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

I. RESUMEN EJECUTIVO 13

II.- INTRODUCCIÓN 19

III.- ¿POR QUÉ CHILE NECESITA UNA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL? 23

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

IV.- ¿QUÉ HACE HOY POSIBLE QUE UNA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL SEA EFECTIVA? 40
a. La estructura regulatoria para el control del alcohol y las prácticas de su aplicación, aunque débil está bien orientada y permite superfeccionamiento 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

V.- DEFINICIONES, DERECHOS, DETERMINANTES Y MODELOS DE INTERVENCIÓN 48
a. Definiciones básicas 48
b. Derechos 48
c. Determinantes sociales de la salud y estrategia nacional sobre alcohol 49
d. Modelo de intervención 51

VI. LÍNEAS DE ACCIÓN Y MEDIDAS PROPUESTAS 54
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

VII.- ESTRUCTURA Y RUTA DE DESARROLLO ORGÁNICO PARA LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ALCOHOL 72

VIII. LOS PASOS INMEDIATOS Y CONCLUSIONES 74

IX.- REFERENCIAS 76

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.

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 las 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 sobrevida 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

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 ypérdidas 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.

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 a 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

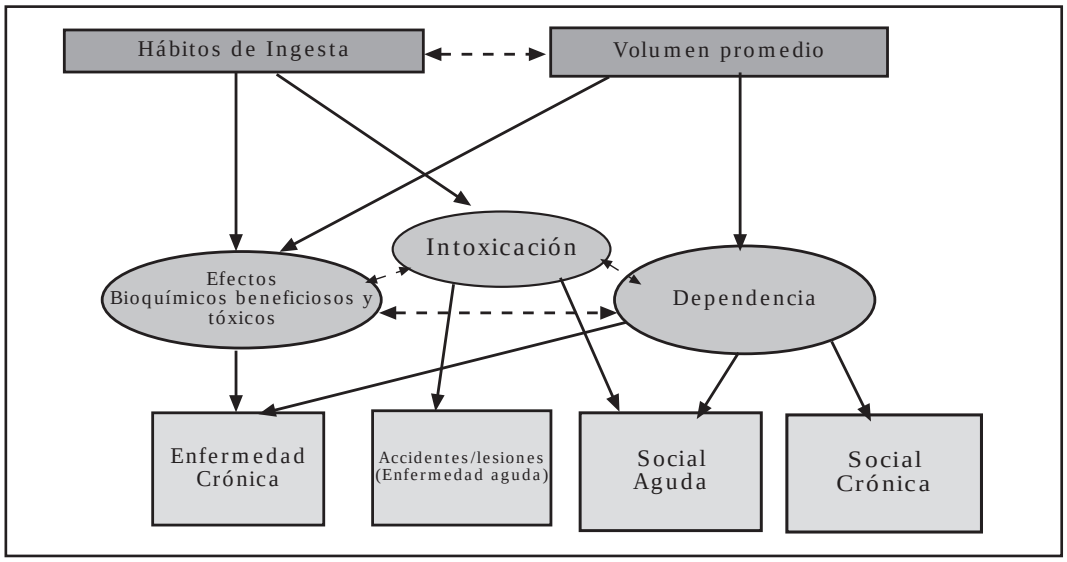
18. Chile tiene una larga historia de convivencia con el alcohol. Una primera, milenaria, la de los pueblos originarios, expresada en un patrón de consumo regulado y ritual, aunque con intoxicación colectiva varias veces al año. Luego, con el mestizaje y transculturación colonial, la población mayoritaria 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 quién 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 las 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 maquinaras, 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 influencian 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.[1]

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:

a) Porque le duele la pérdida en vidas y en calidad de vida asociadas al alcohol
b) Porque le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública
c) Porque busca un desarrollo con equidad y protección social
d) Porque su desarrollo económico y social se resiente con los costos que genera el consumo nocivo de alcohol

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.

