toda política de salud pública sobre alcohol debe sustentarse, cada vez que sea posible, en las evidencias que proporciona la investigación científica y cuando la información de la ciencia sea incierta, se debe aplicar el principio de la precaución, priorizando la protección de la salud y el bienestar de la población.

Por una parte, hoy se cuenta con evidencias inequívocas de que el consumo de alcohol influye fuertemente en variadas causas de muerte prematura, enfermedad y discapacidad, así como accidentes, violencia y daños intencionales y no intencionales tanto a las personas que lo consumen como a terceros. Paralelamente, se ha alcanzado confiabilidad suficiente acerca de la efectividad relativa de las diversas políticas y estrategias de salud pública que hoy están disponibles, para reducir los costos y el sufrimiento asociado al consumo de alcohol.

- e) La salud pública es un tema y un desafío de la sociedad en general y una responsabilidad del Estado en su conjunto. Así, una política de salud pública sobre alcohol requiere sustentarse en la aprobación de una ciudadanía informada, en una potente voluntad política de los gobiernos y en el compromiso de los diversos Sectores del Estado y la sociedad civil.
- f) La Política de Salud Pública sobre Problemas Asociados al Consumo de Alcohol constituye un proceso dinámico en el tiempo y debe organizarse con ese carácter. Eso significa, que deberá formular procedimientos para su propio monitoreo y evaluación y, en base a los resultados de esos procedimientos, confirmar o modificar sus desarrollos.
- g) Debe respetar y poner en práctica aquellos compromisos internacionales superiores, entre otros, los relativos a los derechos de los ciudadanos y de los niños y además, conocer, ponderar y eventualmente adaptar las experiencias y conclusiones de organismos técnicos internacionales dentro de sus propias decisiones.

### **Visión de la Estrategia Nacional sobre Alcohol**

Al filo del bicentenario, el país contará con una política de Estado armonizada, que concitará el consenso social y equilibrará en buena forma, los beneficios que procura la actividad económica alrededor del alcohol y el resguardo de los daños y consecuencias nocivas evitables de su consumo.

Merced a ella, las muertes, lesiones y discapacidades debidas a accidentes, violencias y enfermedades, relacionadas con el consumo de alcohol se habrán reducido sustancialmente.

Las pérdidas en menor productividad, gastos en salud, policía y justicia, por causa del consumo de alcohol, serán también menores.

La industria y el comercio, encontrará formas creativas y efectivas para perseguir objetivos de protección de la salud pública sin reducir los incrementos que muestran sus legítimas ganancias e inversiones, a causa de esta política.

Las familias, la juventud y la sociedad en su conjunto, estarán avizorando formas de convivencia, de celebración y de socialización en las que el no consumo o el consumo responsable de alcohol sean conductas más frecuentes y de mayor aceptación y refuerzo social.

La Política de Salud Pública sobre Problemas Asociados al Consumo de Alcohol habrá sido un determinante de esos resultados.

### **Carta Europea sobre el Alcohol**

#### **Conferencia Europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol, París, Francia 12–14 de diciembre de 1995**

#### Objetivos y principios éticos

Con el fin de promover el Plan Europeo de Actuación sobre el Alcohol, la Conferencia de París solicita a los Estados Miembros que elaboren unas políticas globales en materia de alcohol y que apliquen unos programas que expresen, tal y como sea pertinente en las diferentes culturas y en los diferentes entornos sociales, legales y económicos, los siguientes objetivos y principios éticos, sobre la base de que el presente documento no supone la concesión de derechos legales.

1. Todas las personas tienen derecho a una familia, una comunidad y una vida laboral protegidas frente a los accidentes, la violencia y otras consecuencias negativas del consumo de alcohol.
2. Todas las personas tienen derecho a una información y a una educación imparcial y válida, que empiece en una fase temprana de la vida, sobre las consecuencias del consumo de alcohol para la salud, la familia y la sociedad.
3. Todos los niños y los adolescentes tienen derecho a crecer en un entorno protegido de las consecuencias negativas del consumo de alcohol, y en la medida en que sea posible, de la promoción de bebidas alcohólicas.
4. Todas las personas con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo y los miembros de sus familias tienen derecho a acceder a un tratamiento y a una atención.
5. Todas las personas que no deseen consumir alcohol, o que no puedan hacerlo por motivos de salud o de otro tipo, tienen derecho a ser protegidos frente a las presiones para beber y a recibir apoyo en su conducta no bebedora.

### Diez estrategias de actuación frente al alcohol (OMS Europa 2009)

Las investigaciones y los ejemplos de éxito en los países demuestran que se pueden lograr beneficios sanitarios y económicos significativos en la Región Europea si se aplican las diez estrategias de promoción de la salud para actuar sobre el alcohol que se reseñan a continuación con el fin de poner en práctica los objetivos y los principios éticos mencionados, de acuerdo con las diferentes culturas y los diferentes entornos sociales, legales y económicos de cada Estado Miembro.

1. Informar a las personas acerca de las consecuencias del consumo de alcohol para la salud, la familia y la sociedad, así como sobre las medidas eficaces que se pueden adoptar para prevenir o minimizar el daño, desarrollando unos amplios programas educativos que empiecen en la infancia temprana.
2. Promover unos entornos laborales, públicos y privados que estén protegidos frente a los accidentes, la violencia y otras consecuencias negativas del consumo de alcohol.
3. Establecer y hacer respetar las leyes que desapruében de forma eficaz la conducción bajo los efectos del alcohol.
4. Promover la salud mediante el control de la disponibilidad, por ejemplo, para los jóvenes, y ejercer una influencia sobre los precios de las bebidas alcohólicas, por ejemplo, a través de impuestos.
5. Aplicar unos controles estrictos, que reconozcan las limitaciones o las prohibiciones existentes en algunos países, sobre la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas, y garantizar que no existe ninguna forma de publicidad dirigida específicamente a los jóvenes, por ejemplo, mediante la vinculación del alcohol con los deportes.
6. Garantizar el acceso al tratamiento y unos servicios de rehabilitación que cuenten con un personal formado, para las personas con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo y para los miembros de sus familias.
7. Fomentar la concienciación acerca de la responsabilidad ética y legal de aquellos que participan en el marketing o la provisión de bebidas alcohólicas, así como garantizar un control estricto de la seguridad del producto y aplicar unas medidas adecuadas contra la venta y la producción ilícitas.
8. Mejorar la capacidad de la sociedad para hacer frente al alcohol a través de la formación de profesionales en diferentes sectores, tales como la salud, el bienestar social, la educación y el poder judicial, además de fortalecer el desarrollo y el liderazgo comunitarios.
9. Prestar asistencia a las organizaciones no gubernamentales y a los movimientos de auto-ayuda que promuevan unos estilos de vida saludables, en especial, aquellos cuyo objetivo sea prevenir o reducir los daños relacionados con el alcohol.
10. Formular unos programas de amplio alcance en los Estados Miembros, tomando en consideración la actual Carta Europea sobre el Alcohol, así como establecer unas metas y unos indicadores de los resultados claros, realizar un seguimiento de los progresos, y garantizar la actualización periódica de los programas sobre la base de las evaluaciones.

## **ANEXO 6**

### **RECOPIACIÓN DE EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN**

LÍNEA DE ACCIÓN N°1 INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y CONTROL DE PUBLICIDAD...	120
LÍNEA DE ACCIÓN N°2 DISPONIBLE DEL ALCOHOL.....	122
LÍNEA DE ACCIÓN N°3 IMPUESTOS AL ALCOHOL Y PRECIOS DE VENTA AL DETALLE.....	130
LÍNEA DE ACCIÓN N°4 EXPENDIO DE ALCOHOL Y POLÍTICAS DE VENTA AL DETALLE .....	135
LÍNEA DE ACCIÓN N°5 TRÁNSITO, ACCIDENTES Y CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL.....	137
LÍNEA DE ACCIÓN N°6 CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO Y ATENCIÓN DE SALUD.....	141
LÍNEA DE ACCIÓN N°7 ACCIÓN COMUNITARIA Y GOBIERNOS LOCALES(MUNICIPIOS).....	145
LÍNEA DE ACCIÓN N°8 EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL.....	149
LÍNEA DE ACCIÓN N°9 MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	152
REFERENCIAS.....	154

## **LÍNEA DE ACCIÓN N° 1. INFORMACIÓN A LA POBLACION Y CONTROL DE PUBLICIDAD**

### **Información y capacitación**

El conocimiento y respaldo de la opinión pública es clave para pasar de medidas populares pero inefectivas, reactivas a las desgracias que irrumpen en las sensibilidades colectivas de tiempo en tiempo, a una política de Estado sostenida en el mediano plazo.

La información y capacitación de los recursos humanos e institucionales que formarán parte del proceso de implementación de una Estrategia Nacional sobre Alcohol, resulta clave

La disseminación sistemática de las ideas fuerza, los objetivos y también los puntos controversiales de la Estrategia Nacional, entre los tomadores de decisiones, personas naturales y la comunidad, aparece como una recomendación repetida por los expertos y en los documentos oficiales de los países que han elaborado Estrategias Nacionales (Edwards 1997; Anderson 2007).

La difusión de la Estrategia Nacional podrá realizarse a través de diversas formas. En un comienzo, podrá ser recomendable la realización de Foros Ciudadanos con públicos abiertos u otros, más circunscritos a determinadas temáticas, con audiencias de los más interesados. La experiencia de cohesión social que en estas reuniones se genera constituye en sí misma un insumo crítico de la Estrategia Nacional y las opiniones allí vertidas serán ricas en propuestas e ideas de valor local o general.

Sin embargo, se pueden ensayar diversos otros medios para alcanzar audiencias amplias o masivas: la intermediación de los medios de comunicación social, sitios web ad hoc, blogs, eventos académicos, técnicos o similares, pero también los culturales y deportivos si se les incluye un componente informativo, susceptibles de realizarse en el ambiente escolar, laboral, institucional, vecinal, etc.

122

Las ideas sustantivas de la propuesta de Estrategia Nacional sobre Alcohol que requieren ser difundidas, son las siguientes:

- a) Ya no es aceptable que el país no cuente con una política de Estado para enfrentar los problemas del alcohol, integrada, de construcción y ejecución intersectorial, armónica en sus normas y regulaciones, de largo plazo, evaluable y evaluada.
- b) Los problemas generados por el consumo nocivo de alcohol son múltiples, no sólo en el ámbito de la salud de las personas, sino también de su desarrollo y seguridad y del ámbito de la convivencia familiar y social. Además, el desarrollo económico y social del país entero se ve interferido por el patrón de consumo de alcohol de su gente. Todas esas facetas se incluyen en el término "consumo nocivo de alcohol" o "consumo de alcohol de riesgo".
- c) La Estrategia Nacional sobre Alcohol reconoce como criterio primordial servir el derecho a la protección de la salud pública y del bienestar social de los chilenos, mediante un conjunto de medidas tendientes a disminuir la carga de enfermedad y los costos sociales y económicos causados por el consumo problemático de alcohol.
- d) El alcohol no es un producto o una mercancía común, porque el patrón de consumo de riesgo, presente en una proporción sustantiva de la sociedad, acarrea severas consecuencias para la salud pública y el bienestar social. Por lo tanto, el Estado debe perfeccionar el control que ejerce sobre este producto, de modo tal que al mismo tiempo que sustentar una actividad económica importante para el país y para sus operadores, sea efectivo en proteger a las personas de los daños asociados a su consumo, en particular, del provocado a terceros y a grupos vulnerables como los niños y adolescentes.

- e) Las medidas que incluye la Estrategia Nacional se sustentan en las evidencias que proporciona la investigación científica y cuando la información de la ciencia sea incierta, aplicará el principio de la precaución, priorizando la protección de la salud y el bienestar de la población.

Por una parte, hoy se cuenta con evidencias inequívocas de que el consumo de alcohol influye fuertemente en variadas causas de muerte prematura, enfermedad y discapacidad, así como accidentes, violencia y lesiones intencionales y no intencionales tanto a las personas que lo consumen como a terceros. Paralelamente, se ha alcanzado confiabilidad suficiente acerca de la efectividad relativa de las diversas políticas y estrategias de salud pública que hoy están disponibles para reducir los costos y el sufrimiento asociado al consumo de alcohol.

- f) El propósito final de una Estrategia Nacional sobre Alcohol es enraizar en la cultura de la nación una forma de convivencia con las bebidas alcohólicas, caracterizada por tres responsabilidades complementarias: consumo responsable, venta responsable y publicidad responsable ("las tres R"). Para definir, acordar implementar y controlar cada una de estas metas, se requiere de una ciudadanía informada, de la aprobación en los cuerpos que dependen de la ciudadanía (Parlamento, gobiernos locales, mercado), de una potente voluntad política de los gobiernos y del compromiso de los diversos Sectores del Estado y la sociedad civil.
- g) La definición de consumo responsable, sinónimo de consumo de bajo riesgo, propiciado por la OMS y adaptado a Chile por la Autoridad de Salud es la siguiente:

- No sobrepasa el límite de sobriedad: nunca embriaguez
- Mujer de 18 años y más: hasta 3 unidades estándar (tragos) por día
- Hombre de 18 años y más: hasta 4 tragos por día
- En ambos, 18 años y más: hasta 5 días a la semana
- Menores de 18 años: retrasar primeros consumos hasta los 18,
- Nunca alcohol: durante embarazo ni durante la conducción de vehículos.

- h) La definición de venta responsable, sinónimo de venta protectora de los menores y de los clientes, requerirá ser acordada por la participación de los ciudadanos. Por ahora, el componente de venta responsable, ya establecido en la legislación, es que está prohibida la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
- i) La definición de publicidad responsable, que incluye a la publicidad y a las promociones no incitantes del consumo de riesgo y del consumo entre los menores de edad, requerirá ser acordada por la participación de los ciudadanos. Por ahora, un proyecto de ley de más de 2 años de tramitación parlamentaria la restringe a determinados horarios en los medios de comunicación social y la prohíbe en los lugares públicos y en asociación con el deporte.

Finalmente, la Estrategia Nacional sobre Alcohol propone medidas que inciden simultáneamente sobre los grupos de riesgo y sobre la población general. Ello, porque la evidencia muestra que los efectos de las medidas de aplicación general -por ejemplo, un incremento de los precios de las bebidas alcohólicas, un descenso de la alcoholemia legal para la conducción de vehículos, una reducción del número de patentes para locales de expendio- si bien alcanzan a la población general, aún a aquellos que no beben alcohol o que beben en forma responsable, afectan en mayor medida reduciendo los niveles de consumo de los grupos de mayor riesgo, adolescentes, bebedores problema severos, conductores que conducen bajo efectos del alcohol.

## **Publicidad**

La mercadotecnia, su magnitud, calidad y constante perfeccionamiento, aplicada a la promoción y publicidad de las bebidas alcohólicas, ha demostrado ser efectiva en inducir el inicio de consumo en jóvenes y el aumento de consumo en aquellos que ya lo han iniciado (Anderson, Chisholm et al 2009). Los estudios sobre la relación entre cambios en los niveles de publicidad masiva y cambios en las tasas de consumo general que no son concluyentes. Sin embargo, hay una creciente evidencia sobre la asociación entre el marketing y publicidad de bebidas alcohólicas y su impacto en posición hacia el alcohol y hacia el beber entre los jóvenes: incremento en los niveles de alerta y expectativa de beber y creación de actitudes favorables hacia el beber (Grube 1995; Wyllie, Zhang et al 1998; Fleming, Thorson et al 2004; Collins, Ellickson et al 2005; Hasting, Anderson et al 2005).

Por otra parte, no hay evidencia que sugiera efectos positivos sostenidos en la autorregulación del marketing por parte de la industria (Anderson, Chisholm et al, 2009).

Las iniciativas de control de publicidad del alcohol por los gobiernos, han sido variadas. La más conocida de ellas hoy día, es la Ley Evin en Francia (1991) que prohibió la publicidad en TV y la promoción del alcohol en la mayoría de los deportes. Los efectos sobre el consumo de alcohol fueron objetivables. Desde entonces, la internacionalización de los canales de TV, ha permitido diversas maneras a los productores de evadir tales disposiciones.

Los estudios sobre efectividad de estos controles, han mostrado resultados contradictorios. Sin embargo, en el 2002, un estudio en 20 países, extrayendo datos seriados sobre consumo y problemas asociados, a lo largo de 26 años, concluye que las restricciones legales de la publicidad del alcohol influye en un decremento del consumo de alcohol (Safer 2002).

Otros intentos de control de los efectos de la publicidad y su contenido, la constituyen la inclusión de advertencias con contenido educativo – preventivo, en etiquetas y en envases de bebidas alcohólicas. Los estudios sobre su utilidad logran mostrar efectos sobre la memorización de los mensajes, pero no sobre modificación de conductas de consumo (Babor 2003; Babor and Caetano 2005; Anderson, Chisholm et al 2009).

La potencia de los recursos que sustentan la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas, es mucho mayor que los esfuerzos que ponen los países para prevenir o evitar sus efectos sobre la salud. Como ejemplo, en un estudio publicado recientemente en España (Montes-Santiago 2009) muestra que, en el año 2005, las seis compañías de alcohol que mayor participación presentaron en publicidad general gastaron cerca de 118,2 millones de Euros en comparación con los 25,4 millones de Euros que se gastó en publicidad para la prevención por parte del Gobierno. En algunos países de Europa hay prohibición total de publicidad en televisión abierta y por cable, así como fuertes restricciones a otras formas de publicidad (Francia, Noruega, Suiza).

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 2. DISPONIBILIDAD DEL ALCOHOL**

### **Problemas a enfrentar**

La disponibilidad de las bebidas alcohólicas (oferta, acceso, publicidad) es uno de los factores que incide en el consumo nocivo de alcohol. Las estrategias de promoción y comercialización de las bebidas alcohólicas deben tener en cuenta este dato de la realidad, adecuarse a ella, y por tanto, establecer diferencias respecto de la comercialización del común de los productos.

En esta Línea de Acción el propósito es que las disposiciones existentes para las ventas y la oferta de bebidas alcohólicas, contribuyan a que el país reduzca el consumo nocivo de alcohol. Diversas estrategias pueden ser utilizadas para esto: reforzamiento del marco legal-normativo existente o introducción de nuevas medidas cuando sea necesario (por ejemplo, respecto del proceso de extensión y prórroga o caducación de patentes, o en el

ámbito de la responsabilidad de la industria y comercio); propiciar la responsabilidad de la industria y comercio relacionados; articulación de medidas que fortalezcan el empoderamiento y la participación comunitaria en el proceso; eventuales incentivos económicos para desarrollar iniciativas de reconversión productiva.