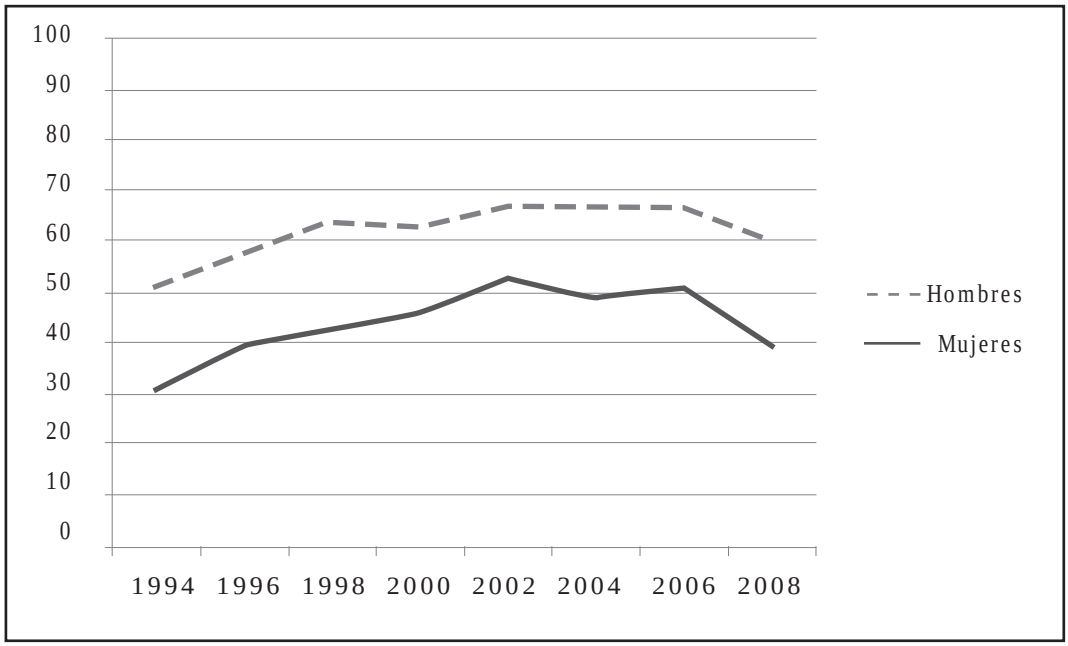
37. Consumo de alcohol, beber de riesgo y beber problema (abuso)

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%.

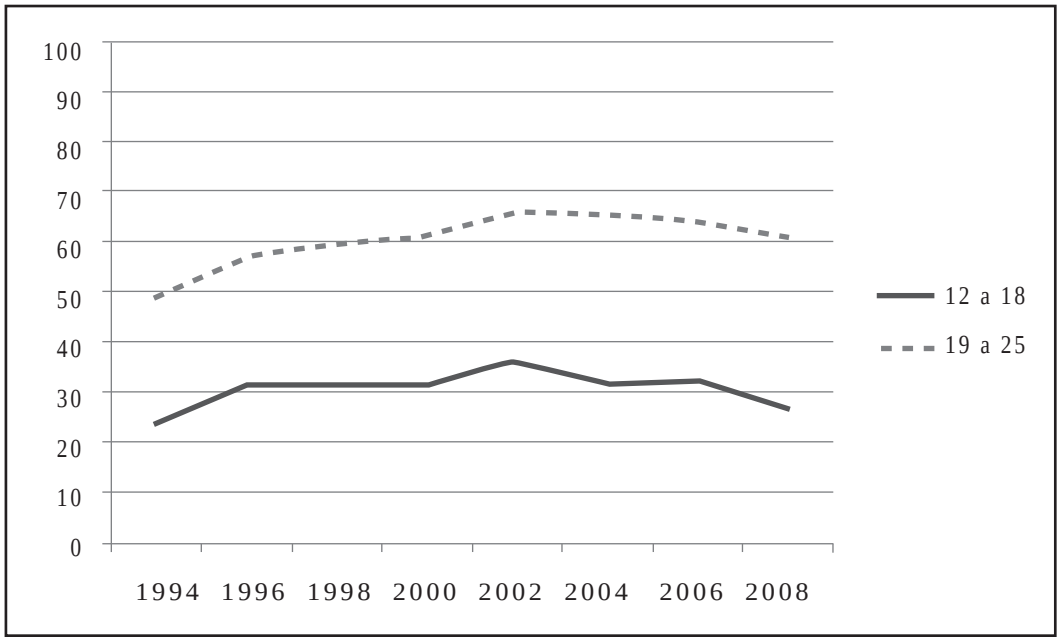
40. Figura 1. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, según género, Chile. 1994-2008.



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

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

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*.

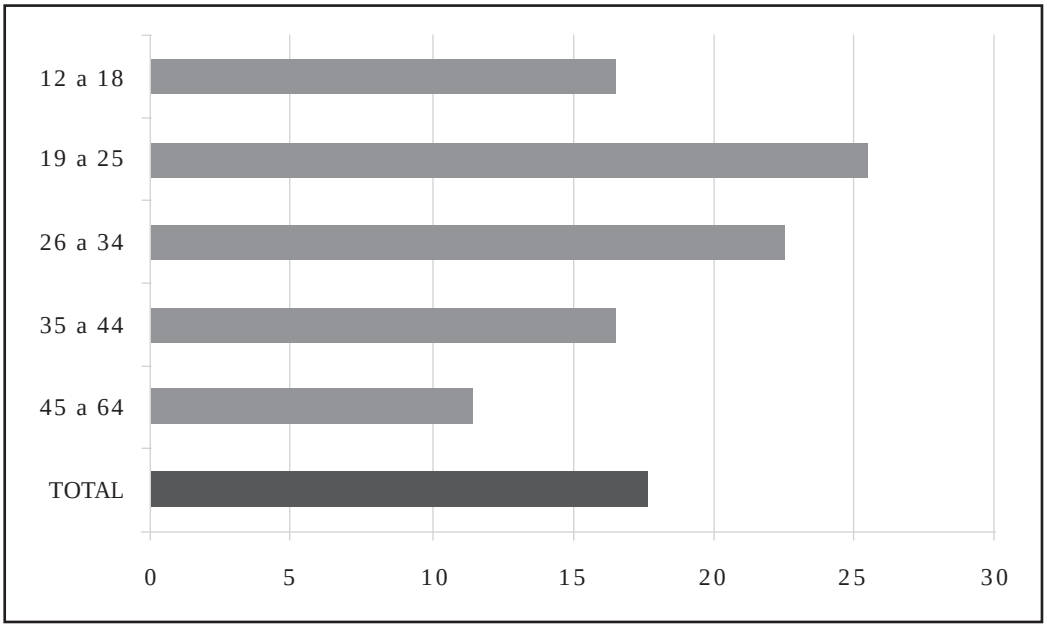
REGIÓN DE CHILE	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
PAÍS	38,6	46,5	51,5	53	58,1	56,3	56,7
Tarapacá	36,2	44,0	48,1	51,5	55,3	53,2	51,8
Antofagasta	36,7	40,9	49,5	54,8	51,6	50,7	47,0
Atacama	34,0	37,0	43,8	48,9	50,5	50,7	42,5
Coquimbo	31,7	38,6	39,9	53,6	62,3	51,1	51,5
Valparaíso	41,1	46,2	47,4	56,1	59,8	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).