La operacionalización de estas estrategias es compleja debido a los diversos actores y niveles de intervención involucrados, a lo que se suma una falencia en los diagnósticos basales respecto a la disponibilidad de alcohol en Chile (número y densidad de patentes de expendio, entre otros).

Las medidas que aquí se proponen se refieren a la densidad, concentración y mezcla de locales de expendio, horarios de venta, y edad mínima de compra. Ellas cuentan con estudios de efectividad en la literatura internacional y/o se basan en recomendaciones generales para Chile de organismos expertos.

## Evidencias

Al hablar de disponibilidad de alcohol, en ésta revisión se hará referencia a tres dimensiones: la densidad de los puntos de venta que abarca el número de puntos de venta per cápita así como su agrupación y ubicación; los tiempos de venta que incluye horarios y días de venta; y la edad mínima legal para adquirir alcohol.

La venta de bebidas alcohólicas, se lleva a cabo a través de los mercados formal e informal. Los mercados formales son regulados por los gobiernos y sujetos a controles sobre dónde y cuándo el alcohol puede ser vendido (Babor 2003). Si bien existe prohibición total de venta de alcohol en varios países con mayoría de población musulmana y en diversas comunidades indígenas, en el mundo existe una gran heterogeneidad sobre la prohibición del uso de alcohol en determinados lugares y circunstancias, tales como beber en los parques o en las calles, los hospitales o en el lugar de trabajo (WHO 2007). Un sistema de monopolio del gobierno en la venta de alcohol puede reducir el consumo de alcohol de la población general, ya que este sistema tiende a tener menos puntos de venta abiertos y por menos horas, que los distribuidores particulares (Jurkiewicz CL 2008; SNIPH 2008; Stockwell, Zhao et al. 2009). Ejemplos de esto son Costa Rica, Suecia y partes de Canadá y Estados Unidos. A pesar que la evidencia sugiere que esta modalidad de estructura de ventas al detalle, puede ayudar a limitar los daños relacionados con lesiones de tráfico en la carretera y con las enfermedades asociadas al consumo de alcohol, su aplicación es cada vez más rara, atendida su contradicción con las políticas de libertad de comercio imperantes (Wagenaar and Holder 1995; Makela P 2002; Miller, Snowden et al. 2006).

Un sistema muy difundido para controlar el consumo es el de patentes para la venta alcohol, puesto que la infracción de las leyes puede ser castigada con la revocación de la licencia. Por otro lado, este sistema de licencias pagadas puede llevar a una proliferación de establecimientos con patente, como un mecanismo de generación de ingresos para las instituciones del Estado.

Si bien los mercados formales representan la mayoría de las compras de alcohol en los países más desarrollados, en muchas sociedades en desarrollo una gran proporción del alcohol es producido y vendido de manera desregulada e informal (Room 2002; Babor 2003). Un estudio de 2002 en Sao Paulo, Brasil, por ejemplo, encontró que sólo el 35% de los puntos de venta de alcohol estudiados tenían una licencia de alguna forma, y que los vendedores de alcohol, ya sea con o sin licencia, se enfrentan a pocas restricciones sobre el comercio (Laranjeira and Hinkly 2002).

Las restricciones estrictas a la disponibilidad pueden crear una oportunidad para el mercado ilícito paralelo, aunque en ausencia de gran producción ilegal, la mayoría de los casos pueden ser manejados con mayor fiscalización. Cuando existe un gran mercado ilícito, las nuevas exigencias a las patentes pueden aumentar la competitividad de las alternativas de mercado, y esto tendrá que ser tenido en cuenta en la formulación de políticas.

Una estricta campaña contra el alcohol se llevó a cabo en la ex URSS en 1985 para hacer frente a los crecientes niveles de consumo de alcohol y los daños derivados. Facilitado por un monopolio estatal sobre la producción legal de alcohol y de las ventas, la campaña incluyó:

- a) Producción reducida de alcohol por el Estado
- b) Número reducido de puntos de venta de alcohol
- c) Aumento de los precios del alcohol
- d) Prohibición de alcohol en lugares públicos y funcionarios en funciones sociales
- e) Aumento de la edad de la compra de alcohol (21 años)
- f) Aumento de penas y aplicación de prohibición de la producción y venta de alcohol hecho en casa

Los efectos de la campaña fueron espectaculares. En Moscú, la venta de alcohol cayó en un 61% (1984-1987), el consumo de alcohol en un 29%, el total de muertes violentas relacionadas con alcohol en un 33% y las muertes violentas en un 51% (1984-1985/6). Sin embargo, la campaña se hizo cada vez más impopular, y en 1988 el consumo de ilegal de alcohol había aumentado, mientras las finanzas públicas sufrían por la disminución de impuestos debidos al alcohol. A finales de ese año, la producción de alcohol, puntos de venta y las horas de operaciones se incrementaron, lo que puso fin la campaña. En 1992, las reformas de mercado liberalizaron los precios y el comercio, y las muertes violentas aumentaron espectacularmente hasta superar los niveles anteriores. Teniendo en cuenta otros cambios sociales y políticos en la Federación de Rusia durante este período, es probable que el aumento de las muertes violentas no sea debido sólo al alcohol. Sin embargo, las relaciones temporales entre los cambios en las regulaciones de alcohol y la consiguiente variación en la violencia, sugieren que están al menos estrechamente relacionados (Nemtsov 1998; WHO 2006; Cohen 2007).

### **Densidad y número de patentes**

Una serie de estudios muestran que una gran densidad de puntos de venta se asocia a la ingesta de riesgo, a daños asociados y a violencias. Muchos de estos estudios son transversales, por lo tanto no es posible determinar la dirección causal en esos casos; no obstante, los datos finales de los estudios transversales y longitudinales son complementarios. La conclusión de ambos en conjunto, es que un mayor acceso al alcohol normalmente generará un mayor consumo y que los índices más altos de consumo global están asociados con altos índices de problemas asociados al consumo de alcohol

En la ciudad de Boston, la mayor densidad de los puntos de venta se relacionó directamente con una mayor frecuencia de consumo excesivo de alcohol, de ingesta frecuente entre los estudiantes de nivel superior y de problemas asociados. Las mujeres, los estudiantes menores de edad y los estudiantes que adoptaron un hábito de ingesta hasta embriagarse (binge-drinking) se vieron mayormente afectados por una mayor densidad de los puntos de venta (Weitzman, Folkman et al. 2003). En California, una serie de estudios sobre informes policiales, muestra que una mayor densidad en los puntos de venta se asoció con mayor frecuencia de lesiones auto-informadas, conducción bajo efectos del alcohol, viajes en vehículos con conductores bebedores y hospitalizaciones por lesiones en accidentes de tránsito y colisiones que probablemente involucraron consumo de alcohol, informadas a la policía. (Treno, Gruenewald et al. 2001; Treno, Grube et al. 2003).

En otro estudio realizado también en California, se evidenció que una mayor densidad de restaurantes estaba asociada con una mayor frecuencia en la conducción bajo influencia del alcohol y mayor aún en sectores donde se concentran locales donde se ingiere alcohol (Gruenewald, Johnson et al 2002). En San Francisco, la densidad de locales de venta, medida como el número de patentes por kilómetro cuadrado, se asoció positivamente con lesiones en los peatones. Además, una mayor cantidad de personas informó haber bebido más cantidad, en cada ocasión en que se consumió alcohol (LaScala, Johnson et al. 2001).

En Quebec, Canadá, un aumento de los puntos de venta de vinos, coincidió con un aumento del consumo general de vino (Trodall 2005). En Alberta, Canadá, la privatización de los puntos de venta minoristas en el año 1993 fue una medida que contribuyó a un aumento en la venta de licores destilados. En Nuevo México, una mayor densidad de puntos de venta se asoció con choques automovilísticos relacionados con el consumo de alcohol, con mayor número de víctimas fatales producto de éstos y con suicidios (Escobedo and ortiz 2002). Un reciente repaso y análisis de Livingston y colegas observó que la concentración de los puntos de venta de alcohol, o la "agrupación" también es una consideración importante (Livingstone Chikritz et al. 2007). Por ejemplo, en un área de entretenimiento, con una gran concentración de puntos de venta, uno junto a otro, se pueden producir mayores problemas. Además, con una mayor concentración de puntos de venta, no es raro que se reduzcan los precios y se apliquen otros mecanismos de competencia, con el fin de atraer a los consumidores, y esto puede contribuir a vender en forma riesgosa, vender a menores de edad y a bebedores excesivos.

En general, el número de puntos de venta de alcohol está relacionado con el nivel de daños relacionados con el alcohol, siendo esta asociación más marcada cuando hay cambios importantes en el número o tipo de dichos comercios. Una mayor densidad de puntos de venta de alcohol está asociada con un mayor consumo de alcohol entre los jóvenes (Her, Giesbretch et al. 1999), con mayores niveles de asaltos y con otros daños, como el homicidio, el abuso y abandono infantil, lesiones autoinflingidas y, con pruebas algo menos consistentes, los accidentes de tráfico (Ragnarsdottir T 2002; Hibell 2004; Dualilibi, Ponicki et al. 2007; Livingston, Chikritzhs et al 2007; Chikritzhs 2007; Huckle, Huakau et al. 2008; Theall, Scribner et al 2009). Además se ha documentado una reducción del capital social (Theall, Scribner et al 2009).

Una serie de estudios de California han utilizado datos secundarios para explorar la asociación entre la densidad de puntos de venta y daños asociados al alcohol. Un importante asociación se encontró entre hospitalizaciones relacionadas con consumo de alcohol (basado en relaciones causales muy directas, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9) y el total de patentes en San Diego. En California, el número de tiendas de licor se determina por la población de la ciudad o condado (un punto de venta de cerveza y uno de vinos por 2.500 personas) (CALIFORNIA; Tatlow, Clapp et al. 2000; Gruenewald and Remer 2006) Por cada unidad de incremento en la densidad de local de venta por cada 10.000 personas, hubo un aumento de 0,48 en la morbilidad por 10.000 personas. Otro estudio relacionado, centrándose en las tasas de gonorrea como una medida de riesgo del comportamiento sexual, presentó pruebas de un experimento natural (Disturbios de 1992 en *Los Angeles*) sobre los efectos de una reducción de puntos de venta de alcohol (Cohen, Ghosh-Dastidar et al. 2006)

Los estudios que han capitalizado experimentos naturales en la disponibilidad de alcohol han venido en gran parte de los países nórdicos, donde el acceso al alcohol tradicionalmente ha sido más limitada que en muchos otros países desarrollados. Estos estudios han examinado los cambios sustanciales en la disponibilidad de alcohol como la apertura de una tienda en una comunidad que antes no tenía ninguna, o la introducción de la cerveza en los supermercados.

Estudios en Finlandia mostraron que la introducción de puntos de venta en las aldeas y los cambios a los reglamentos que permitieron la venta de cerveza en tiendas de comestibles, dieron lugar a un marcado aumento en el consumo de la cerveza; los bebedores marginados y problemáticos (*heavy-drinkers*) fueron más afectados (Makela P 2002).

Estudios realizados en Suecia se han centrado de manera similar en la introducción o eliminación de cerveza de graduación media (4,5% en volumen) de los estantes de los supermercados, y la búsqueda de efectos sustanciales en el consumo de alcohol, así como de hospitalización relacionada con el consumo de alcohol, especialmente entre los adolescentes (Ramstedt 2002). Fuera de los países nórdicos, los estudios se han centrado en el dismantelamiento de los monopolios estatales al por menor, en general, resultando en un aumento sustancial en el número de puntos de venta. La privatización de los monopolios de vinos al por menor en cinco estados en los Estados Unidos produjo aumentos significativos en las ventas de vino, sin cambios sustanciales en la cerveza o de las ventas de bebidas espirituosas (Wagenaar and Hofer 1995).

Una serie de estudios han explorado las asociaciones entre densidad de puntos de venta de alcohol y específicamente, violencia. A pesar de las limitaciones metodológicas, los resultados son en general, coherentes; a más puntos de venta, mayores niveles de violencia (Livingston, Chikritzhs et al 2007).

Un análisis de series cronológicas sobre dos medidas de asaltos y la densidad de los puntos de venta de alcohol en los locales en Noruega entre 1965 y 1990 encontró asociaciones significativas, lo que sugiere que a medida que la densidad de puntos de venta en Noruega ha cambiado, las tasas de asalto han cambiado también. Un aumento de un punto de venta de alcohol corresponde a un aumento de 0,9 agresiones investigadas cada año (Norström 2000).

Otra prueba de una relación longitudinal, fue un estudio que consideró 6 años y 581 áreas postales de California, tomando series de tiempo de la relación entre la densidad de locales de venta y asaltos (Gruenewald, and Remer 2006). El estudio incorporó una serie de controles ambientales (por ejemplo, otros lugares de venta al por menor) y los controles sociodemográficos (por ejemplo, el ingreso promedio por hogar) en los seis años, así como las medidas de densidad de los tres tipos de local de venta: bares, restaurantes y tiendas de descuento. El estudio encontró importantes efectos positivos tanto para los bares y puntos de venta, y un efecto negativo para los restaurantes. Los autores calcularon que una reducción media de un bar en cada una de las 581 áreas postales analizadas resultaría en 290 asaltos menos en los seis años de seguimiento. Un 10% de aumento en la cantidad de puntos de venta para llevar y en bares se relacionó con un 1,7 a un 2,6% de aumento en los índices de violencia. La densidad de bares en las regiones vecinas también se asoció positivamente con la violencia, lo que sugiere que nuevos bares influyen en la violencia, no sólo en su área local, sino que también en las regiones circundantes.

El maltrato y abandono en California se ha relacionado positivamente con la densidad de bares, restaurantes y locales sin-licencia, de tal manera que un aumento en la densidad de una unidad se refleja en 2,2 veces los casos de abuso (Lipton and Gruenewald 2002; Freisthler, Midanik et al 2004). Después de controlar por autocorrelación espacial, la densidad de locales de venta estaba relacionada con los casos comprobados de abuso, mientras que la densidad de bares estaba relacionada con el abandono. Las decisiones relativas al número de puntos de venta permitidos en una zona a veces se determinada por la necesidad percibida o las fuerzas del mercado. Por consiguiente, una cuestión importante no es sólo el proceso legislativo, sino también si los sistemas de concesión de patentes favorecen los intereses comerciales o la protección de la salud pública.

En Los Angeles, California, se cerraron muchos puntos de venta de alcohol luego de los disturbios de 1992. Un año después, se demostró una reducción en las tasas de asaltos violentos y ello perduró cinco años después (Yu, Scribner et al. 2008).

Un método innovador consistió en relacionar las respuestas a una encuesta a nivel nacional sobre la delincuencia y la seguridad y la ubicación, densidad y accesibilidad a locales de venta de alcohol (geo-codificación de patentes). Se demostró que las personas que vivía más cerca de los locales con patente (accesibilidad relativa) registraron mayores frecuencias de embriaguez y daños a la propiedad en sus barrios y que una mayor densidad de punto de venta estaba asociada positiva y significativamente con los niveles reportados por los residentes de la embriaguez y los problemas en sus barrios (Nueva Gales del Sur) (Donnelly 2006).

En Melbourne, Australia, el análisis espacial encontró una asociación entre la concentración de los certificados de patentes y agresiones. Aquí, así como las concentraciones de patentes aumentan, el número de agresiones por patente también aumenta, pero con mayores aumentos observados en las concentraciones más altas de patentes. Esto sugiere que las autoridades de concesión de patentes podrían identificar un máximo de la densidad de los locales con licencia a partir del cual fuertes aumentos en las agresiones son esperables(Livingston 2008).

La densidad de los puntos de venta de alcohol contribuyó significativamente a la varianza explicada de asalto en 89 áreas de las zonas urbanas marginales de Kansas City(Reid, Hughey et al. 2003).

En Chile la ley fija un límite de obtención de patentes por número de habitantes. Si bien este es un paso importante, se debe determinar si este límite es el adecuado y si los beneficios a la seguridad, la salud y el bienestar social se podrían lograr modificando esta intervención.

### **Edad mínima legal**

La aplicación de leyes que establecen o suben la edad mínima para la compra de alcohol muestra una clara correlación con la conducción bajo efectos del alcohol y el número de víctimas asociadas al daño por alcohol(Wagenaar AC 2000). La estrategia más eficaz debe incluir a los vendedores, que tienen un interés creado en mantener el derecho de vender alcohol(Wagenaar, Murray et al 2000).

A pesar de las restricciones legales, la edad en que los jóvenes pueden adquirir alcohol varía ampliamente de país en país, y va normalmente de 16 a 20 años de edad, dependiendo del tipo de bebidas y del local de venta. Casi todos los países restringen esas ventas a través de leyes. Una revisión de 132 estudios publicados entre 1960 y 1999, encontró evidencia muy fuerte de que los cambios en la edad mínima, puede tener efectos sustanciales sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes y los daños asociados, como los accidentes de tránsito, probablemente por un retraso en la edad de inicio del consumo de alcohol entre los jóvenes(Wagenaar AC 2000).

Una revisión sistemática sobre leyes en Estados Unidos, permitió mostrar que al elevar la edad mínima legal para beber alcohol la edad, se redujeron los accidentes vinculados a alcohol en una media del 16% para la edad específica de los grupos (14 estudios) y que, por el contrario, la rebaja en la edad mínima legal para beber, los accidentes relacionados, aumentaron en una mediana de 10% en los grupos de edad específica (9 estudios)(Shults, Elder et al. 2001). Los efectos fueron estables durante períodos de siete meses a nueve años. Los beneficios de una edad superior para beber se observan sólo si se cumple la ley. Pese al aumento de este tipo de leyes, los jóvenes encuentran formas para adquirir para adquirir bebidas alcohólicas.

En la mayoría de países de la UE, el proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas, mostró que la mayoría de los estudiantes de 15-16 años pensaba que conseguir cualquier tipo de bebida alcohólica era bastante o muy fácil, aumentando a 70-95% para la cerveza y el vino(Hibell 2004). Estas ventas son resultado de niveles bajos e incoherentes de la fiscalización, especialmente cuando hay poco apoyo de la comunidad para la aplicación de la ley sobre la venta de alcohol a menores de edad. Incluso moderados aumentos en la fiscalización pueden reducir la venta a menores hasta en un 35% a 40%, especialmente cuando se combina con los medios de comunicación y otras actividades comunitarias(Wagenaar AC 2000). El medio más eficaz de la aplicación está en los vendedores que, como ya se indicó, tienen un gran interés en conservar el derecho a vender alcohol.