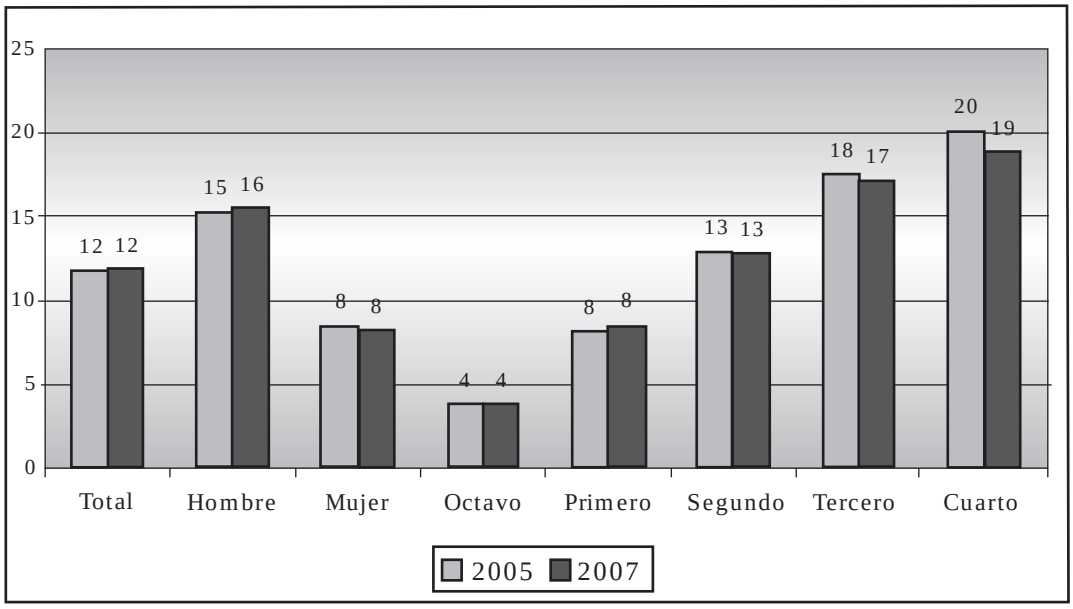
47. Figura 3. Prevalencia de consumo de alcohol de riesgo* según grupo etario, Chile. 2004.



*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

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).

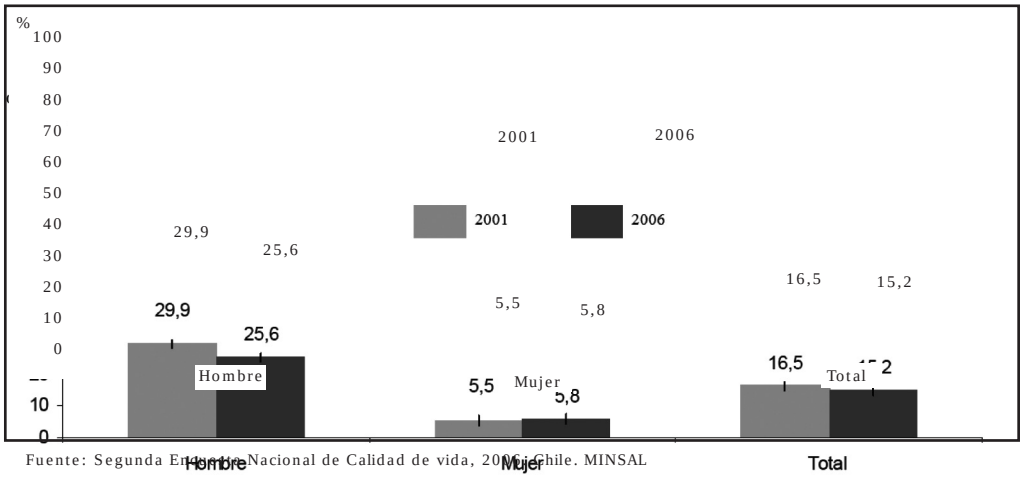
49. Figura 4. Evolución 2005-2007 del consumo de riesgo (tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual) según sexo y curso.