En Chile la edad de 18 años es la fijada por Ley. Sin embargo el consumo de alcohol en el último año en menores de esta edad se ha mantenido alrededor del 50%.(CONACE 2007)

## Días y horarios de venta

Los cambios en las horas de venta de alcohol permitidas es una medida aplicada en varios países para hacer frente a daños asociados al alcohol, incluyendo la violencia. Los estudios muestran resultados contradictorios sobre el impacto que sobre la violencia ejercen los cambios de las horas de consumo permitido.

La prolongación del tiempo de venta, aunque parecen redistribuir en el tiempo y los daños relacionados con el alcohol, no reduce las tasas de incidentes violentos y a menudo conduce un aumento global del consumo problemático (Ragnarsdottir T 2002). La apertura por 24 horas en *Reykjavik*, Islandia, por ejemplo, produjo un aumento neto en el trabajo policial, en los ingresos al servicio de emergencias y en los casos de manejo en estado de ebriedad. El trabajo policial se dispersó más uniformemente en toda la noche, pero un cambio en los turnos de la policía fue necesario para acomodar el nuevo trabajo (Ragnarsdottir T 2002).

A raíz de la Ley de 2003 sobre concesión de patentes en el Reino Unido, que permite, en general, que las tiendas y supermercados pueden vender alcohol en cualquier momento (24 horas de apertura), los pubs siguieron abiertos, en promedio sólo un extra de 27 minutos (DCMS 2008; DCMS 2008). No hay un cambio real en delitos relacionados con el alcohol hasta las 03:00, pero sí un aumento del 22% en los delitos producido 03:00-06:00. En otras palabras, los delitos relacionados con el alcohol fueron trasladados hasta más tarde en la noche (Hough 2008). En algunos estudios, los cambios en la Ley de Licencias parecían tener poco impacto sobre el número de personas tratadas por las lesiones sufridas por asalto (Bellis 2006; Sivarajasingam V 2007), aunque en otros estudios, ha habido grandes aumentos en el número de ingresos relacionados con alcohol en departamento de accidentes y urgencias (Newton, Saker et al 2007). Esta legislación fue considerada como un ejemplo de política irracional contribuyente a los ya altos índices de problemas relacionados al consumo del alcohol en ese país (Heather 2006; Anderson 2007, Babor 2008).

130

En Australia Occidental, cuando los horarios de apertura se extendieron desde 24:00 a 01:00 en 1988, se produjo un 70% de aumento de los incidentes violentos en la tarde-noche (Chikritzhs and Stockwell 2002). Un estudio de cohorte examinó los datos de la policía entre 1991 y 1997, y comprobó un aumento en las tasas de asaltos, en aquellas localidades que habían ampliado sus autorizaciones, en comparación con otras en las que no había habido cambios en los horarios de venta. El aumento de los asaltos en los lugares de cierre tardío parece ser producto de mayor consumo de alcohol, más bien que por un aumento en la oportunidad para que opere la delincuencia. Por otra parte, la alcoholemia (medida con alcohometest) de los conductores participantes en accidentes de tráfico, que había estado bebiendo en los locales de cierre tardío, fue significativamente más alta que habían bebido en los locales de cierre habitual.

Los resultados de varios estudios "experimentales naturales" proporcionan las siguientes conclusiones claves sobre los impactos que genera aumentar las horas y los días de venta sobre el consumo de alcohol y el daño producido por el alcohol. En Australia, se descubrió que un aumento en las horas de venta estaba asociado a un aumento en la cantidad de alcohol comprado y un aumento en los índices mensuales de asaltos en la zona de los establecimientos que optaron por vender más horas y hasta más tarde (Chikritzhs and Stockwell 2007). Un estudio realizado en la provincia de Ontario, Canadá, reveló un aumento en las víctimas fatales de vehículos motorizados relacionados con la ingesta de alcohol en un área que aumentó las horas de venta, comparado con un área control (Vingilis, McLeod et al. 2006). Un estudio realizado en Nuevo México, mostró que luego de la autorización de la venta de alcohol en botillerías los días Domingo, aumentaron los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol y, en contraste, se detectó una disminución de los accidentes automovilísticos en las localidades que revocaron y discontinuaron la decisión de permitir la venta de alcohol los días domingo (McMillan and Lapham 2006; McMillan, Hanson et al. 2007).

La reducción de las horas o días de venta de bebidas alcohólicas produce menos problemas relacionados al alcohol, incluyendo los homicidios y agresiones. El homicidio es la principal causa de muerte en Brasil, con una de las tasas de homicidio más altas en la ciudad de Diadema (Duailibi, Ponocki et al. 2007). Datos sobre la delincuencia en la ciudad indicaban que el 60% de los asesinatos y el 45% de las quejas relacionadas la violencia contra la mujer se producían entre 23:00-06:00.

Muchos asesinatos tenían lugar en zonas con altas concentraciones de establecimientos de bebidas, mientras que la violencia contra la mujer a menudo se relacionó con consumo de alcohol. En respuesta, el 2002, una ley municipal impidió que los minoristas de alcohol abrieran después de las 23:00. La aprobación de la ley fue seguida por una campaña de información pública a los residentes acerca de la ley. Minoristas de alcohol recibían dos visitas de la guardia civil municipal seis meses y tres meses antes de la aplicación de la ley, durante las cuales la ley y sus consecuencias eran discutidas, y a los minoristas se les pidió firmar una declaración indicando su conocimiento de la ley. Después de la aplicación, la ley fue fiscalizada estrictamente con apoyo de la guardia civil municipal. En la evaluación de los impactos de la regulación, mediante análisis de series de tiempo, se estimó que los homicidios se redujeron en casi nueve por mes, lo que representa un 44% de reducción de los niveles esperados sin la regulación; y la prevención de un estimado de 319 homicidios en tres años. Las agresiones contra las mujeres también disminuyeron durante el período de evaluación. Sin embargo, esos ataques ya estaban disminuyendo antes de la aplicación de la ley, por lo que no podía atribuirse directamente a la intervención (PIRE 2004; Duailibi, Ponicki et al. 2007).

Similares resultados beneficiosos se han visto a través de restricciones en las horas de servicio de alcohol en ciudades en Colombia (por ejemplo, el programa DESEPAZ en la ciudad de Cali) (Guerrero R). En comunidades aborígenes en Australia, se ha utilizado restricción en los días de venta de alcohol para reducir los daños vinculados con el alcohol. Por ejemplo, en la localidad de Halls Creek todas las ventas de alcohol envasado fueron prohibidas antes del mediodía y las regulaciones específicas se aplicaron al barril de vino, que sólo podría ser vendido entre las 16:00 y 18.00, con compras limitadas a una por persona por día. Un antes y después del estudio encontró que estas medidas se asociaron con disminución en el consumo de alcohol a más de dos años de la aplicación de las restricciones, y con niveles más bajos de la delincuencia y los egresos de emergencia por lesiones. Asociaciones con la violencia de pareja fueron menos claras, con admisión hospitalaria fluctuante para ese tipo de violencia durante el período de evaluación (Douglas 1998). Sin embargo, el estudio no tenía el control de otros cambios que puede haber afectado a la violencia durante el período de intervención.

Algunos países imponen restricciones en los días en de la semana que el alcohol puede ser vendido. En 1981, por ejemplo, el gobierno sueco cerró las tiendas de licor los sábados para explorar los efectos sobre el uso de alcohol y la delincuencia. Un estudio descriptivo antes y después del ensayo encontró reducciones en el período de intervención en las agresiones interiores y exteriores, y en violencia doméstica y pública (Olsson O 1982). El sábado sin venta de alcohol se mantuvo en Suecia hasta 2000, cuando fue derogado. Posteriormente, una serie de estudios en Suecia halló un aumento del 3,6% neto de las ventas de alcohol cuando las tiendas de alcohol del gobierno abrieron los sábados, aunque los cambios en el daño no fueron lo suficientemente grandes como para ser significativos (Norström and Skog 2005).

La investigación también sugiere que las prohibiciones sobre las ventas de alcohol en áreas asociadas con violencia relacionada con el alcohol, pueden contribuir a la prevención de la violencia. Por ejemplo, en los Estados Unidos, un estudio antes y después se utilizó para evaluar el impacto de la prohibición de la venta de alcohol y el consumo en un estadio de la universidad. Esta investigación concluyó que la prohibición se asoció con reducciones significativas de las agresiones y detenciones, expulsiones desde el estadio y referencias de estudiantes a la oficina de asuntos judiciales (Bormann and Stone 2001). En varios países, la legislación nacional se ha utilizado para controlar la venta y el consumo de alcohol en instalaciones deportivas (por ejemplo, Portugal, el Reino Unido) (O'Brien F 2005).

## Principios de las acciones a realizar

El proceso de otorgamiento de patentes de expendio de bebidas alcohólicas debe modificarse sustancialmente, de modo de incluir un ciclo de vida de las patentes que delimite duración, prórroga o caducación de patentes y una elevación de los estándares de exigencias del proceso, en orden a reducir los problemas que se presentan actualmente.

Por otro lado, la aplicación de medidas de este tipo, requiere de una evaluación cercana y continua, suficientemente sólida y transparente.

## LÍNEA DE ACCIÓN Nº 3. IMPUESTOS AL ALCOHOL Y PRECIOS DE VENTA AL DETALLE

El daño producido por el alcohol se relaciona en forma directamente proporcional con la cantidad promedio de consumo de alcohol en gramos (Babor 2003). Existe evidencia científica sólida que demuestra que el precio del alcohol se relaciona inversamente con su consumo (Gallet 2007; Wagenaar, salois et al. 2009), y que los daños sanitarios y sociales aumentan significativamente cuando disminuyen los impuestos y los precios de las bebidas alcohólicas, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Chaloupka, Grossman et al 2002; Mäkelä 2004, Gallet 2007).

Una de las intervenciones más efectivas a nivel poblacional para reducir el daño producido por el alcohol en un país es el aumento del precio de venta al detalle de la bebidas alcohólicas (Anderson, Chisholm et al. 2009, Chaloupka 2009; Wagenaar, Maldonado-Molina et al. 2009; WHO 2009). El precio puede ser aumentado directamente, a través de fijación de valores mínimos, o indirectamente, a través del aumento de impuestos a estas bebidas.

Se ha demostrado que el aumento del precio tiene un mayor impacto favorable en las personas que beben en exceso, en las poblaciones socio-económicamente vulnerables y en los consumidores jóvenes (Mäkelä 2004).

En el caso de los jóvenes, la implementación de políticas de precios e impuestos se refleja en un retardo en la edad de inicio en el consumo de alcohol; la disminución del volumen de alcohol ingerido en cada evento de ingestión; la disminución de la progresión en el tiempo del consumo de alcohol y en mejoras en su rendimiento educacional (WHO 2009).

Se ha observado en diferentes países que incrementos en el precio del alcohol determinan reducciones en la incidencia de violencia en general e intrafamiliar (principalmente hacia la mujer) (Markowitz 2000); maltrato infantil (principalmente estudiado en reducciones del consumo de cerveza) (Markowitz and Grossman 2000); eventos suicidas (Markowitz, Chatterji et al. 2003)<sup>9</sup>; crímenes violentos (principalmente en el grupo de hombres entre 10 y 24 años) (Markowitz 2005); incidencia de accidentes laborales (Ohsfeldt 1997); enfermedades de transmisión sexual (Sen 2008) y muertes en accidentes de tránsito (Chaloupka 1993).

La fuerza de la evidencia disponible ha llevado a la OMS a proponer como una línea central de acción la implementación de políticas de precios e impuestos para el control del consumo de alcohol (WHO, 2009) (WHO 2009). En este mismo sentido, en varios países, incluyendo algunas provincias de Canadá (Columbia Británica y Nueva Escocia), la mayoría de los países nórdicos, Australia, Nueva Zelanda y Escocia han incorporado mayores impuestos y/o un precio de referencia mínimo para la venta de alcohol.

Basado en la evidencia internacional, el 2006 se realizó un estudio en Chile sobre costo-efectividad de distintas estrategias de salud pública para reducir los daños producidos por el alcohol, el cual determinó que la medida de mayor costo-efectividad para una intervención a nivel nacional sería un incremento en las tasas de los impuestos a las bebidas alcohólicas (Villalón Estudio de costo-efectividad de programas de Salud Mental en Chile).

Consecuentemente, la fuerza de la evidencia disponible hace imprescindible incorporar intervenciones sobre precios e impuestos dentro de la presente Estrategia Nacional sobre Alcohol, como una medida central para incidir en la disminución de la ingesta de alcohol y en la reducción del daño secundario a este consumo.

Al mismo tiempo, dado el contexto de globalización económica y los tratados internacionales firmados por Chile durante los últimos años, las propuestas de impuestos y precios a bebidas alcohólicas deben considerar los posibles efectos sobre los distintos actores involucrados, tanto nacionales como internacionales, y los respectivos marcos regulatorios.

## Evidencias

### Relación entre precio y consumo de alcohol

Cuando otros factores como la capacidad adquisitiva o el precio de productos relacionados se mantienen constantes, se observa que un aumento en los precios del alcohol lleva a un menor consumo de alcohol (Babor 2003). La disminución en el consumo varía según los distintos tipos de bebida. Un metanálisis de 112 estudios muestra un promedio de elasticidades de -0,46 para cerveza, -0,69 para vino y -0,80 para destilados y licores. En general, las elasticidades son menores en relación a la bebida alcohólica preferida (Wagenaar, Salois et al 2009).

Un estudio nacional del año 2002 (GEMINES-Consultores 2002) establece elasticidades para el mercado nacional: cerveza: -0,73, vino: -0,60, pisco: -1,46 y whisky: -4,8. Destacando la elasticidad de los destilados medidos y de la cerveza con respecto a valores internacionales.

Los efectos en la disminución en el consumo de alcohol son mayores en el largo plazo, lo que resulta relevante en el contexto de la aplicación de la medida como política pública. Un metanálisis de 132 estudios que analizan los efectos del beber respecto a las variaciones en el precio de las bebidas alcohólicas y la disminución en el consumo, encuentra una elasticidad promedio para bebidas alcohólicas de -0,52 para el corto plazo y de -0,82 para el largo plazo (Gallet 2007).

Los consumidores tienden a aumentar su consumo y a preferir bebidas alcohólicas más caras si los precios relativos disminuyen, tanto dentro de una misma categoría de bebida como a través de distintas categorías. Si por el contrario los precios aumentan, los consumidores reducen su consumo total y tienden a preferir bebidas alcohólicas más baratas (WHO 2009).

Aumentar los precios de las bebidas más baratas, fijando un precio mínimo, tiene mayor impacto en el consumo total que incrementar los precios de las bebidas más caras<sup>10</sup>

Las políticas que incrementan los precios del alcohol retardan el inicio en el consumo de alcohol por parte de los jóvenes; disminuyen el volumen de alcohol ingerido en cada evento y la progresión en el tiempo del consumo. Un incremento en el precio del alcohol de 5% disminuye la probabilidad de eventos de consumo excesivo a nivel individual de 0,22 (Mälekä 2004).

Aunque los impuestos al alcohol presentan tasas actuales no despreciables en Estados Unidos, el costo social del consumo de alcohol aún sobrepasa el tamaño del ingreso del impuesto recolectado. Evidencia que ha sido presentada a favor de un incremento en los impuestos (Vermeend 2008).

Un estudio de costo-efectividad realizado en Chile el año 2006 (Saldivia 2006), que analizó a partir de metodología WHO-CHOICE combinaciones de tratamientos para alcohol, determinó que la medida de mayor costo-efectividad para una intervención a nivel nacional es el incremento en las tasas de impuesto, debiendo aumentarse en 25% o más respecto a la tasa actual para lograr los mejores resultados (Cnossen 2006).

El estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible del 2007 determinó que el consumo de alcohol es el factor de riesgo con mayor carga por pérdida de AVISA en Chile representando un 12,4%. Una disminución del consumo promedio de alcohol en Chile de un 20% , implica que se evitarían 1.380 muertes anuales y 105.063 AVISA(MISAL 2007) (Ver *Tabla 1*).

### **Evidencia de la relación entre precio de bebidas alcohólicas y daño secundario**

Los principales factores que contribuyen al daño producido por el alcohol derivan de sus efectos biológicos, psicológicos y sociales, determinados por la cantidad promedio de consumo e la modalidad de ingesta(Babor 2003).

En Finlandia, en el año 2004 se eliminaron los impuestos a la importación de bebidas alcohólicas provenientes de países de la Comunidad Europea, lo que significó una reducción del precio de las bebidas alcohólicas en promedio de 30%. El consumo de alcohol aumentó en un 10%, las muertes por enfermedad hepática aumentaron un 46% respecto al bienio anterior (lo que denota un gran efecto en personas con consumo severo previo); aumentaron las tasas de muertes por accidentes y violencia y las hospitalizaciones debidas al alcohol. Las muertes se distribuyeron en los individuos socio-económicamente menos favorecidos(Mäkelä 2004).

Entre los años 1983 y 2002, los incrementos en los impuestos al alcohol, le significó al estado de Alaska una disminución de la mortalidad por enfermedades relacionadas al alcohol, incluyendo muertes por cirrosis hepática, intoxicaciones agudas por alcohol, cánceres relacionados a alcohol y enfermedades cardiovasculares, entre otras. La tasa de mortalidad por cirrosis hepática respondió a pequeños cambios en el precio del alcohol, reportándose que un incremento de 10% en la tasa de impuesto al alcohol determinó una disminución de 32% en la tasa de muertes por esta enfermedad(Wagenaar, Maldonado-Molina et al 2009).

Incrementos en el precio del alcohol determinan reducciones en incidencia de violencia en general e intrafamiliar (principalmente hacia la mujer)(Markowitz 2000).

Incrementos en el precio del alcohol determinan reducciones en incidencia de abusos a menores (principalmente estudiado en reducciones del consumo de cerveza en relación a aumentos en el impuesto al alcohol)(Markowitz and Grossman 2000).

Incrementos en el precio del alcohol determinan reducciones en incidencia de eventos suicidas (principalmente en el grupo de hombres entre 10 y 24 años estudiados)(Markowitz, Chatterji et al. 2003) y crímenes violentos(Markowitz 2005).

Incrementos en el precio del alcohol determinan reducciones en incidencia de accidentes laborales(Olsfeldt 1997).

Incrementos en el precio de la cerveza determinan reducciones en incidencia de enfermedades de transmisión sexual (explicando aproximadamente un décimo de la disminución)(Olsfeldt 1997).

Incrementos en el precio del alcohol pueden condicionar mejoras en el rendimiento educacional entre jóvenes y adultos jóvenes(WHO 2009).

## **Fijación de impuestos al alcohol, acuerdos de comercio internacional y marco legal chileno**

Las obligaciones contraídas por Chile a través de tratados internacionales condicionan las medidas gubernamentales para controlar el alcohol. En la práctica, el resultado de dichos acuerdos ha sido la disminución de ciertos impuestos, por lo que obligatoriamente debe considerarse este escenario en el diseño de una política de precios para el alcohol.

Chile presenta acuerdos comerciales internacionales regulados por la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT, por sus siglas en Inglés), ratificado en el año 1995; lo que ha generado un cambio en los controles sanitarios públicos sobre el alcohol en el país.

Uno de los principios centrales del GATT y la OCM es que los países participantes deben dar a los compradores y vendedores de signatarios extranjeros un tratamiento tan favorable como el que se da a los compradores y vendedores nacionales (Babor 2003).

La regulación actual sobre Impuestos a las ventas y servicios de bebidas alcohólicas depende de lo indicado por el Decreto Ley N° 1.606 que incluye los cambios realizados por la Ley N° 19.716, que modificó las tasas que afectan a las bebidas alcohólicas adecuándolas a las normas de la OMC (posterior a la resolución de dicha institución frente a la demanda de la Comunidad Europea en relación a las tasas aplicadas por Chile, específicamente al Whisky), lo que significó una modificación del Artículo 42 del Decreto ley N° 1606, que determinó la siguiente baja en las bebidas referidas en la letra a) y la mantención de los impuestos en las letras siguientes:

- a) A los licores, piscos, *whisky*, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al *vermut* se les aplica una tasa del 27%; lo que en la práctica significó una disminución de 20% en la tasa del *whisky* y 3% en el resto de las bebidas citadas.
- b) A los 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, se les aplica una tasa del 15%;
- c) A las bebidas analcohólicas naturales o artificiales, jarabes y en general cualquier otro producto que las sustituya o que sirva para preparar bebidas similares, se le aplica una tasa del 13%;
- d) A las aguas minerales o termales a las cuales se les haya adicionado colorante, sabor o edulcorantes, se le aplica una tasa del 13%.

## **Hacia un modelo explicativo de los hechos**

Si otros factores se mantienen constantes, a mayor precio de las bebidas alcohólicas, menor consumo. Si bien la variación de la demanda respecto al precio es inelástica y existen variaciones respecto a los distintos tipos de alcoholes, la demanda disminuye con el aumento de los precios de las bebidas alcohólicas, lo que puede explicarse desde el modelo de la decisión racional y las leyes de la oferta y demanda.

El efecto de la disminución del consumo frente al aumento del precio ocurre con mayor intensidad en el largo plazo (después de 6 a 12 meses de implementada la medida). Este hecho nos demuestra que el alcohol no es una mercancía (*commodity*) ordinaria, ya que un grupo de la población presenta dependencia a estas bebidas y requiere de un período de tiempo para experimentar el impacto del mayor precio.

A partir de cierto umbral de consumo, se cumple que a mayor consumo de alcohol, mayor daño sanitario y social, dados los efectos biológicos a nivel de los distintos órganos del cuerpo y los efectos neuro-cognitivos, emocionales y conductuales que produce el alcohol.

La disminución en el consumo de alcohol determina entonces una disminución de los eventos de morbilidad y mortalidad relacionados con su consumo, especialmente en consumidores con patrones e intensidades de consumo moderado a severo (lo que incluye especialmente al estrato de población joven y la de adulto con consumos moderados y severos), en las dimensiones biológicas (intoxicaciones por alcohol, cirrosis hepática, cánceres secundarios a consumo de alcohol, eventos cardiovasculares), psiquiátricas (enfermedades mentales debidas al consumo de alcohol) y sociales (hechos de violencia, accidentes y criminalidad relacionados al consumo de alcohol).

### **Valor predictivo de las medidas sugeridas**

La evidencia actual apunta sólidamente a sustentar políticas de impuestos y precios para efectos de disminuir el consumo de alcohol y sus efectos nocivos. El siguiente paso es el estudio y análisis de políticas públicas dirigidas conscientemente en dirección a los resultados deseados (disminuir el consumo y disminuir los daños relacionados a alcohol) y la evaluación posterior de dichas políticas. Como un avance en este sentido puede considerarse el ejemplo referido anteriormente respecto a la modelización en base a datos del Reino Unido (Meier 2009; Purshouse 2009) que pretende estimar los efectos sobre el consumo luego de la fijación de precios al alcohol.

### **Principios de las Acciones a Realizar**

Considerando la fuerte evidencia mundial existente sobre la relación entre impuestos/precios y efectos adversos del alcohol, las modificaciones de impuestos al alcohol y de los precios de venta al detalle deben estar orientadas a disminuir los impactos negativos sociales, económicos y sanitarios del alcohol.

Las modificaciones de impuestos al alcohol y de los precios de venta al detalle deben producir la menor perturbación posible en el sistema económico relacionado con la producción y comercialización de bebidas alcohólicas.

El aumento en los impuestos y precios de venta al detalle de las bebidas alcohólicas debe ser proporcional a los grados de alcohol absoluto que ellas contienen.

El aumento en los impuestos de las bebidas alcohólicas debe producir un aumento de los precios de venta al detalle y, por tanto, un menor consumo de estas bebidas.

Considerando la baja elasticidad de los precios del alcohol a corto y mediano plazo, una proporción del alza de impuestos se traducirá en un menor consumo y otra proporción se traducirá en un aumento en la recaudación de impuestos. Este mayor ingreso por impuestos puede también contribuir a disminuir los efectos adversos del alcohol en el país a través de su inversión en las distintas medidas de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

Además del alza de impuestos, se deben establecer precios mínimos de venta al detalle para las distintas bebidas alcohólicas, de modo de asegurar que posibles estrategias promocionales no contrarresten el efecto de los impuestos en los precios.

La fijación de impuestos y de precios mínimos de venta al detalle a las bebidas alcohólicas debe ser flexible y debe modificarse periódicamente de acuerdo a los impactos sociales, económicos y sanitarios que produzca.

En el caso que se produzcan efectos indeseables en el sistema económico relacionado con la producción y comercialización de bebidas alcohólicas (disminución de ganancias, pérdidas de puestos de trabajo, etc.), se deberán tomar medidas paliativas que incentiven la exportación de bebidas alcohólicas y/o la diversificación de actividades económicas hacia otros rubros.

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 4. EXPENDIO DE ALCOHOL Y POLÍTICAS DE VENTA AL DETALLE**

### **Problema a Enfrentar**

Las medidas propuestas en esta línea apuntan hacia la forma como se vende el alcohol, para consumo y para llevar, con la idea de proponer pautas de manejo para el consumo de bajo riesgo. Existen varias intervenciones que abordan la manera en que se vende y se expende el alcohol, y también las políticas generales para los establecimientos donde se ingiere alcohol. Una ausencia de políticas o la aplicación de políticas que no están basadas en la evidencia o la efectividad, puede contribuir al expendio excesivo de alcohol, a la venta a menores de edad, así como a la violencia y trastornos los establecimientos y vía pública para la ingesta de alcohol.

En algunas regiones de Canadá y los Estados Unidos, se instituyó con resultados exitosos, la co-responsabilidad ante la ley de los dueños de locales de venta de alcohol bares, restaurantes y similares), para casos en los que si sus clientes han estado consumiendo hasta niveles de intoxicación y luego al abandonar el establecimiento, han causado muertes, lesiones o daños a terceros. Muchas regiones poseen una pauta para el expendio de alcohol, o requisitos de capacitación para vender alcohol, sin embargo, muchas no son evaluadas.

Las medidas que aquí se proponen, han demostrado efectividad en estudios disponibles en la literatura internacional y/o están basadas en recomendaciones generales para Chile de organismos expertos, respecto de la promoción y venta al detalle del alcohol.

### **Evidencias**

La violencia relacionada con el alcohol, se produce alrededor de la forma de beber (por ejemplo, pubs, bares y discotecas). Algunos estudios han encontrado específicamente que los factores ambientales en la forma de beber pueden contribuir a la violencia: bajos niveles de confort (debido, por ejemplo, a la limitada disponibilidad de lugares o por hacinamiento en los flujos de entradas, salidas, lugares para beber, lugares para bailar y baños), deficiente capacitación del personal, permisividad hacia conductas de riesgo, enfoque agresivo adoptado para cerrar a tiempo el bar, escaso acceso a los transportes en la noche y aspectos de la diversidad étnica de los clientes. La evidencia en relación con medidas a tomar en este sentido, se han dividido en acción comunitaria, actividad fiscalizadora y capacitación al personal.

### **Acción comunitaria**

Una serie de intervenciones, de base comunitaria, han tratado de modificar y gestionar los entornos de los locales, intentando reducir los daños relacionados con el alcohol, incluyendo la violencia (Hughes 2007; Bellis 2007 MA 2008; Graham 2008). Una revisión sistemática informó de efectos sociales beneficiosos en la reducción de la violencia (Ker and Chinnock 2008). Por ejemplo, un programa especial en Suecia informó una reducción en crímenes violentos a través de una combinación de entrenamiento sobre servicio responsable de bebidas alcohólicas, movilización de la comunidad y la aplicación estricta de la legislación vigente de concesión de patentes (Wallin 2003). El proyecto se inició en 1996 y estableció una asociación entre los representantes de la Junta de patentes,

la policía, la administración del condado, el Consejo Nacional de Salud, el ayuntamiento de Estocolmo, la organización de los dueños de restaurantes, el sindicato de personal de los restaurantes y los propietarios de los locales con patente de la ciudad. Las intervenciones realizadas incluyeron capacitación para el personal del bar, entrenamiento de los guardias en cuestiones tales como manejo de conflicto, políticas de venta para los locales con licencia y una mayor fiscalización del cumplimiento de la legislación vigente. La evaluación de la intervención consideró que los crímenes violentos disminuyeron en un 29% durante el período de intervención (Wallin 2003). Un análisis coste-efectividad estimó que el programa ahorra 39 euros por cada euro invertido (Mansdotter, Rydberg et al 2007).

En Australia, otro proyecto usó movilización de la comunidad, códigos de prácticas para los locales con patente, aumento de fiscalización de las leyes de concesión de patentes y medidas de seguridad medioambiental (por ejemplo, iluminación y transporte público) para hacer frente a problemas relacionados al alcohol en los ambientes nocturnos. Un control antes y después de la intervención se asoció con reducciones en las quejas (28%), violencia verbal (60%) y amenazas (41%) en los locales de consumo en el transcurso de la intervención. Los cambios dentro de lugares de consumo que más contribuyeron a la reducción fueron la mejoría del confort (por ejemplo, disponibilidad de asientos), el aumento de transporte público, menos actividad sexual en sitios públicos y menos personas ebrias (Homel, Carvoith et al. 2004).

### **Actividad fiscalizadora**

La actividad policial es fundamental para las estrategias de reducción de la violencia en los sectores donde se venden bebidas alcohólicas. Esto puede incluir vigilancia muy visible de las áreas donde se producen desordenes asociados al alcohol y el control de patentes. El impacto del reforzamiento policial se ha estudiado en varios países, incluyendo Australia, Nueva Zelandia, el Reino Unido y los Estados Unidos. Una revisión de estas estrategias (Graham 2008) concluyó que los efectos de los controles policiales aleatorios (con orientación a los locales con patente) fueron modestos en los períodos de intervención, y los beneficios sobre la violencia suelen ser de corta duración. Mayor evidencia apoya el uso de los controles policiales específicos en las prácticas de los locales con patente. *New South Wales*, Australia, en registros de un programa especial, se documentó si los individuos que participaron en incidentes policiales habían consumido alcohol antes del incidente, y donde se habían tomado su último trago. Locales con patente, identificado como "de última copa" recibieron información detallando el número y características de los delitos relacionados con el alcohol asociado a su expendio. Esto fue seguido por una visita a las instalaciones de la policía para llevar a cabo una auditoría de las prácticas de gestión y formular recomendaciones de mejora, concluyéndose con un seminario sobre gestión responsable de los locales. La evaluación, mediante un diseño aleatorizado y controlado, encontró una mayor reducción de los incidentes relacionados con el alcohol y las agresiones en los centros intervenidos (Wiggers, Jauncey et al. 2004).

Hay algunos buenos ejemplos de formas de fiscalización que previenen la venta de alcohol a menores (Wagenaar, Toomey et al. 2005), aunque la mayoría de los efectos decayeron en tres meses. Se sugiere que un programa regular es necesario para mantener la disuasión.

### **Capacitación del personal**

La capacitación del personal en locales con patente también puede constituir un aspecto importante de la prevención y varios programas se centran en el servicio responsable de alcohol por parte de personal del bar, de modo que puedan prevenir y manejar la intoxicación entre sus clientes. En el entrenamiento, se tiende a desalentar las malas prácticas como apurar bebidas, y fomentar las intervenciones "suaves" (ofrecer acompañamiento de alimentos, desaceleración del consumo). Estudios del impacto de la adhesión a la política de expendio para evitar la intoxicación han encontrado efectos modestos en la reducción del consumo excesivo y del beber de riesgo (Stockwell 2001), aunque otros han encontrado que el entrenamiento de los "bar-tenders" disminuye el promedio de alcoholemia de los clientes y disminuye la proporción de clientes con alcoholemias altas (Holder, Gruenewald et al 2000).

En Canadá, un programa especial de capacitación ha demostrado éxito en la reducción de la agresión mediante el desarrollo de las aptitudes del personal en el manejo de conflicto y la reducción de conductas agresivas. Este programa consiste en tres horas de capacitación para todo el personal en locales con patente, un libro para los propietarios de bares y directivos para ayudarles a evaluar los riesgos ambientales en sus instalaciones, y un folleto informando a los propietarios de bares y al personal de sus responsabilidades legales en la prevención de la violencia. Un ensayo aleatorio mostró que el programa redujo las agresiones graves y moderadas en los locales intervenidos, estos efectos se vieron atenuados por el cambio de personal de los directivos y el personal de guardia en los bares: de los intervenidos, los locales con mayor rotación de personal tuvieron más agresiones reportadas (Graham, Osgood et al 2004).

### **Principios de las acciones a realizar**

Se requiere regular e innovar en la regulación y práctica del expendio de bebidas alcohólicas al detalle, para incidir positivamente en el consumo nocivo de alcohol. Para esto será necesario concordar una política de expendio que incluya ciertas medidas de control y buenas prácticas. Es aconsejable la realización de un estudio que ilumine sobre el patrón de ventas al detalle prevalente en diferentes tipos de locales de expendio.

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 5. TRÁNSITO, ACCIDENTES Y CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL**

### **Problema a enfrentar**

El rápido y creciente desarrollo de caminos y de vehículos motorizados que ha acompañado y sustentado el desarrollo económico del último siglo, ha traído asimismo un gran costo en vidas, discapacidad y daños materiales.

La OMS para el año 2002 estimó en 1,2 millones el número de personas muertas en accidentes de tránsito en el mundo y en 50 millones los que resultaron víctimas de traumatismos y/o discapacidad.

En el año 2004, una Sesión Plenaria de la Asamblea General de Naciones Unidas dedicada a la crisis mundial de los accidentes de tránsito, culminó en un Resolución que insta a todos los gobiernos a enfrentar la seguridad en el tránsito como una materia urgente (UN 2004).

En el año 2002, los accidentes de tránsito representaron la causa número 11 de muertes en el mundo y algunos países latinoamericanos mostraban las tasas más elevadas. Se ha estimado que el costo de los accidentes de tránsito en países de bajo nivel de ingresos llega al 1% del PIB y en los de niveles de ingresos medios, entre los que se ubica Chile, llega a 1,5 % del PIB (Ameratunga, Hajar et al 2006). Como ya se vio anteriormente, también en Chile la tendencia es al alza y en forma creciente.

En el año 2000 los Objetivos Sanitarios para la década se propusieron el objetivo de "quebrar la tendencia al ascenso de la mortalidad por accidentes de tránsito" y, como meta "mantener la tasa estandarizada por edad del año 1999 (10,9 por 100.000 habitantes)". La evaluación a medio camino no era en absoluto satisfactoria. Uno de los objetivos de desarrollo estipulados se refirió a desincentivar el "uso de alcohol".

Una de las mediciones que se utilizan en el país es la que proporciona Carabineros de Chile y que procesa y difunde la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET), cuya ventaja es que se actualiza día a día y se analiza dos veces cada año. Su desventaja es que sólo señala fallecidos y lesionados, hasta 24 horas después de ocurrido el siniestro y por tanto, no refleja lo que sucede con los traumatizados luego de esa plazo.

Según ese recuento de "muertes próximas" o inmediatas, la "presencia de alcohol" en el conductor o en el peatón daba cuenta de la segunda causa de muerte por accidentes de

tránsito, con 2741 personas fallecidas contabilizadas entre el 2001 y el 2008, equivalente al 20, 65 %, sin grandes variaciones en los diversos años. La morbilidad inmediata y secundaria por trauma oscila alrededor del 10 % (CONASET 2008).

La población tiene la percepción de que las políticas seguidas hasta la fecha no son efectivas o muestran resultados positivos sólo de corta duración, a pesar de que en el país se han introducido sucesivas modificaciones en la legislación del tránsito; de la alarma ciudadana que se activa intermitentemente; de la labor de la policía y el progresivo mejoramiento de caminos y calles y la seguridad de los vehículos motorizados.

En el curso año 2009, sin embargo, se asistió a un descenso de un 15,4 % en las muertes próximas, cuyos factores causales será muy relevante estudiar con detenimiento.

Varios países desarrollados han tenido éxito en reducir la incidencia de accidentes y traumatismos a pesar del incremento explosivo y continuado de la motorización. Esto muestra que existen medidas potencialmente efectivas para la prevención de tales eventos. Tales medidas se han dirigido más frecuentemente a resguardar la seguridad de los ocupantes de los vehículos que la de los usuarios pedestres de los caminos y rutas (cinturones de seguridad, airbags, etc.).

Por cierto, los peatones son también usuarios de calles y caminos. Por otra parte, éstos son los más vulnerables y los que requieren de mayor protección.