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)[2] 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.

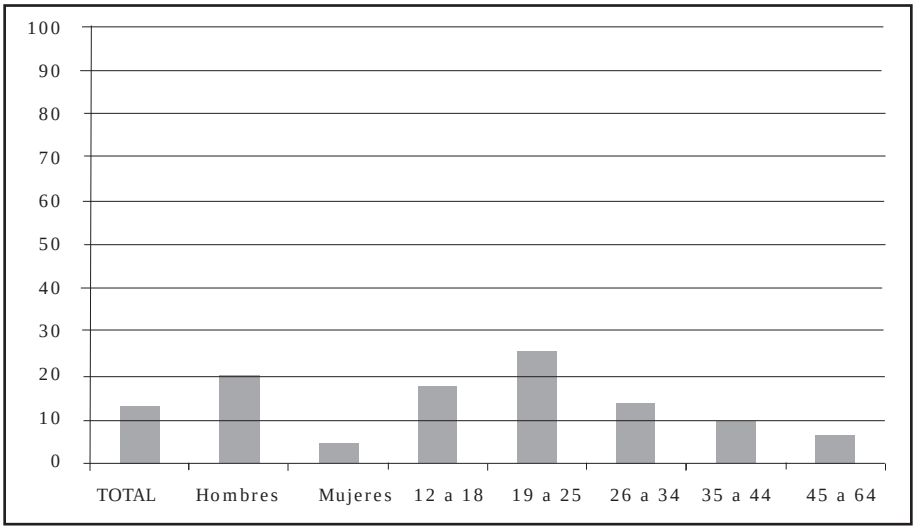


Fuente: Segunda Encuesta Nacional de Calidad de vida, 2006, Chile. MINSAL

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[3].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.

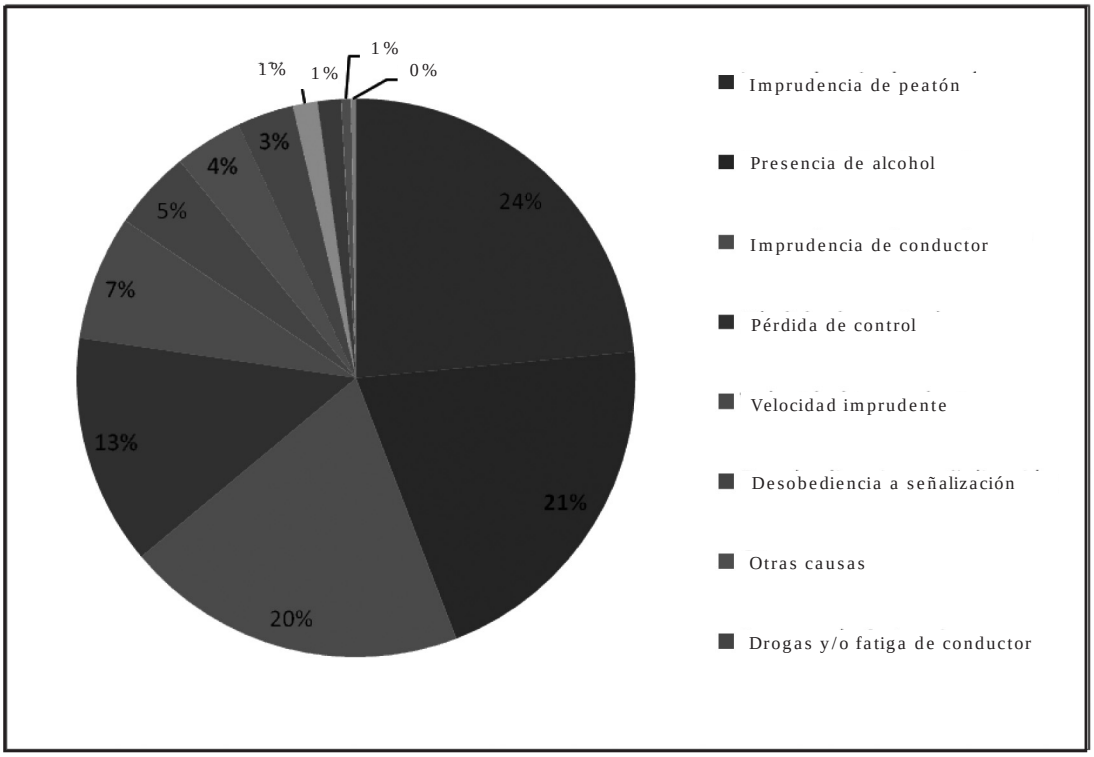
REGIÓN DE CHILE	2004	2006	2008
PAÍS	13,5	13,0	12,0
Tarapacá *	13,7	20,0	8,8
Antofagasta	10,0	12,7	15,1
Atacama	12,7	20,2	13,0
Coquimbo	9,4	8,8	11,2
Valparaíso	15,6	16,0	16,6
O`Higgins	16,1	12,9	16,6
Maule	11,4	13,6	14,1
Bío Bío	12,5	12,5	13,9
Araucanía	13,4	13,0	12,5
Los Lagos	17,3	17,4	12,3
Aisén	12,1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

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.

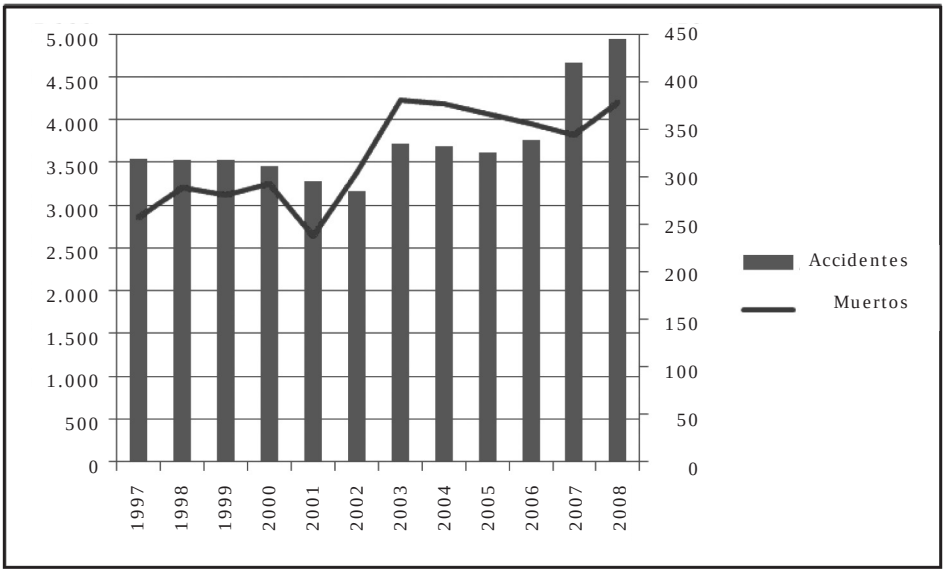


Fuente: Secretaría Ejecutiva. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Gobierno de Chile (2008). Siniestros de tránsito ocurridos en Chile y asociados a la presencia de alcohol en los participantes. Disponible en:http://www.conaset.cl/images/doc/Alcohol%20total%202008.pdf Visitada el: 18 de diciembre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

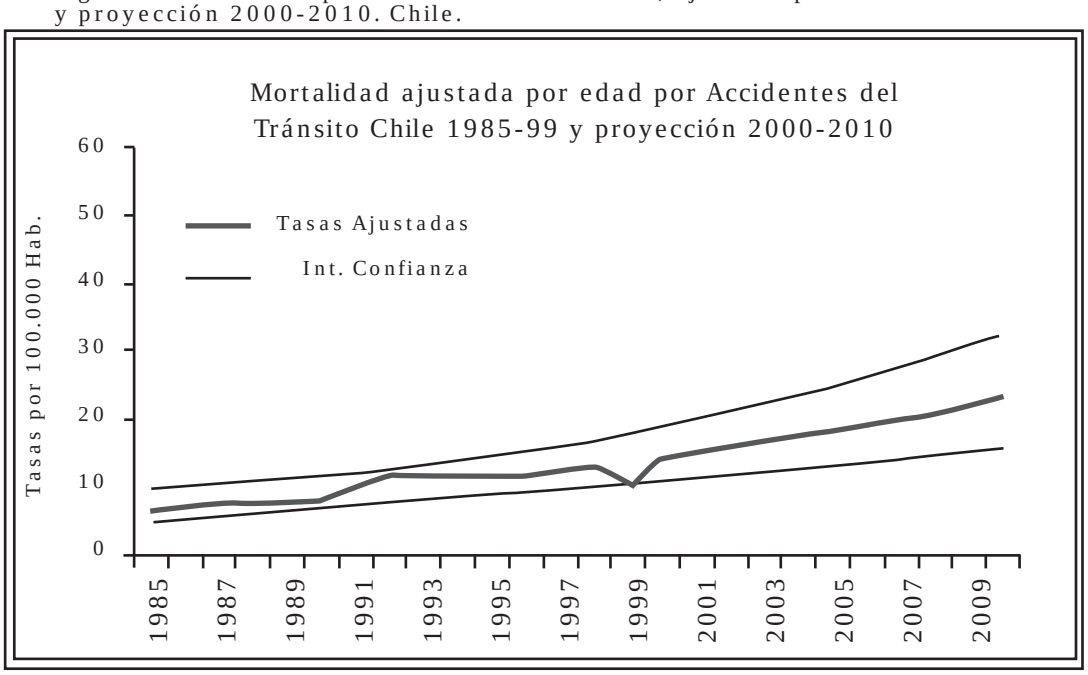


Fuente: Secretaría Ejecutiva. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Gobierno de Chile (2008). Siniestros de tránsito ocurridos en Chile y asociados a la presencia de alcohol en los participantes. Disponible en: http://www.conaset.cl/images/doc/Alcohol%20total%202008.pdf. Visitada el: 18 de diciembre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