No son siempre fáciles las medidas a tomar y a veces se encuentran resultados paradójales. En México, una medida que fortalecía la denuncia de las lesiones a peatones, resultó en un incremento de la conducta de huida de los automovilistas luego de un atropellamiento, dado la complejidad y dilación en los procesos (Hijar and Trostle 2003).

Una menor ocurrencia de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol puede lograrse desde políticas de alcohol más generales: precio de las bebidas alcohólicas, edad mínima de venta, densidad de locales de venta, más un soporte en campañas por medios de comunicación social (Grube).

La coordinación y sinergia de la Estrategia sobre Alcohol, con la Estrategia Nacional de Seguridad Vial constituye una vía de desarrollo de gran potencialidad. De hecho, las ideas contenidas en la sección correspondiente en esa Estrategia son muy coincidentes. Su título es "Política pública para proteger a la sociedad del "Tomar y manejar" y su objetivo, llamado "requerimiento", se formula así: "Posicionar en la cultura chilena al "tomar y manejar" como un grave atentado a la vida que debe ser erradicado de la sociedad". Entre los instrumentos propuestos se cuenta el promover una política de Estado de alta visibilidad tendiente a erradicar el "Tomar y manejar", que comprenda la redefinición legal del "Tomar y manejar" y el marco de fiscalización y sanciones, para asegurar su efecto disuasivo y generar instancias de reeducación y rehabilitación

## **Evidencias**

### **Intervenciones que regulan la alcoholemia legal**

Los estudios muestran que la presencia de alcohol en la sangre de un conductor (alcoholemia), en niveles menores que 0,5 gramos por litro de sangre ya afectan diversas funciones que se utilizan en la conducción de vehículos y que desde 0,5 a 0,8 gramos por litro, el deterioro en los rendimientos se hace cada vez más marcado y generalizado (Moskowitz 1988).

La probabilidad de siniestro de los conductores con alcoholemia de 0,5 g/l es el doble, con 0,8 g/l es 10 veces mayor que con alcoholemia 0 y, con 1,5 o más el riesgo se multiplica cientos de veces. Este ascenso en la curva de riesgo es aún mayor para accidentes fatales, accidentes de un solo vehículo y en conductores jóvenes (Babor 2003).

Varios países han establecido límites a la alcoholemia permitida para conducir, en vista de la fuerte evidencia de su efectividad como política pública. Muchos han ensayado bajar los límites previamente permitidos con resultados consistentemente positivos sobre la accidentabilidad y sus consecuencias y ellos tienden a ser duraderos y costo efectivos (Johan 2000; Mann, Macdonald et al. 2001).

En diferentes estados de Australia, se obtuvieron declinaciones entre 8 y 18 %, al reducir la alcoholemia legal a 0,5 g/l (Henstridge 1997) y en diversos estados de EEUU y Australia, se alcanzaron descensos entre 9 y 24 % (Shults, Elder et al. 2001).

Los conductores novatos y los adolescentes y jóvenes muestran mayor riesgo de accidentes de tránsito y de accidentes asociados al consumo de alcohol, debido a su menor experiencia tanto con la conducción, como con el beber y por la naturaleza más temeraria habitual en este grupo de edad y que después tiende a moderarse.

Las políticas dirigidas a controlar este riesgo específico han incluido la adopción de niveles más bajos para la alcoholemia legal, la suspensión automática de la licencia y otras. La comparación de 12 estados de EEUU que aprobaron leyes de "tolerancia cero" para los conductores menores de 21 años, en comparación con los estados vecinos que no lo habían hecho, mostró una reducción mayor en un 20% en la tasa de accidentes nocturnos, de un solo vehículo, con resultados de muertes. Otros parámetros en otros países también son consistentes (Hingson 1994).

### **La fiscalización de los conductores mediante el uso de detectores de alcohol en el aliento ("alcotest").**

La percepción de mayor probabilidad de ser sorprendido en infracción es, a la postre, el mecanismo psicológico que hace la diferencia en la conducta del conductor.

Una estrategia para influir en esa "percepción de riesgo" es aumentar la frecuencia y visibilidad de la fiscalización de la conducción bajo los efectos del alcohol ("Tomar y Manejar"). Las "campañas de fiscalización", generalmente producen efectos positivos, pero de corto plazo (Ross 1982).

La fiscalización con uso de alcotest puede realizarse con variadas metodologías. La llamada "puntos de chequeo de sobriedad del conductor", se aplica a aquellos conductores en los que la policía considera que es probable hayan estado bebiendo en lugares de alto riesgo (lugares de alta densidad de locales de expendio de alcohol, de noche, en fines de semana). Si bien tienen efectos positivos, ellos son considerablemente menores que si se aplica en forma aleatoria. En efecto, una medición en Australia mostró que no más de un 10% de los conductores con alcohol son efectivamente detectados durante los controles (Watson 1994) y en EEUU, una estimación confiable es que en los controles, la policía detecta no más de un 50% de los conductores que se encuentran efectivamente bajo efectos del alcohol (Mc Knight 2001).

La aplicación de análisis de aire espirado en forma aleatoria (alcotest aleatorio) consiste en la aplicación de la prueba en forma rutinaria, por los controles que la policía realiza al azar, esto es, aunque los conductores no sean susceptibles de sospecha de haber bebido alcohol o participado en una infracción o accidente. Además, los lugares, días y horas de aplicación son variables y no son previamente anunciados. Sin embargo, el procedimiento es altamente visible y publicitado a través de los medios. Rehusarse a practicar la prueba es considerado estar en infracción. En países como Australia, Inglaterra y Estados Unidos la probabilidad de haber sido controlado llegó a ser tan alto como un 16 a 82% en el año, en determinados años (Williams 2000).

En diversas revisiones de fiscalizaciones con aplicación de alcotest se demuestra que la aplicación aleatoria fue seguida de una reducción de los accidentes con y sin resultados de muertes (13 a 36% de reducción), que es hasta dos veces más efectivo que la fiscalización en puntos de chequeo no aleatorio, que los efectos dependen de la frecuencia de las fiscalizaciones y que si ellas son de suficiente frecuencia, los efectos perduran durante varios años (Henstridge 1997; Shults, Elder et al. 2001).

En suma, hay una fuerte evidencia de que la aplicación de alcotest en forma frecuente, aleatoria (no selectiva), altamente visible, tiene un efecto sostenido y significativo en la reducción de la conducta de tomar y manejar, accidentes asociados al consumo de alcohol y muertes y lesiones relacionadas.

## **Reeducación de infractores**

La efectividad de las sanciones habituales respecto de los infractores reiterados puede incrementarse si se combinan con tratamiento para los problemas del alcohol (De young 1997).

Los programas de tratamiento deben tener una estructura precisa, los contenidos deben ser amplios (no sólo referida al consumo problema de alcohol). La duración utilizada es variable (desde 8 horas, en un solo día, a 10 semanas). La asistencia debe ser obligatoria y acreditada ante el juez. Si no se da simultáneamente con la suspensión de la licencia el programa es inefectivo (Wells-Parker, Bangert-Drowns et al. 1995; Wells-Parker 2000).

En una revisión de 215 programas "remediales", se concluyó que la combinación de la suspensión de licencia, más educación, consejería psicoterapéutica o contactos de seguimiento obligatorios, demuestra un 7 a 9% de efectividad adicional que aquellos infractores reincidentes que sólo reciben suspensión de la licencia de conducir (Wells-Parker, Bangert-Drowns et al. 1995).

## **Intervenciones que buscan incrementar la intensidad de las sanciones administrativas (suspensión de licencias de conducir) a los conductores infractores por tomar y manejar.**

La medida más habitualmente utilizada por los países para controlar la conducción bajo la influencia del alcohol ha sido el incremento de las penalidades o hacerlas obligatorias. Sin embargo, la evidencia acerca de su efectividad es más bien débil. Incluso ello puede llegar a ser contraproducente si el sistema judicial para sancionar las infracciones reportadas resulta demasiado lento o sobrecargado (Ross 1989).

Por otra parte, sanciones penales severas, tales como el encarcelamiento, tienen "beneficios indirectos" al ser utilizadas "como último recurso", pero de aplicación inflexible para que los infractores repetidamente reincidentes acepten participar en programas más constructivos, tales como tratamiento residencial o en una forma de libertad vigilada (Mc Knigh 2001).

La única sanción que demuestra un impacto consistente es la descalificación o retiro de la licencia para conducir. La suspensión de licencia muestra efectividad tanto para las infracciones por conducir bajo la influencia del alcohol como por otras causales. Los infractores tienden a reincidir más frecuentemente si no se aplica suspensión de licencia y, a la inversa, aquellos que recibieron sanciones de suspensión de licencia más prolongadas, reinciden menos frecuentemente (Homel, Carvolth et al. 2004). La inmediatez de la medida en sí misma también ha sido evaluada con resultados consistentes y positivos (5% de reducción de accidentes asociados a consumo de alcohol y 26% de reducción de accidentes fatales en EEUU).

## **Intervenciones que perfeccionan los procedimientos de otorgamiento y/o renovación de licencias de conducir**

La utilización de cuestionarios de detección (tamizaje o *screening*) de la condición de beber en riesgo y o beber problema se ha hecho cada vez más frecuente y con efectividad probada.

Recientemente se ha introducido en el campo de la Salud, tanto en la Atención Primaria, como en el Examen de Medicina Preventiva, el uso del Instrumento de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), reemplazando la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA) de amplia y prolongada utilización en el país (Babor 2001; MINSAL 2007).

La Intervención Breve en Alcohol es también una metodología de abordaje del bebedor en riesgo y el bebedor problema que ha mostrado un impacto positivo y consistente para moderar el consumo en forma persistente. Su naturaleza no imperativa, centrada en el logro de niveles y pautas de consumo sin riesgo, basada en metas voluntariamente acordadas y con reforzamiento positivo consistente, permite su utilización en etapas precoces, en hombres y mujeres, adultos y jóvenes que consultan por motivos de salud y, potencialmente, en otros ámbitos (Babor 2001; Moyer, Finney et al. 2002).

La aplicación de *screening* de beber en riesgo y de intervenciones breves en el proceso de otorgamiento y/o renovación de licencias de conducir puede ser aplicada en un plan piloto y una posterior evaluación de su factibilidad y resultados.

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 6. CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO Y ATENCIÓN DE SALUD**

La provisión de atención de salud beneficia a las personas directamente afectadas, con un diagnóstico y tratamiento oportuno y efectivo. Además, si ella se realiza en niveles de cobertura y calidad suficientes y con un enfoque de salud pública puede conseguir objetivos sanitarios a nivel de poblaciones enteras.

La atención de salud del consumo de alcohol de alto puede influir en las tasas de morbilidad, discapacidad y mortalidad que experimentarán tanto las personas que presentan ese patrón de consumo, como terceros afectados indirectamente.

En todos los campos, la atención de salud evoluciona y se orienta hacia la detección temprana de las enfermedades, el tratamiento precoz y la prevención de las complicaciones. Una evolución semejante, aunque más lenta, se da también frente a los trastornos por consumo de alcohol.

En efecto, en la década de los 50, el foco era primariamente el tratamiento de la dependencia o adicción al alcohol. El "Subprograma de Alcoholismo" en el marco del Programa de Salud del Adulto, vigente en el Servicio Nacional de Salud de Chile, desde 1952 y hasta no hace muchos años, es un ejemplo de ello. Desde los 70's gradualmente se instala el concepto y la acción sobre el beber-problema, esto es, problemas de salud, familiares, laborales, económicos, judiciales, etc., todos ellos asociados o determinados por el consumo de alcohol. En los 90's el Sistema Público de Salud se orienta a intervenir sobre el beber-problema, condición generalmente previa a la dependencia. Con ello se fortalece la participación y efectividad de la Atención Primaria, a la vez que se amplía y diversifica el abanico de respuestas terapéuticas según las necesidades de los afectados.

En los últimos años, los esfuerzos se han orientado a identificar a los bebedores en mayor riesgo, proveerles intervenciones breves y tempranas, dirigidas a posibilitar el autocontrol sobre el consumo moderado más que a la supresión del consumo.

En el sistema público de salud, la atención a las personas con problemas asociados al consumo de alcohol ha mejorado ostensible y sostenidamente a lo largo de los últimos años, con el incremento en número y competencias de los recursos humanos, la redefinición de objetivos hacia la detección y tratamiento temprano, la diversificación de las ofertas de tratamiento y la expansión a lo largo del país y a través de la Atención Primaria de Salud.

En el sistema privado de salud, los avances son más circunscritos a determinados prestadores.

Ahora bien, en ambos sistemas, la inclusión en el Sistema de Atención con Garantías Explícitas en Salud (GES), de los trastornos por consumo de sustancias en los menores de 20 años y la detección del consumo en riesgo en el Examen de Medicina Preventiva, constituye una herramienta nueva de gran potencialidad, aún en desarrollo incipiente (MINSAL 2007).

Subsiste sin embargo, una insuficiente detección del consumo de riesgo de alcohol en todos los niveles de la atención de salud, aún cuando se sabe que éste incide en una amplia variedad de patologías, a saber, traumatismos, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y traumatismos de forma dosis-dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral.

Entre las personas que beben, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo.

De una manera similar, el consumo nocivo de alcohol influye en la generación o agravamiento de una serie de problemas sociales, cuyos principales afectados son terceras personas (violencia y abuso en las familias, delitos, homicidios). (Monteiro 2008)

### **Problema a enfrentar**

Existe atención de salud tardía y poco efectiva a las personas con riesgo o con problemas derivados del consumo de alcohol, lo que determina altos niveles de morbilidad, sufrimientos, costos y muertes prematuras (carga de enfermedad). Corregir lo anterior es fácil y rápido si los sistemas de salud y las prácticas profesionales incorporan un procedimiento de indagación activa e intervención temprana del beber de riesgo, en la atención de salud de los consultantes, tanto en la Atención Primaria como en los niveles de especialidad.

La continuidad de cuidados para los consultantes con morbilidad física y mental asociada al consumo de alcohol, resulta poco eficiente. La referencia y contrarreferencia a través de los niveles de atención y de las diversas especialidades no facilita ni asegura la adherencia a los tratamientos. La vinculación de la atención de salud con grupos comunitarios de autoayuda, que favorecen el cumplimiento de las indicaciones y la prevención de recaídas en el entorno de la vida cotidiana, es pobre, sin convicción de los beneficios que efectivamente aporta y con desaprovechamiento de un recurso de gran valor en efectividad y costo-efectividad. Ello puede corregirse con la aplicación de guías clínicas y protocolos de atención en la extensa y variada gama de programas de atención, establecimientos y recursos humanos ya existentes en todo el territorio.

Por último, la formación que los profesionales de salud reciben en sus estudios universitarios, sobre los efectos del consumo de alcohol en la salud, es débil, desactualizada y generadora de pesimismo terapéutico en la praxis profesional. Este problema puede y debe corregirse perfeccionando y actualizando la formación universitaria de pregrado que reciben los profesionales de salud.

### **Evidencias**

La identificación oportuna y sistemática del consumo de alcohol de riesgo y del consumo perjudicial constituye un enfoque preventivo eficaz, porque detiene la evolución del hábito. Estimativamente, una de cada tres personas con consumo de riesgo, desarrolla un trastorno por dependencia o diversas complicaciones médicas, neurológicas o psiquiátricas (WHO 2001).

Las sesiones de tratamiento y asesoramiento breve que normalmente entregan los médicos o las enfermeras han demostrado ser efectivas en la reducción del beber de riesgo entre los consultantes (Babor 2001).

La utilización por los profesionales de salud de cuestionarios simples para la detección precoz (tamizaje, screening), ha permitido indagar de una manera confiable comportamientos que anteceden y predicen la instalación de trastornos por consumo de alcohol. Luego, una evaluación más detenida y experta sobre aquellos potenciales afectados confirmará o descartará un diagnóstico (Monteiro 2008).

La evaluación original del Cuestionario para la Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT), mostró una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el uso de riesgo, y una sensibilidad de 95% y una especificidad del 85% para el uso perjudicial, cuando se utilizó un punto de corte de 8 o más. Ha sido validado en diversas poblaciones, a saber, pacientes en atención primaria, casos de sala de urgencias, usuarios de drogas, empleados, estudiantes universitarios, pacientes ancianos hospitalizados y personas de bajo nivel socioeconómico (Saunders 1993).

Las intervenciones breves implican que el consultante proporcione información básica sobre sus niveles y hábitos de consumo de alcohol. En caso de que cumplan con los criterios de detección, se les brinda asesoramiento que puede incluir: información sobre cómo sus niveles y hábitos de ingesta de alcohol difieren del de sus pares, un análisis sobre los riesgos a la salud asociados con el consumo de alcohol, y técnicas para monitorear su consumo junto con estrategias para reducir o suprimir la ingesta, etc.

Las intervenciones breves también pueden ser aplicadas en otros tipos de establecimientos distintos a los centros de salud, servicios de urgencias y hospitales. Así, se han utilizado en establecimientos universitarios o como parte de programas de asistencia a trabajadores en algunas empresas.

Una precaución a tomar es que esta modalidad de intervención, aunque breve y básica, puede dejar de ser costo-eficiente si se provee sólo por médicos, si se financia en base a pago por prestaciones y si además se utiliza como *screening* sobre población supuestamente sana, en lugar de focalizarla en grupos de mayor riesgo.

La evidencia demuestra hoy día que las intervenciones breves, incluso tan breves como una sola sesión, hacen una diferencia consistente respecto a los grupos control: evolución hacia menores magnitudes de consumo y cambios en el patrón de consumo de alcohol, tanto entre bebedores en riesgo como bebedores problema. Los dependientes no se benefician. Las intervenciones son realizadas preferentemente por profesionales de la Atención Primaria de Salud.

Hay menos investigación respecto de la duración de los efectos positivos de las intervenciones breves.

Cualquiera sea la severidad del trastorno por consumo de alcohol, el pronóstico evaluado en largos plazos (8 años) es mejor entre quienes reciben tratamiento, cualquiera sea éste, que quienes no lo reciben. Los tratamientos conductuales muestran ser más efectivos que las terapias de *insight*. También el enfoque de 12 pasos muestra ser tan efectivo como las terapias basadas en sistemas teóricos más complejos. Disponer de un conjunto de opciones de tratamiento que permitan cubrir los diversos perfiles y necesidades clínicas y psicosociales de los consultantes permite mejores resultados. También deben incluir tratamiento especializado para otros cuadros psiquiátricos co-ocurrentes. Si ellos se amplían a la provisión de consejería para empleo, se incrementa la efectividad (McLellan, Grissom et al. 1997).

Por otra parte, en el campo del tratamiento de los trastornos por consumo perjudicial y dependencia, se aprecian importantes avances, especialmente en la comprensión y enfoque de los mismos: cuidado continuo o prolongado, con estrategias de prevención de recaídas; intervenciones psicosociales o psicoterapéuticas individuales o de grupo, preferentemente con enfoque cognitivo-conductual, motivacional o sistémico; planes o "paquetes" de tratamiento con diverso grado de intensidad, ambulatorios o residenciales, para los casos de co-dependencia con otras sustancias, de cada vez más frecuente ocurrencia; tratamiento simultáneo y conjunto de la comorbilidad psiquiátrica; introducción de nuevos fármacos dirigidos a influir sobre los mecanismos de la adicción y, en los últimos años, la introducción de protocolos de intervenciones breves para los casos iniciales o de riesgo, para su ejecución extensa en la Atención Primaria.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es, sin duda, el espacio más adecuado para identificar a aquellos consultantes con consumo de riesgo o perjudicial, así como para la implementación de intervenciones dirigidas a ayudarlos en su decisión de reducir o suprimir ese patrón de consumo.

Su importancia tiene relación con los siguientes aspectos:

- a) Es el primer punto de contacto entre el paciente y el sistema de salud
- b) Es el espacio más propicio para la vinculación de la familia y la comunidad
- c) Permite el desarrollo de medidas a nivel de prevención e intervención
- d) Constituye el eje articulación con niveles de intervención de mayor complejidad.
- e) Constituye una red extendida en nuestro país, que permite dar cobertura a la mayor parte de la población nacional, aún la más aislada.

La Estrategia Nacional sobre Alcohol incorporará en la APS el desarrollo de un protocolo de intervenciones breves para identificar y manejar temprana y efectivamente el consumo de riesgo, que ya ha recibido amplia confirmación de su utilidad en diversos países y contextos.

### Principios de las acciones a realizar

El consumo de alcohol es un factor de riesgo crítico para la generación y/o evolución de varias decenas de enfermedades físicas y mentales. La atención de salud general debe hacerse cargo de su identificación e intervención preventiva. Por tanto, todos los programas de salud, los miembros de los equipos de salud y los establecimientos de salud, deben incluir entre sus normas de buenas prácticas, procedimientos de detección temprana e intervención breve que beneficien a sus usuarios.

La cultura institucional de los centros de salud, de la que participan todos sus funcionarios, incluye como conocimiento básico y mínimo, los conceptos de consumo de alcohol de riesgo y la habilidad para proveer un consejo breve (mínimo suficiente) al respecto, a quién lo requiera o necesite.

Los programas de atención de salud, de la madre, del adolescente, del adulto, del adulto mayor, deben incluir un componente preciso para la detección e intervención sobre el consumo de alcohol de riesgo. Especial énfasis debe darse en el programa de control de enfermedades crónicas.

Es tarea y responsabilidad de los equipos y profesionales del nivel de especialidad de salud mental y psiquiatría, el manejo oportuno y efectivo de los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol (trastorno por consumo perjudicial, dependencia) y la morbilidad psiquiátrica asociada o concomitante.

El tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos por consumo de alcohol incluye como componente inseparable, la participación de instancias sociales protectoras del entorno de vida y de trabajo de los afectados. Entre ellas, la participación de la familia, cuyo rol protector debe ser objeto de intervenciones de salud que contribuyan a su desarrollo o recuperación; la labor complementaria de grupos genéricamente denominados “de autoayuda”, que proporcionan una forma de apoyo continuo en la matriz comunitaria y cultural del afectado en tratamiento y rehabilitación, que está fuera del alcance de los programas de salud y que por su importancia y efectividad, debes ser debidamente reconocido por los sistemas y programas de salud; las estructuras laborales (empresas, empleo, seguros) que requieren establecer políticas y procedimientos tanto para prevenir el consumo de alcohol de riesgo, como para apoyar a los trabajadores que han sido afectados por ello, mediante acceso y oportunidades de reinserción laboral.

Es necesario perfeccionar y fortalecer la vinculación entre Salud y Justicia, pues hasta ahora muestra un débil desarrollo y pobres resultados. Es probable que las personas detenidas y sancionadas por delitos o faltas asociados al consumo de alcohol, se encuentren proclives a intentar una evaluación y tratamiento de su consumo problema, si se les ofrece oportunamente o incluso si se les obliga a ello, en el marco de su proceso judicial. Innovaciones y la identificación de mejores prácticas en el terreno de la coordinación entre los organismos de la Justicia y la Salud permitirían aprovechar una vía potencial de rehabilitación y ruptura de la recurrencia en conductas socialmente ofensivas.

## **LÍNEA DE ACCIÓN N° 7. ACCIÓN COMUNITARIA Y GOBIERNOS LOCALES (MUNICIPIOS)**

Una política pública como la Estrategia Nacional sobre Alcohol que busca influir los hábitos de vida y de convivencia social opera finalmente, en el entorno donde la gente vive, se reúne y se recrea.

El consumo de alcohol, sus dinámicas sociales y sus problemas, ocurre mayoritariamente en el territorio comunal. Allí confluyen los sectores residenciales, los locales de expendio, las vías por donde se camina, se encuentran los amigos y los jóvenes, se realizan las fiestas y en donde se encuentran estímulos para la ingestión de alcohol.

Por otra parte, tanto el colectivo vecinal como el municipio perciben los problemas asociados al consumo de alcohol, a través de diversas señales: presencia de personas bebiendo o embriagadas en lugares públicos; aglomeraciones, bullicio o desperdicios en torno a puntos de venta; ocupación de espacios públicos por grupos que beben alcohol, generando inseguridad para quienes por allí transitan o a quienes se niegan a dar dineros a los solicitantes; violencia al interior de las familias; riñas y el delito en las calles; consumo de drogas ilegales en conjunto con el consumo alcohol y potencialmente la convergencia de mercados de drogas y alcohol; sexo inseguro y embarazos no deseados, principalmente en los adolescentes; accidentes de tránsito, del hogar, del trabajo; daños en salud, de corto plazo (traumatismos) y de mediano o largo plazo (el alcohol subyace a más de 60 enfermedades).

Cada uno de ellos configura un motivo de sufrimiento para la comunidad y una demanda de servicios a la institución municipal.

El municipio, órgano regulador, administrador y fiscalizador del territorio vecinal, tiene una gran posibilidad de influir sobre el tipo de convivencia de los vecinos con el alcohol. En efecto, el municipio cuenta con varios departamentos que se relacionan directa o indirectamente con distintos componentes y expresiones de la "economía local del alcohol" y tienen atribuciones que les permiten ejercer un cierto grado de control sobre ella: patentes de expendio, ubicación y densidad de los mismos, horas de cierre, otorgamiento de licencias de conducir, sanciones por conducir bajo efectos del alcohol, seguridad ciudadana, educación en las escuelas, atención de salud, etc. Los planes de desarrollo comunales pueden o no incluir y priorizar objetivos relacionados con el alcohol.

Las estrategias comunitarias de iniciativa municipal pueden dirigirse simultáneamente a lograr cambios en el entorno, sea físico, social y/o cultural, al mismo tiempo que actuar sobre las personas y grupos. La introducción de cambios estructurales en el ambiente de consumo, resulta más efectivo y de más largo plazo.

La participación comunitaria fue definida en la Declaración de Alma Ata como "el proceso mediante el cual los individuos y sus familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad"(WHO 1978).

Desde entonces, se han sucedido avances y precisiones en el concepto y en la praxis de la participación social y del ejercicio de la ciudadanía.

De acuerdo a la modalidad del involucramiento de los ciudadanos en los asuntos públicos, se puede diferenciar la participación ciudadana, cuando aquel conduce a la creación de formas específicas de relación con el Estado; la participación política, en la que se establece una injerencia sobre las cuestiones públicas, involucrándose con órganos de intermediación como los partidos políticos y la participación comunitaria, en la cual la relación con el Estado es más bien de carácter asistencial, es decir, se refiere a las gestiones de la comunidad para obtener recursos que solucionen problemas de su vida diaria.(Cunill 1991)

La participación ciudadana es en sí un determinante social del nivel de salud. Promover la participación ciudadana en Salud en el nivel local implica generar mecanismos para asegurar acceso y calidad de información a la ciudadanía, promover el ejercicio de derechos en salud, fortalecer las modalidades de gestión participativa, facilitar la expresión de mecanismos de control social y toma de decisiones de la ciudadanía.

Las políticas municipales podrían encontrar en la participación social una fuerza sinérgica considerable para enfrentar los problemas derivados del consumo alcohol en el medio local, porque la convivencia con ellos resulta dolorosa y perturbadora para la mayoría de las familias.

Las acciones y responsabilidades de los gobiernos locales encuentran sustento en disposiciones legales generales y más específicas.

Entre las primeras, la ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Ley N° 18.695) que establece como una de las funciones privativas de éstas “la promoción del desarrollo comunitario” y “elaborar, aprobar y modificar el plan de desarrollo comunal...”. Entre las funciones que, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, los municipios podrán desarrollar, se incluye “la prevención de riesgos y la prestación de auxilio en situaciones de emergencia” y “el desarrollo de actividades de interés común en el ámbito local”. Se señalan asimismo, una serie de “atribuciones esenciales” que prestan sustento a las funciones señaladas.

Entre las referidas al control del consumo de alcohol y sus efectos se encuentran las que regulan el número de patentes de locales de expendio, las que limitan la venta sólo a los mayores de 18 años de edad, la prohibición del consumo de alcohol, así como la embriaguez en lugares públicos (Ley 19.925), los que regulan la alcoholemia legal permitida hasta 0,49 mg% (Ley de Tránsito).

Adicionalmente, las Ordenanzas Municipales permiten un rango más bien amplio de disposiciones sobre el uso del ambiente y la vida ciudadana. Recientemente, las que varias Municipalidades han dictado respecto de horas de cierre de locales de expendio, han encontrado una barrera no franqueable en la legalidad vigente y su interpretación por el Poder Judicial.

De esta manera, los municipios pueden establecer prioridades en sus planes de desarrollo comunal que digan relación con estrategias de acción pública y con objetivos de protección social, como la reducción del consumo nocivo de alcohol. Ejemplos de ello en otras naciones se dan en materia de tránsito y alcohol\* imponer entrenamiento de personal de servicio de bares y restaurantes (garzones y similares) para no continuar sirviendo a intoxicados; patentes de expendio asociados a diversas exigencias para ejecutar una venta responsable (Wagenaar, Murray et al. 2000; Hingson, Zaccos et al. 2005); coordinación sensible con los departamentos de policía locales, etc.

En 5 comunidades de Massachusset, con una contribución de 1 dólar por habitante año, personal municipal especial, facilitaron diversas acciones comunitarias durante 5 años: campañas por medos locales, días de alerta del “tomar y manejar” y de las carreras de velocidad ilegales, línea telefónica para denuncias por esta última causa (preocupación de ese tiempo), educación entre escolares, entrenamiento policial, organizaciones de estudiantes contra el “tomar y manejar”, información a vendedores de locales de expendio sobre los riesgos del consumo de alcohol y otros. A lo largo de 5 años se redujo el número de accidentes fatales en un 25% y los asociados al consumo de alcohol, en un 40%.

Las decisiones a tomar por un municipio deben sortear alternativas que configuran conflictos concretos, por ejemplo:

- a) Entre limitar el horario de venta en las noches (en toda o una parcialidad del territorio comunal), como una medida de protección de las personas o facilitar la libertad de comercio y personal, permitiendo el horario que la ley indica, aunque ello conlleve problemas como accidentes, violencias e inseguridad ciudadana.
- b) Entre limitar el otorgamiento de patentes de expendio de bebidas alcohólicas (medida asociada a la reducción del consumo de alcohol y sus consecuencias negativas) o salvaguardar los ingresos de la entidad o facilitar una forma de obtención de ingresos relativamente fácil a los vecinos interesados.
- c) Entre fortalecer y endurecer la fiscalización y sanción a la venta clandestina de bebidas alcohólicas que con frecuencia cuenta con la tolerancia de los vecinos, o prevenir reclamos o repudios que podrían debilitar a la autoridad edilicia, esperando una solución espontánea.
- d) Entre incrementar fuertemente las exigencias para otorgar licencias para conducir, incluidas las referidas a aquellos conductores que tienen entre sus antecedentes infracciones por "tomar y manejar" o estén en riesgo de tenerlas o, salvaguardar una fuente de ingresos importante del municipio, manteniendo los estándares permisivos actuales.

Por otra parte, las atribuciones que la ley reconoce a los municipios y la modalidad centralizada de toma de decisiones por parte de los gobiernos parecen limitar a los municipios para constituirse en reales gobiernos locales. Más bien son intermediarios y ejecutores de las políticas centrales.

Actualmente, los números permitidos para otorgamiento de nuevas patentes de alcoholes para los tipos de locales que ofrecen venta de bebidas alcohólicas para llevar, están ya saturados y ampliamente sobrepasados con las patentes antiguas que se transan con igual libertad que cualquier bien transable.

El mayor número de nuevas patentes de expendio se otorga a los *minimarkets*, restaurantes, zonas turísticas y similares, que no entran en esa categoría

Es frecuente la reventa clandestina en casas particulares o en comercios de otro tipo que se van expandiendo (bazares, venta de artículos de librería, etc.). Es aquí donde compran los jóvenes de las áreas de menores ingresos.

Los fiscalizadores municipales identifican esos lugares y los denuncian al Juez de Policía Local el que ordena sanciones, multas, pérdida de la patente o sanciones mayores. Paradojalmente, a menudo los vecinos toleran e incluso defienden esas prácticas, porque las ven ejecutadas por personas que han debido recurrir a ello por necesidad económica ("casos sociales").

Las principales fuentes de ingreso de los municipios son las contribuciones de suelo y las comerciales. Las patentes de alcohol, de valor muy bajo, generan ingresos más bien secundarios. Los niveles de ingresos entre los 355 municipios del país son muy disímiles y, aunque el Fondo Común Municipal tiende a compensar tales diferencias, aquellos municipios de menores ingresos encuentran importantes dificultades para gestionar sus planes de desarrollo local.

La cooperación ciudadana a través de carta de apoyo, denuncias, alianzas y/o presiones para con los vendedores de locales e expendio, fue de especial utilidad, cuando las comunidades de entre 10 y 100.000 habitantes, se propusieron modificar los patrones de venta de alcohol, de modo de proteger a los menores de edad.

Si bien una mayoría de municipios no cuenta con excedentes económicos para planes prosociales de envergadura, sí disponen de un cierto margen de acción para generarlos:

- a) Recolectar activamente información objetiva sobre las necesidades sentidas de la población, constituye una herramienta para promover la movilización de la ciudadanía, para orientar el plan de desarrollo comunal o para buscar con mayor precisión y sustento recursos externos. Los cabildos y otras formas de consulta ciudadana muestran las necesidades colectivas y surgen con bastante frecuencia las relativas a los problemas asociados con el alcohol, sea como necesidades de salud, de seguridad ciudadana, de apoyos a la convivencia en la familia o alarmas por la cultura juvenil emergente. El rol y liderazgo interno de los alcaldes para orientar y transformar necesidades y
- b) anhelos de la comunidad, en iniciativas de cambio y cohesión social, es crítico y puede perfeccionarse o incrementarse con asesorías y apoyos externos. Otro recurso municipal que puede ser perfeccionado, es a través de la integración y coordinación de las respuestas rutinarias de las diversas secciones de un Municipio
- c) frente a los problemas del alcohol subyacentes a las demandas de servicios, de ayuda o de reparación.

En los diversos planes y programas que ya se encuentran en ejecución en los niveles comunales, y en los que los municipios tienen diversa injerencia, tales como los de

- d) Comuna Segura, Protección Social, Comunas Vulnerables, etc., experimentan en los problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol, barreras para alcanzar mayor efectividad y costo-efectividad. Su oportuna identificación y el uso de las estrategias efectivas disponibles para superar esas barreras ofrece posibilidades de orientar mejor recursos ya en acción.

La Ley N° 19.925 de Expendio y Consumo de bebidas alcohólicas incluye la disposición que un 60% de los ingresos municipales por concepto de multas “se debe dedicar a acciones de fiscalización de las infracciones, y el desarrollo de programas de prevención

- e) y rehabilitación de personas alcohólicas” (artículo 57). He aquí una herramienta que se utiliza escasamente en el conjunto de los municipios del país para el propósito señalado en la Ley.

## Evidencias

Existe una amplia gama de opciones disponibles para las comunidades, para protegerse de la violencia relacionada con el consumo de alcohol, la embriaguez en lugares públicos, el ruido o los accidentes en sus vecindarios. Se incluyen desde iniciativas informales de parte de vecinos hasta proyectos organizados y basados en la comunidad organizada.

Se han evaluado varios proyectos basados en la comunidad orientados a los problemas de alcohol, incluyendo, por ejemplo, los de Brasil, Canadá, Finlandia, Nueva Zelanda y Estados Unidos (CALIFORNIA; Casswell and Gilmore 1989; Hingson, McGovern et al. 1996; Holder, Gruenewald et al. 2000; Holmila 2000; Wagenaar, Murray et al. 2000; Gliksman 2001; Duailibi; Ponicki et al. 2007). Aunque los impactos y su estabilidad a largo plazo varían según el tipo de proyecto, la propuesta general es pertinente al contexto chileno. Las investigaciones (Babor 2003) indican que las intervenciones más exitosas en reducir la ingesta de alcohol de riesgo o el daño causado por el alcohol, incluyen como intervención fundamental un componente político.

La experiencia evaluada internacionalmente permite concluir que los municipios deben preferir implementar una mezcla adecuada de programas de prevención con sustento en evidencias y, al mismo tiempo, estrategias de acción pública que incidan en la disponibilidad y en el acceso al alcohol por parte de menores. Además, si se establecen como políticas del municipio, por ejemplo, por su inclusión en el plan de desarrollo comunal, muestran una mayor continuidad y permanencia que sí constituyen planes o campañas que deben ser financiados año a año.

La comunicación y participación de la comunidad es esencial. La comunidad debe estar informada de sus derechos, de las políticas efectivas, de las consecuencias legales o administrativas de determinadas infracciones como la venta a menores, de modo que haya un empoderamiento de conocimientos y herramientas utilizables por los vecinos.

### **Principios de las acciones a realizar**

Implementar planes o acciones que busquen incidir simultáneamente, tanto en el contexto (ambiente social, dinámicas culturales) como en el o los grupos vulnerables priorizados (jóvenes con beber de riesgo, clientes de lugares con alta densidad de expendios, familias con violencia intrafamiliar asociada a consumo de alcohol, etc.).