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)

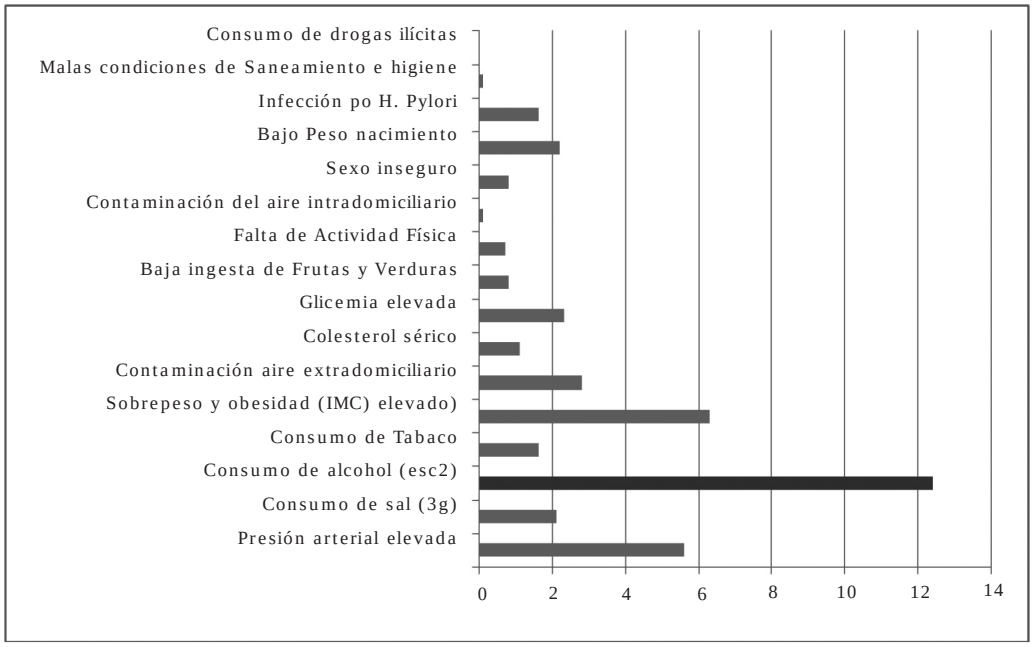
65. Esta metodología de reciente instauración entrega un indicador denominado “carga de enfermedad”, cuya unidad de medida es “años de vida perdidos por muerte o discapacidad”. Corresponde a la pérdida, prematura en relación a la expectativa de vida de cada población considerada, de vidas y de calidad 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[4], 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 cuánto a incidencia en la mortalidad, el consumo de riesgo de alcohol se asoció a 1 de cada 10 muertes en Chile, lahipertensión 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

70. Estos datos son consistentes con los obtenidos en el estudio de CdeE mundial[5] 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)[6] 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:

a) 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.[1]

b) Se evidencia un hábito de consumo peligroso de alcohol entre los adultos en la mayoría de los países de América.[7]

c) Existen altos índices de consumo excesivo de alcohol en períodos cortos de tiempo (consumo excesivo episódico, “binge drinking”) entre los jóvenes.[8]

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. [9]

e) Se estima que un 50% de las muertes atribuibles al alcohol en el año 2002 fueron a causa de lesiones intencionales e involuntarias.[5]

f) Existen mayores niveles de trastornos por consumo de alcohol que en cualquier otra región del mundo.[10]

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.[5]

h) Más de 60 enfermedades y trastornos de salud están asociados al consumo de alcohol.[1]

i) El alcohol está asociado con casi un 10% de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) en la región, en el año 2002, en comparación con la cifra mundial de 4,4%.[5]

j) Un análisis comparativo acerca del impacto de 26 factores de riesgo sobre lacarga 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.[1]

b. Porque le preocupa y desea lograr niveles más altos de seguridad pública

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[11].

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).