Elaborar y ejecutar planes que incidan complementariamente tanto en la disponibilidad y acceso a bebidas alcohólicas (patentes de locales de expendio, horas de cierre, prácticas de venta al detalle) como en el consumo de riesgo (alternativas de recreación y convivencia social con consumo moderado o sin consumo de alcohol, entrega de información sobre beber de bajo riesgo, oferta de consejería y tratamiento "amigables").

Denominar adecuadamente, en acuerdo a su objetivo, las medidas que se presentan a la comunidad. Ejemplos: venta protectora de los menores vs. Prohibición de venta a menores; salvemos vidas en las calles de la comuna vs. Fiscalización a la salida de las "discos".

Impulsar un Plan Comunal abarcativo que integre objetivos, responsabilidades, recursos y acciones de los diversos departamentos del municipio, en el marco de sus propias competencias (Salud, Tránsito, Educación, Seguridad ciudadana, Juez de Policía Local, desarrollo comunitario, fiscalización, otros).

Identificar y convocar activamente a las personas, grupos, organizaciones de la comunidad que hayan mostrado iniciativas y/o actividades relacionadas con la reducción del consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias sociales, buscando respaldar esas iniciativas, más que adaptarlas a los planes y procedimientos institucionales.

Salvaguardar la continuidad de los planes por un tiempo suficiente (preferentemente por al menos 3 años).

Incluir siempre en los planes y acciones indicadores de resultado o impacto, que resulten objetivos y claros para todos los departamentos participantes y también para la comunidad.

## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 8. EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL**

### **Educación**

La educación, como instrumento para prevenir o modificar el consumo de alcohol de riesgo, ha sido utilizada ampliamente por la generalidad de los países. Estudiantes, de escuelas, universidades y centros de formación técnica, trabajadores, otros grupos específicos y el público en general, han estado entre las poblaciones objetivo, a través de diversas modalidades de intervención: programas educativos de diverso enfoque, estructura y soporte, distribución de folletos y panfletos, campañas de información por los medios, información mediante internet y otros.

Una amplia gama de intervenciones educacionales han sido evaluadas a nivel internacional (Foxcroft, Ireland et al. 2002; Babor 2003; Babor and Caetano 2005; Foxcroft 2006; Giesbrecht 2007; Anderson, Chisholm et al. 2009) y, si bien muestran incrementos en los niveles de información y cambios positivos en actitudes en los grupos intervenidos, sistemáticamente no han proporcionado evidencia consistente que demuestre cambios inmediatos o sostenidos en el tiempo, en la conducta de consumo de alcohol. Esto es, las medidas más habituales y que mayores expectativas despiertan, no parecen generar impactos en cuanto a reducir la ingesta global de alcohol, los hábitos de consumo de alcohol de riesgo o los daños asociados al consumo.

Algunos programas con involucramiento de padres (enfocados a generación de habilidades parentales y mejoría de comunicación padres-hijos) han demostrado un efecto positivo en reducir o prevenir el consumo, sin embargo persiste la duda de su efecto a largo plazo (Petrie, Bunn et al. 2007; Andreson, Chisholm et al. 2009).

Aunque lo anterior resulte desalentador, la conclusión de los estudiosos es que los programas educativos deben utilizarse activamente, pero como complementos de otras medidas de mayor efectividad y para el objetivo en el que ciertamente demuestran impacto, esto es, mejorar el nivel de información sobre el alcohol, sus efectos y sobre las medidas para su uso adecuado a nivel individual y social.

En conclusión, la prevención en escuelas y otras formas de educación no debe ser una actividad aislada, sino que complementarse con acciones que incidan en la disponibilidad y el acceso al alcohol, control de publicidad, fuerte rol del gobierno local, campañas de comunicación, así como priorizar las actividades entre pares y siempre involucrar a los padres.

Esta Línea de Acción se refiere también al enfoque conceptual y a las competencias que requerirán aquellas personas que por su función y posición les tocará desempeñar un rol clave en el desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

Enfrentar el problema del consumo nocivo de alcohol en su correcta medida, esto es, como el primer factor de muerte y discapacidad evitables en el país, conlleva disponer un cuerpo profesional de la mayor calificación y experticia en salud pública, motivado, con un reconocimiento adecuado, con una tarea y responsabilidades claramente delimitadas.

La Estrategia Nacional sobre Alcohol es, en esencia, una política de salud pública sobre alcohol y por tanto su campo es el de contribuir a organizar los esfuerzos de la sociedad para promover la salud en niños, jóvenes y los que consumen alcohol en el nivel de bajo riesgo; prevenir la enfermedad, en aquellos que consumen alcohol en niveles de riesgo y prolongar la vida en aquellos que se han visto afectados por tal patrón de consumo.

Dadas la omnipresencia y la transversalidad de los problemas del alcohol, los esfuerzos de la sociedad incluyen entonces a muy diversos sectores, algunos de ellos imprescindibles para la obtención de resultados relevantes, Economía, Planificación y Desarrollo, Trabajo, Educación, Juventud, Deportes y Recreación, Transportes, Gobierno Interior y Seguridad Ciudadana, los gobiernos locales de cada comuna y otros, además de Salud.

En cada uno de estos sectores se requerirá de la presencia de personal competente y motivado.

Una base de conocimientos mínima suficiente es necesaria para que un plan de acción sobre alcohol funcione y sea efectivo. Ella debe incluir datos sobre cantidad y calidad del consumo de alcohol, los daños relacionados con el consumo de alcohol y la efectividad de las políticas y acciones de modo de proveer bases racionales para la toma de decisiones. La ausencia de tales datos ha ocasionado dificultades a países europeos en transición, para adoptar políticas integrales sobre alcohol, así como por un manejo insuficiente de elementos de la epidemiología moderna, salud pública, promoción de salud, medicina basada en evidencia, aplicación de la investigación en ciencias sociales, debido en parte a la ausencia de educación en salud pública y a la falta de oportunidades (WHO-EUROPA 2009).

La capacidad del personal y de las instituciones de salud, deberá ser apoyada consecuentemente para tales propósitos.

Además, otros profesionales deberán desarrollar competencias para la defensa y promoción de la Estrategia Nacional sobre Alcohol, a través de los medios, la abogacía, la negociación con la industria, etc.

Finalmente, el impulso y facilitación de la investigación es también crítica para la sustentabilidad y renovación de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

El proceso de formación de competencias deberá incorporar acciones en la educación de nivel universitario y de post grado, en diversas carreras y disciplinas.

De esta manera, se necesita actualizar e innovar los contenidos y herramientas sobre el alcohol y sus efectos que se entregan en el currículum formativo de:

- a) Los profesores de educación básica y media, por su rol irremplazable de intermediarios y formadores de niños y adolescentes
- b) Los supervisores y personal a cargo de trabajadores en todos los campos, para supervisión laboral y técnica más fina y temprana, más acogedora y reparadora que castigadora en sus roles de mando
- c) Los profesionales de las ciencias sociales, en especial aquellos que desarrollan funciones de orientación, terapias, consejería y manejo de personal
- d) Los profesionales de las ciencias económicas, pues encuentran en el tema de la economía del alcohol un desafío paradigmático, el difícil equilibrio entre costos y beneficios, humanos y materiales
- e) Los profesionales de la salud, de modo que levanten la mirada, hasta ahora más bien centrada en el cambio y adaptación del individuo al medio, hacia los determinantes que en ellos influyen en sus conductas de riesgo y de daño con el consumo de alcohol
- f) Los conductores de vehículos de uso público y privado, de modo de comprender los hechos que sustentan la incompatibilidad entre beber alcohol y manejar.

La cultura de la información científica que dominan los profesionales debe estar en armonía con la cultura de información del hombre común que muestra la población general.

La población general requiere manejar un mínimo suficiente de información verdadera, esto es, sustentada y comprobable por evidencias, que le permita tomar decisiones y acometer acciones efectivas.

Ese conocimiento mínimo suficiente, concepto ya acuñado por Marconi(Marconi) en referencia al consumo de alcohol, sigue siendo válido: distinguir lo que es consumo de alcohol sin riesgo y de riesgo, conocer las consecuencias del consumo de riesgo y que es posible reducir o suprimir el consumo de riesgo, sea con apoyo de tratamientos o de la red de la propia comunidad. Agréguese hoy día, el reconocimiento de que para construir un cambio efectivo a nivel de la comunidad nacional se necesita de la triple y complementaria responsabilidad en el beber, en el vender y en el publicitar las bebidas alcohólicas.

Esta tríada de responsabilidades abre un amplio y complejo campo de acciones para la comunidad, las autoridades e instituciones y los profesionales, técnicos e investigadores que proveerán de apoyos a los tomadores de decisión en los diversos ámbitos.

### **Problemas a enfrentar**

El conocimiento de la población, sobre los efectos del alcohol, tanto los beneficiosos, como los nocivos, sobre el organismo de quién lo consume, sobre el grupo inmediato y la sociedad en general, es insuficiente, desactualizado y no sustenta acciones efectivas en materia de prevención y control.

La información sobre los efectos del alcohol que entregan los programas de formación superior, profesional y técnica, tanto de salud como de otras disciplinas, debe ser incrementada, actualizada y basada en evidencias.

Ausencia de un marco de referencia que señale u oriente acerca de las competencias básicas y competencias específicas con que deben contar los profesionales que se desempeñan en diversas instituciones de valor crítico para la acción efectiva sobre los problemas generados por el consumo nocivo de alcohol, tales como Salud, Educación, Comunicación Social, Protección Social y otros.

Insuficiente desarrollo de investigación y estudios en el campo del alcohol y sus efectos a nivel individual y social, en un país con una rica tradición en investigadores señeros.

### **Evidencias**

Los programas de educación en los que profesionales de salud instruyen a pacientes con enfermedades crónicas y/o a familiares, en temas como la enfermedad misma de la que padecen, autocuidado, los tratamientos y precauciones, autoadministración de medicamentos, uso de servicios de salud, muestran tener resultados más bien débiles (Pong 1995).

La ausencia de resultados concluyentes en cuanto a efectividad para procurar cambios a nivel del comportamiento de los pacientes parece deberse a tres factores que se entremezclan: la creencia sin mayor base de que el conocimiento por sí mismo cambiará la conducta de los pacientes; el confiar sólo en una o dos estrategias de educación y dirigir la educación a comportamientos del paciente que sólo parcialmente están bajo el control voluntario de la persona.

Las recaídas que experimentan las personas con trastornos por consumo de alcohol, propias de la evolución de cualquiera enfermedad crónica, son habitualmente considerados fracasos terapéuticos o falta de cooperación del paciente, en circunstancias que las presiones hacia el consumo que experimentan estos pacientes no son fácilmente manejables por su sola voluntad. Por ello, la atención de salud que se les brinda, debe incluir un componente de seguimiento y apoyo, propios de la salud comunitaria, cercana al domicilio fácilmente e accesible, con participación de agentes de la comunidad y de personas con especial dedicación y competencias de nivel comunitario (monitores, cuidadores, voluntarios).

En Chile y en otros países de amplio desarrollo de la medicina familiar, las materias de salud comunitaria, salud mental y problemas de alcohol y otras drogas (WHO-EUROPA 2009) son precarias en los currículum de las carreras de la salud y en los programas de post título.

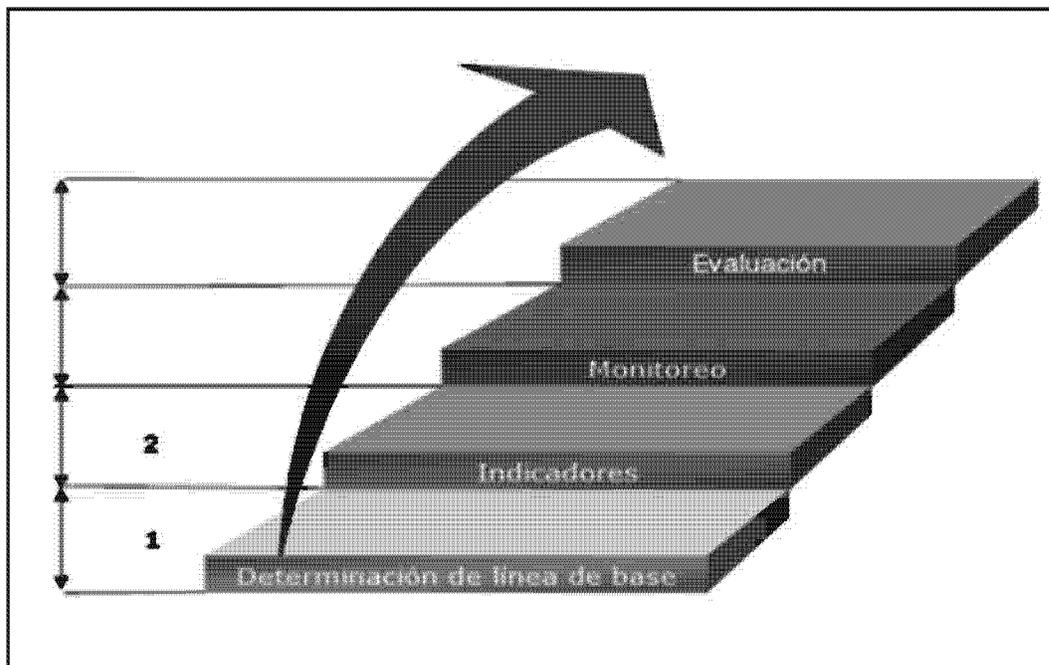
## **LÍNEA DE ACCIÓN Nº 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Un aspecto fundamental para la eficacia de la Estrategia Nacional sobre Alcohol es desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación, que dé cuenta de los avances concretos en cada Línea de Acción y en el conjunto de ellas.

Para la construcción de ese sistema se proponen los siguientes 5 componentes (*Figura 1*):

- a) Establecimiento de una *línea de base* de la condición país con respecto al alcohol
- b) Determinación de los *indicadores* adecuados para cada dimensión (económica, social, legal, y cultural) de la línea de acción a analizar. Se considerará que las propuestas de distintas líneas de acción pueden confluir en sus efectos finales, por tanto ciertos indicadores serán comunes y, por tanto, compartidos por estas líneas, determinando una armonía en las mediciones necesarias para determinar el efecto deseado
- c) Para cada línea de acción se debe desarrollar un *protocolo de monitoreo* que facilite el seguimiento del proceso de implementación, el logro de objetivos, la asignación de los recursos, y el nivel y tipo de aplicación. Este protocolo también debe registrar los cambios en las leyes y regulaciones pertinentes; además del mes y el año de introducción de cambios externos importantes que incidan en el foco o alcance de las acciones en marcha (ejemplo, el despliegue de una campaña de prevención masiva, en una dimensión que esté siendo trabajada por le Estrategia y cuya influencia deberá ser dimensionada para la evaluación confiable de la Estrategia Nacional).
- d) Se debe desarrollar un *protocolo de evaluación* para las dimensiones políticas enumeradas más arriba. Este protocolo debe ser desarrollado en detalle y aprobado antes de que se implemente la política.

171. **Figura 1. La Estrategia en perspectiva de análisis**



## REFERENCIAS

- Ameratunga, S., M. Hajar, et al. (2006). "Road-traffic injuries: confronting disparities to address a global-health problem." *Lancet* 367(9521): 1533-40.
- Anderson, P. (2007). "A safe, sensible and social AHRSE: New Labour and alcohol policy." *Addiction* 102(10): 1515-21.
- Anderson, P., Baumbreg, B (2007). *Alcohol in Europe*. London, Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., D. Chisholm, et al. (2009). "Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol." *Lancet* 373(9682): 2234-46.
- Babor, T., Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Romel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow R. (2003). *Alcohol, No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford.
- Babor, T. F. (2008). "Tackling alcohol misuse in the UK." *BMJ* 336(7642): 455.
- Babor, T. F. and R. Caetano (2005). "Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges." *Rev Panam Salud Publica* 18(4-5): 327-37.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle J, Saunders JB. (2001). AUDIT The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care, Organización Mundial de Salud.
- Bellis, M. A., Anderson Z, Hughes K. (2006). Effects of the alcohol misuse enforcement campaigns and the Licensing Act 2003 on violence: a preliminary assessment of accident and emergency attendances, John Moores University, Centre for Public Health.
- Bellis MA, H. K. (2008). "Comprehensive strategies to prevent alcohol-related violence." *IPC Review* 2: 137-168.
- Bormann, C. A. and M. H. Stone (2001). "The effects of eliminating alcohol in a college stadium: the Folsom Field beer ban." *J Am Coll Health* 50(2): 81- 8.
- CALIFORNIA Frequently asked questions, California Department of Alcoholic Beverage Control.
- Casswell, S. and L. Gilmore (1989). "An evaluated community action project on alcohol." *J Stud Alcohol* 50(4): 339-46.
- Crossen (2006). "En Taxes and the Econom."
- Cohen, A. (2007). *Sobering up: the impact of the 1985-1988 Russian anti-alcohol campaign on child health*. Boston, MA, Tufts University.
- Cohen, D. A., B. Ghosh-Dastidar, et al. (2006). "Alcohol outlets, gonorrhea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis." *Soc Sci Med* 62(12): 3062-71.
- Collins, R. L., P. L. Ellickson, et al. (2005). "Saturated in beer: awareness of beer advertising in late childhood and adolescence." *J Adolesc Health* 37(1): 29-36.
- CONACE (2007). Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2006, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.
- CONASET (2008). Sinistros de tránsito ocurridos en Chile y asociados a la presencia de alcohol en conductores, pasajeros o peatones, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito.
- Cunill, N. (1991). *Participación ciudadana*. Centro Latinoamericano para el Desarrollo. Los procesos de participación ciudadana en salud e intersectorialidad. Caracas, Organización Panamericana de la Salud. Campus Virtual de Salud Pública.
- Chaloupka, F. J. (2009). "Alcoholic beverage taxes, prices and drinking." *Addiction* 104(2): 191-2.
- Chaloupka, F. J., M. Grossman, et al. (2002). "The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems." *Alcohol Res Health* 26(1): 22-34.
- Chaloupka, F. J., Saffer H., Grossman M. (1993). "Alcohol-control policies and motor-vehicle fatalities." *J Legal Stud* 22(161-86).
- Chikritzhs, T. (2007 ). "Predicting alcohol-related harms from licensed outlet density: a feasibility study." 28.
- Chikritzhs, T. and T. Stockwell (2002). "The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence." *J Stud Alcohol* 63(5): 591-9.
- Chikritzhs, T. and T. Stockwell (2007). "The impact of later trading hours for hotels (public houses) on breath alcohol levels of apprehended impaired drivers." *Addiction* 102(10): 1609-17.
- DCMS (2008 ). Evaluation of the impact of the Licensing Act 2003. London, Department for Culture, Media and Sport.
- DCMS (2008 ). Evaluation of the impact of the Licensing Act 2003. Appendix C. London, Department for Culture, Media and Sport.
- DeYoung, D. J. (1997). "An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California." *Addiction* 92(8): 989-97.
- Donnelly, N., et al (2006). "Liquor outlet concentrations and alcohol-related neighbourhood problems." *Alcohol Studies Bulletin* 8.
- Douglas, M. (1998). "Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact." *Aust N Z J Public Health* 22(6): 714-9.
- Duailibi, S., W. Ponicki, et al. (2007). "The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence." *Am J Public Health* 97(12): 2276-80.
- Edwards, G. (1997). "Alcohol policy and the public good." *Addiction* 92 Suppl 1: S73-9.
- Escobedo, L. G. and M. Ortiz (2002). "The relationship between liquor outlet density and injury and violence in New Mexico." *Accid Anal Prev* 34(5): 689-94.
- Fleming, K., E. Thorson, et al. (2004). "Alcohol advertising exposure and perceptions: links with alcohol expectancies and intentions to drink or drinking in underaged youth and young adults." *J Health Commun* 9(1): 329.
- Foxcroft, D. (2006). *Alcohol misuse prevention for young people: A rapid review of recent evidence*. WHO Technical Report.
- Foxcroft, D. R., D. Ireland, et al. (2002). "Primary prevention for alcohol misuse in young people." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD003024.
- Freisthler, B., L. T. Midanik, et al. (2004). "Alcohol outlets and child physical abuse and neglect: applying routine activities theory to the study of child maltreatment." *J Stud Alcohol* 65(5): 586-92.