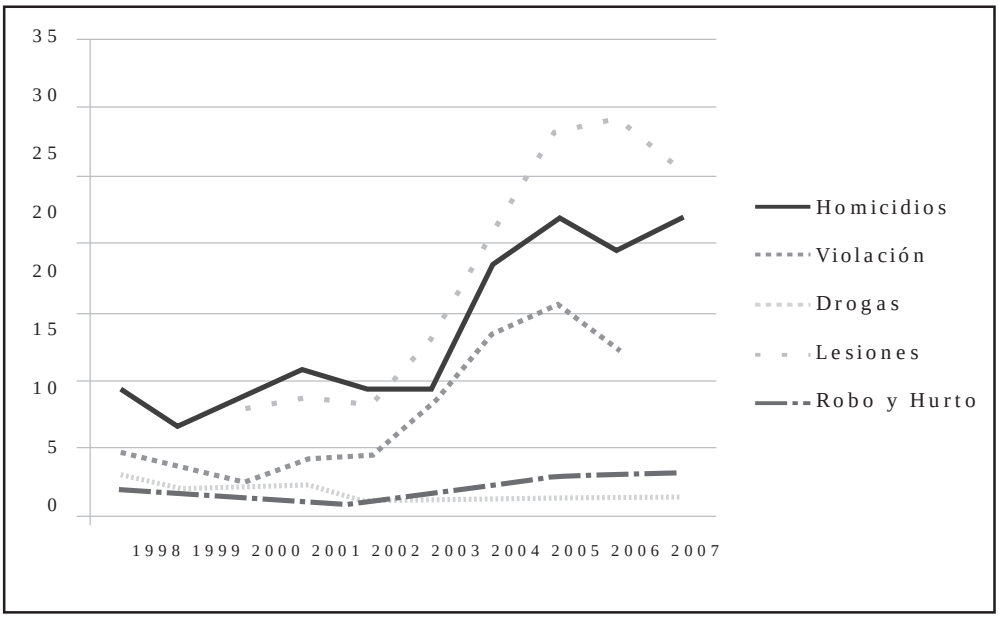
78. Tabla 4. Aprehendidos por Delitos de Mayor Connotación Social bajo influencia del alcohol (incluye ebriedad), 2008.

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

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

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

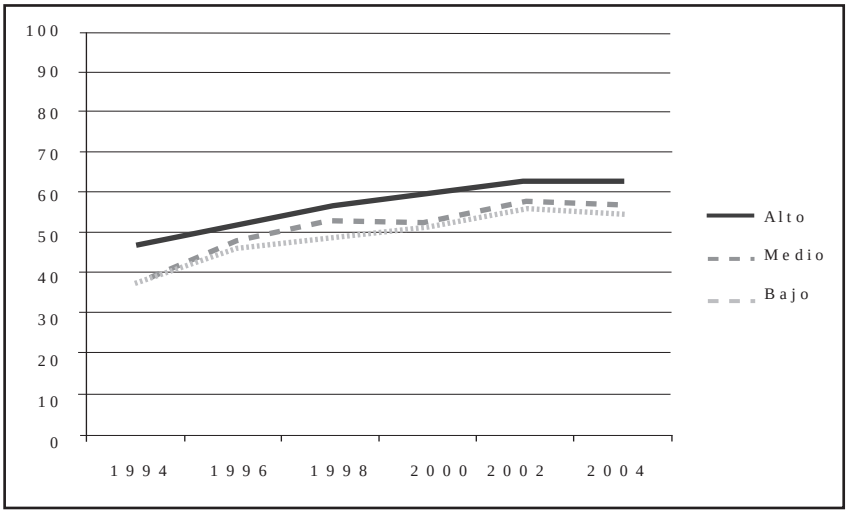
83. Al menos, respecto de las faltas y delitos que ocurren en sitios públicos, hay evidencias que se correlacionan con lugares en los que se concentran locales de expendio y/o donde se reúnen grupos para ingerir en la vía pública. No sucede así respecto de la violencia intrafamiliar.

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[12] cuando se les pregunta a nivel personal, el problema se ubica en el décimo lugar.

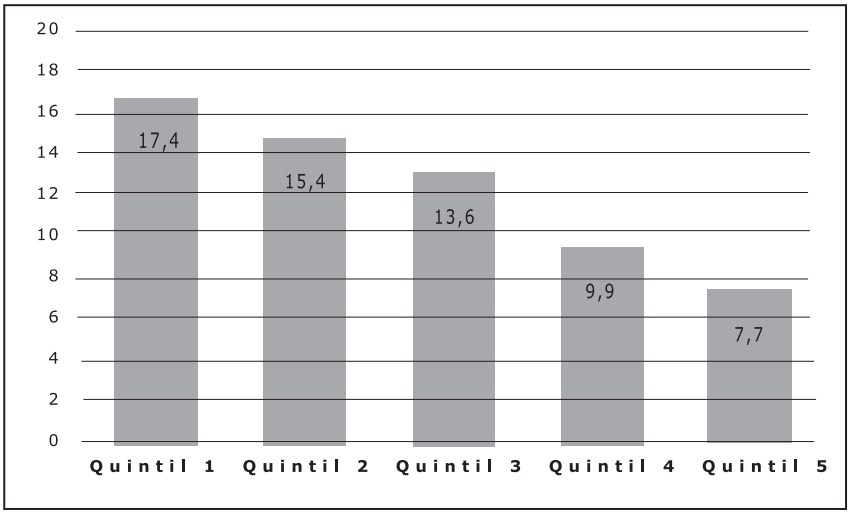
85. La incidencia del consumo nocivo de alcohol en la generación de pobreza y/o persistencia en ella parece muy evidente, aunque las mediciones han sido más bien indirectas. Un dato nacional relevante es que si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos (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_poblaciongeneral_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.[13] 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.[14]