- Gallet, C. (2007 ). "The demand of alcohol: a metaanalysis of elasticities." *The Austr j of Agr and Res ecs* 51: 121-35.
- GEMINES-Consultores (2002). *Bebidas alcohólicas: recomposición de la canasta en el mediano plazo*. Santiago de Chile.
- Giesbrecht, N. (2007). "Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions." *Addiction* 102(9): 1345-9.
- Gliksman (2001). "Canadá."
- Graham, K., Homel R. (2008). *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Portland, Willan Publishing.
- Graham, K., D. W. Osgood, et al. (2004). "The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial." *Drug Alcohol Rev* 23(1): 31-41. Grube: 2-78.
- Grube, J. W. (1995). *Television alcohol portrayals, alcohol advertising and alcohol expectancies among children and adolescents. The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. S. E. Martin. United States, US Department of Health and Human Sciences: 105- 121.
- Gruenewald, P. J., F. W. Johnson, et al. (2002). "Outlets, drinking and driving: a multilevel analysis of availability." *J Stud Alcohol* 63(4): 460-8.
- Gruenewald, P. J. and L. Remer (2006). "Changes in outlet densities affects violencerates." *Alcohol Clin Exp Res* 30(7): 1184-93.
- Guerrero R, C.-E. A. "An epidemiological approach for the prevention of urban violence: the case of Cali, Colombia."
- Hastings, G., S. Anderson, et al. (2005). "Alcohol marketing and young people's drinking: a review of the research." *J Public Health Policy* 26(3): 296-311.
- Heather, N. (2006). "Britain's alcohol problem and what the UK government is (and is not) doing about it." *Adicciones* 18(3): 225-235.
- Henstridge, J., Homel R., MacKay P. (1997). *The long term effects of random breath testing in four Australian states. A time series analysis*. Camberra, Australia, Federal Office of Road Safety.
- Her, M., N. Giesbrecht, et al. (1999). "Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications." *Addiction* 94(8): 1125-39.
- Hibell, B., et al. (2004). "The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries."
- Hijar, M. and J. A. Trostle (2003). "Traffic law enforcement and safety." *Lancet* 362(9386): 833.
- Hingson, R., T. McGovern, et al. (1996). "Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: the Saving Lives Program." *Am J Public Health* 86(6): 791-7.
- Hingson, R. W., Heeren T, Winter M. (1994). "Effects of lower legal blood alcohol limits for young and adult drivers." *Alcohol, Drugs and Driving* 10: 243-52.
- Hingson, R. W., R. C. Zakocs, et al. (2005). "Effects on alcohol related fatal crashes of a community based initiative to increase substance abuse treatment and reduce alcohol availability." *Inj Prev* 11(2): 8490.
- Holder, H. D., P. J. Gruenewald, et al. (2000). "Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries." *JAMA* 284(18): 23417.
- Holmila, M. (2000). "The Finnish case: community prevention in a time of rapid change in national and international trade." *Subst Use Misuse* 35(1-2): 111-23.
- Homel, R., R. Carvolth, et al. (2004). "Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions?" *Drug Alcohol Rev* 23(1): 19-29.
- Hough, M., et al (2008 ). *The impact of the Licensing Act 2003 on levels of crime and disorder: an evaluation*. Home Office. Research London. 04.
- Huckle, T., J. Huakau, et al. (2008). "Density of alcohol outlets and teenage drinking: living in an alcogenic environment is associated with higher consumption in a metropolitan setting." *Addiction* 103(10): 1614-21.
- Hughes, K., Bellis, MA. (2007). *Use of environmental harm to tackle alcohol-related harm in nightlife environments: the UK experience*. Lisbon, European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction.
- Jonah, B., Mann R, Macdonald S, et al. (2000). *The effect of lowering legal alcohol blood limits: a review*. 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.
- Jurkiewicz CL, P. M. (2008). *Social and economic control of alcohol*. Boca Raton.
- Ker, K. and P. Chinnock (2008). "Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD005244.
- Laranjeira, R. and D. Hinky (2002). "Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence." *Rev Saude Publica* 36(4): 455-61.
- LaScala, E. A., F. W. Johnson, et al. (2001). "Neighborhood characteristics of alcohol- related pedestrian injury collisions: a geostatistical analysis." *Prev Sci* 2(2): 123-34.
- Lipton, R. and P. Gruenewald (2002). "The spatial dynamics of violence and alcohol outlets." *J Stud Alcohol* 63(2): 187-95.
- Livingston, M. (2008). "Alcohol outlet density and assault: a spatial analysis." *Addiction* 103(4): 619-28.
- Livingston, M., T. Chikritzhs, et al. (2007). "Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems." *Drug Alcohol Rev* 26(5): 557-66.
- Mäkelä, P., Österberg, E (2004). "Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland 2004." *Addiction* 104: 554-563.
- Makela P, R. I., Tryggvesson K. (2002). *Who drinks more and less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* R. R. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Researc: 17-70.
- Mann, R. E., S. Macdonald, et al. (2001). "The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: an international review." *Accid Anal Prev* 33(5): 569-83.
- Mansdotter, A. M., M. K. Rydberg, et al. (2007). "A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises." *Eur J Public Health* 17(6): 618-23.
- Marconi, J.
- Markowitz, S. (2000). "The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse." *Southern Econ J* 67: 279-303.
- Markowitz, S. (2005). "Alcohol, drugs, and violent crime." *Int Rev Law Econ* 25(20-44).

- Markowitz, S., P. Chatterji, et al. (2003). "Estimating the impact of alcohol policies on youth suicides." *J Ment Health Policy Econ* 6(1): 37-46.
- Markowitz, S. and M. Grossman (2000). "The effects of beer taxes on physical child abuse." *J Health Econ* 19(2):271-82.
- Mc Knight, A. J., Voas R.B. (2001 ). Prevention of alcohol - related road crashes. International handbook of alcohol dependence and problems. P. a. S. Heather. Chichester, UK, John Willey and Sons: 741-70.
- McLellan, A. T., G. R. Grissom, et al. (1997). "Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in 4 programs." *Arch Gen Psychiatry* 54(8): 730-5.
- McMillan, G. P., T. E. Hanson, et al. (2007). "Geographic variability in alcohol-related crashes in response to legalized Sunday packaged alcohol sales in New Mexico." *Accid Anal Prev* 39(2): 252-7.
- McMillan, G. P. and S. Lapham (2006). "Effectiveness of bans and laws in reducing traffic deaths: legalized Sunday packaged alcohol sales and alcohol-related traffic crashes and crash fatalities in New Mexico." *Am J Public Health* 96(11): 1944-8.
- Meier, P., Purshouse R & Brennan A. (2009). Assessing the impact of alcohol price regulation policy options: The Importance of modeling population heterogeneity. 35th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Copenhagen, Denmark.
- Miller, T., C. Snowden, et al. (2006). "Retail alcohol monopolies, underage drinking, and youth impaired driving deaths." *Accid Anal Prev* 38(6): 1162-7.
- MINSAL (2007). Examen Medicina Preventiva. Guía Clínica GES, Ministerio de Salud, Chile.
- MINSAL (2007). Segundo Estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible, Chile 2007, Departamento de Epidemiología. Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud. Chile.
- Monteiro, M. (2008). Alcohol y Atención Primaria de Salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riegos y problemas, Organización Panamericana de Salud.
- Montes-Santiago, J., Lado M (2009). "Prevención del alcoholismo e inversiones publicitarias en España: una lucha de David contra Goliath." *Adicciones* 21:203-206.
- Moskowitz, H., Robinson C. (1988). Effects of low doses of alcohol on driving - related skills: a review of the evidence (Technical Report) Washington D.C., National Highway Traffic Safety Administration.
- Moyer, A., J. W. Finney, et al. (2002). "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations." *Addiction* 97(3): 279-92.
- Nemtsov, A. V. (1998). "Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign." *Addiction* 93(10): 1501-10.
- Newton, A., S. J. Sarker, et al. (2007). "Impact of the new UK licensing law on emergency hospital attendances: a cohort study." *Emerg Med J* 24(8): 532-4.
- Norström, T. (2000). "Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995." *J Stud Alcohol* 61(6): 907-11.
- Norström, T. and O. J. Skog (2003). "Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis." *J Stud Alcohol* 64(3): 393-401.
- Norström, T. and O. J. Skog (2005). "Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases." *Addiction* 100(6): 767-76.
- O'Brien F, H. K., Vicente ES. (2005). Violence at major events. In Council of Europe. Drugs and alcohol: violence and insecurity. Strasbourg, Council of Europe.
- Ohsfeldt, R. L., Morrisey MA. (1997). "Beer taxes, workers compensation, and Industrial Injury." *Rev Econ Stat* 79: 155-60.
- Olsson O, W. P. (1982). "Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden." *Contemporary Drug Problems*, 11: 325-353.
- OPSI (2009). Licensing Act 2003. London, Office of Public Sector Information.
- Petrie, J., F. Bunn, et al. (2007). "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review." *Health Educ Res* 22(2): 177-91.
- PIRE (2004). Prevention of murders in Diadema, Brazil: the influence of new alcohol policies. Calverton, MA, Pacific Institute for Research and Evaluation.
- Pong, R., Saunders D, Church J, Wanke M, Cappon P (1995 ). Resources in Community-Based Health Care: a Review Of The Literature. Health Promotion and Programs Branch, Health Canada.
- Purshouse, R., Meier P, Brennan A, Taylor K & Rafia R. (2009). Impact of alcohol pricing policies on healthcare costs and health-related quality of life for population sub-groups in England: A model-based appraisal. 35th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Copenhagen, Denmark.
- Ragnarsdóttir T, K. A., Davidsdóttir S. (2002). Effect of extended alcohol serving hours in Reykjavik, Iceland. The effects of Nordic alcohol policies. R. R. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research. 42: 145-154.
- Ramstedt, M. (2002). The repeal of medium-strength beer in grocery stores in Sweden - the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change? R. R. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research: 117 -131.
- Reid, R. J., J. Hughey, et al. (2003). "Generalizing the alcohol outlet-assaultive violence link: evidence from a U.S. midwestern city." *Subst Use Misuse* 38(14): 1971-82.
- Room, R., et al. (2002). Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Ross, H. L. (1982). Deterring the drinking driver: legal policy and social control. MA, Lexington Books.
- Ross, H. L., Voas R B. (1989). The new Philadelphia story: The effects of severe penalties for drunk driving. Washington D.C., AAA Foundation for Traffic Safety.
- Safer, H., Dave, D (2002). "Alcohol consumption and alcohol advertising bans." *Applied Economics* 30: 1325 - 34.
- Saldivia, S., Villalón M, Vicente B, Chisholm D. (2006). "Estudio de costo-efectividad de programas de Salud Mental en Chile." Congreso Chileno de Salud Pública.
- Saunders, J. B., Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. (1993). "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption." *Addiction* 88: 791-804.
- Sen, A., Luong M. (2008). "Estimating the impact of beer prices on the incidence of sexually transmitted diseases: crossprovince and time series evidence from Canada." *Contemp Econ Policy* 26(505-17).

- Shults, R. A., R. W. Elder, et al. (2001). "Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving." *Am J Prev Med* 21(4 Suppl): 66-88.
- Sivaraajasingam V, M. S., Shepherd JP (2007). *Violence in England and Wales 2006: an accident and emergency perspective*. Cardiff, Cardiff University.
- SNIPH (2008). *Alcohol monopoly and public health: potential effects of privatization of the Swedish alcohol retail monopoly*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health.
- Stockwell, T., Gruenewald P. (2001). *Controls on the availability of alcohol*. International handbook of alcohol dependence and problems. N. Heather, et al. Chichester, John Wiley and Sons.
- Stockwell, T., J. Zhao, et al. (2009). "Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly 2003-2008: a multi-level local area analysis." *Addiction*.
- Tatlow, J. R., J. D. Clapp, et al. (2000). "The relationship between the geographic density of alcohol outlets and alcohol-related hospital admissions in San Diego County." *J Community Health* 25(1): 79-88.
- Theall, K. P., R. Scribner, et al. (2009). "Social capital and the neighborhood alcohol environment." *Health Place* 15(1): 323-32.
- Treno, A. J., J. W. Grube, et al. (2003). "Alcohol availability as a predictor of youth drinking and driving: a hierarchical analysis of survey and archival data." *Alcohol Clin Exp Res* 27(5): 835-40.
- Treno, A. J., P. J. Gruenewald, et al. (2001). "Alcohol availability and injury: the role of local outlet densities." *Alcohol Clin Exp Res* 25(10): 1467-71.
- Trollid, B. (2005). "The privatization of wine sales in Quebec in 1978 and 1983 to 1984." *Alcohol Clin Exp Res* 29(3): 410-6.
- UN (2004). *General Assembly Improving Global Road Safety. Resolution A/RES 58 / 289*, United Nations.
- Vermeend, W., Van der Ploeg R, Timmer J (2008). *Taxes and the Economy. A survey of the Impact of taxes in growth, Employment, Investment, Consumption and the Environment*. Cheltenham UK, Northampton, MA, USA
- Villalón, M., Chisholm, D. (Estudio de costo-efectividad de programas de Salud Mental en Chile).
- Vingilis, E., A. I. McLeod, et al. (2006). "The impact of Ontario's extended drinking hours on cross-border cities of Windsor and Detroit." *Accid Anal Prev* 38(1): 63-70.
- Wagenaar, A. C. and H. D. Holder (1995). "Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: results from five U.S. states." *J Stud Alcohol* 56(5): 566-72.
- Wagenaar, A. C., M. M. Maldonado-Molina, et al. (2009). "Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004." *Am J Public Health* 99(8): 1464-70.
- Wagenaar, A. C., D. M. Murray, et al. (2000). "Communities mobilizing for change on alcohol: outcomes from a randomized community trial." *J Stud Alcohol* 61(1): 85-94.
- Wagenaar, A. C., D. M. Murray, et al. (2000). "Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes." *Addiction* 95(2): 209-17.
- Wagenaar, A. C., M. J. Salois, et al. (2009). "Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies." *Addiction* 104(2): 179-90.
- Wagenaar, A. C., T. L. Toomey, et al. (2005). "Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial\*." *Addiction* 100(3): 335-45.
- Wagenaar AC, T. T. (2000). "Alcohol policy: gaps between legislative action and current research." *Contemporary Drug Problems*, 27: 681-733.
- Wallin, E., Norstrom T, Andreasson S. (2003). "Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence." *J Stud Alcohol* 64(2): 270-7.
- Watson, B., Fraine G. (1994). *Enhancing the effectiveness of RBT in Queensland*. Conference on alcohol - related road crashes: social and legal approaches, Brisbane, Queensland, Australia.
- Weitzman, E. R., A. Folkman, et al. (2003). "The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities." *Health Place* 9(1): 1-6.
- Wells-Parker, E., R. Bangert-Drowns, et al. (1995). "Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders." *Addiction* 90(7): 907-26.
- Wells-Parker, E. (2000). *Assessment and screening of impaired driving offenders . An analysis of underlying hypotheses as a guide for development of validation strategies*. 15 th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.
- WHO-EUROPA (2009). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*.
- WHO (1978). *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health care*. Alma-Ata. URSS, World Health Organization/ Fondo de las Naciones unidas para la Infancia Ginebra
- WHO (2001). *Screening e Intervención Breve para los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la Atención Primaria*. WHO/MSD/MSB/01, Generalitat Valenciana.
- WHO (2006). *Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: policy briefing*. Rome, World Health Organization Regional Office for Europe and Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- WHO (2007). "WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report." *World Health Organ Tech Rep Ser*(944): 1-53, 55-7, back cover.
- WHO (2009). *Evidence for effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Ginebra, World Health Organization.
- WHO (2009). *Working document for developing a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol*. Ginebra, World Health Organization.
- Wiggers, J., M. Jauncey, et al. (2004). "Strategies and outcomes in translating alcohol harm reduction research into practice: the Alcohol Linking Program." *Drug Alcohol Rev* 23(3): 355-64.
- Williams, A. F., Fergusson SA, Cammisa MX (2000). *Self reported drinking and driving practices and attitudes in four countries and perceptions of enforcement*. Arlington, V A, Insurance Institute of Highway Safety.
- Wyllie, A., J. F. Zhang, et al. (1998). "Responses to televised alcohol advertisements associated with drinking behaviour of 10-17-year-olds." *Addiction* 93(3):361-71.
- Yu, Q., R. Scribner, et al. (2008). "Multilevel spatio-temporal dual changepoint models for relating alcohol outlet destruction and changes in neighbourhood rates of assaultive violence." *Geospat Health* 2(2): 161-72.