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),[15] concluyó que los costos y gastos que ocasiona el patrón de consumo de alcohol en el país consumo fue 4 veces los ingresos que redituó 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.[16]

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. [17]

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 esto 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.[18]

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

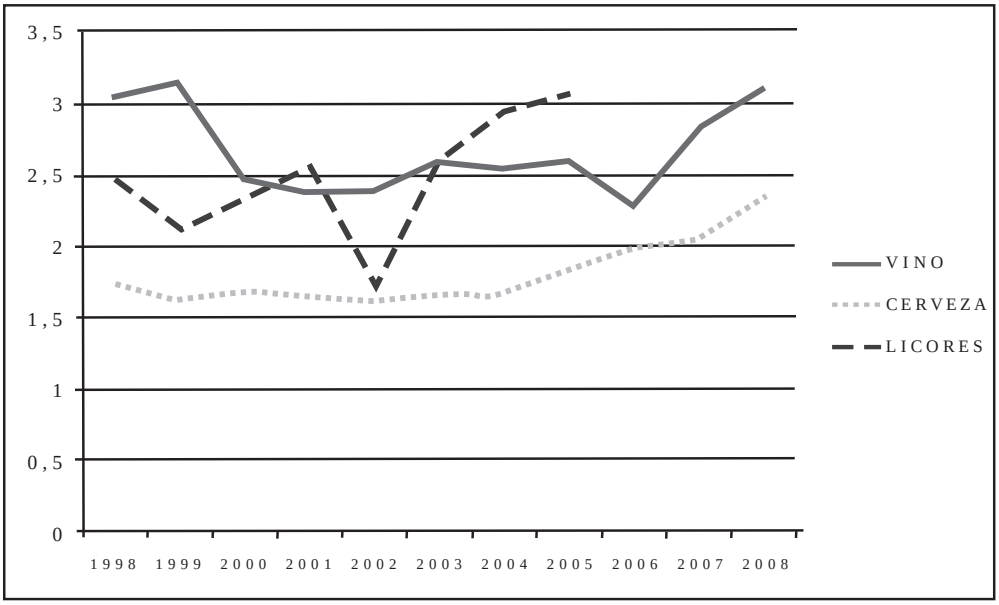
Fuentes: OMS. Americas Region of WHO and information provided by S. Popova, J. Rehm & M. Rylett.
FAO. Elaboración propia en base a FAOSTAT. Consumption. Crops Primary Equivalent.
ODEPA. Elaboración propia en base a datos proporcionados por Oficina de Estudios y Políticas Agrarias, MINAGRI, Chile; y a 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 Nº 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).[19] 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.[6]

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	La ley Nº 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. 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.	Obligaciones contraídas por Chile por tratados comerciales condicionan lasmedidas de control. (Ej.: demanda de la Comunidad Europea en relación a las tasas aplicadas por Chile, específicamente al Whisky). 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.
Ventas, Expendio y Consumo de Alcohol	La Ley Nº 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. 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	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). La embriaguez en lugares públicos se sanciona sólo si se repite. Puede indicarse tratamiento médico, pero hasta hoy se aplica muy poco. No hay prohibición explícita de ingesta de alcohol de menores de 18 años (pueden consumir en presencia de sus padres). Restricciones en número y densidad no incluyen a restaurantes, hoteles y otros, donde se permite la venta

* 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 Nº 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[20].

115. Un ejemplo destacado es el estudio realizado por Babor y un grupo de 16 investigadores el año 2003[20], 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 [20-22]. (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 destacadas por Babor et al. (2003)[20] permitieron calcular los costos evitables (2008)[23].La metodología incluyó la utilización de las pautas de Collins et al[24].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)[17] 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	Mortaliadad	AVPM	Días UCA
Aumento de un 25% en los impuestos al alcohol	2.7%	1.9%	2.3%
Reducción de la alcoholemia legal de un 0.08% a un 0.05%: 12% de reducción de muertes o accidentes de tránsito	4.1%	5.0%	0.2%
Alcoholemia cero bajo los 21 de edad	0.7%	1.1%	0.1%
Aumento de la edad Mínima legal para consumir alcohol de 19 a 21 años	2.7%	3.4%	0.1%
Intervención "bares más seguros": reducción en un 10% de los delitos relacionados con los bares	0.0%	0.0%	0.0%
Intervención breves: 7.7% de reducción en el consumo de alcohol entre bebedores en riesgo	8.5%	6.1%	4.5%
Privatización de la venta de alcohol: 10% de aumento en el consumo de alcohol	-16.5%	-8.4%	-8.2%
Cambio relativo entre la situación inicial y todas las intervenciones [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[19], 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[25], 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[26], 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,[27] Las 16 políticas elegidas se agruparon en cinco ámbitos[20]: 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 . [28]

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.[20] Las políticas de alcohol son la manera más efectiva de estimular cambios individuales y culturales en los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol.[29]

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.[30]

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.

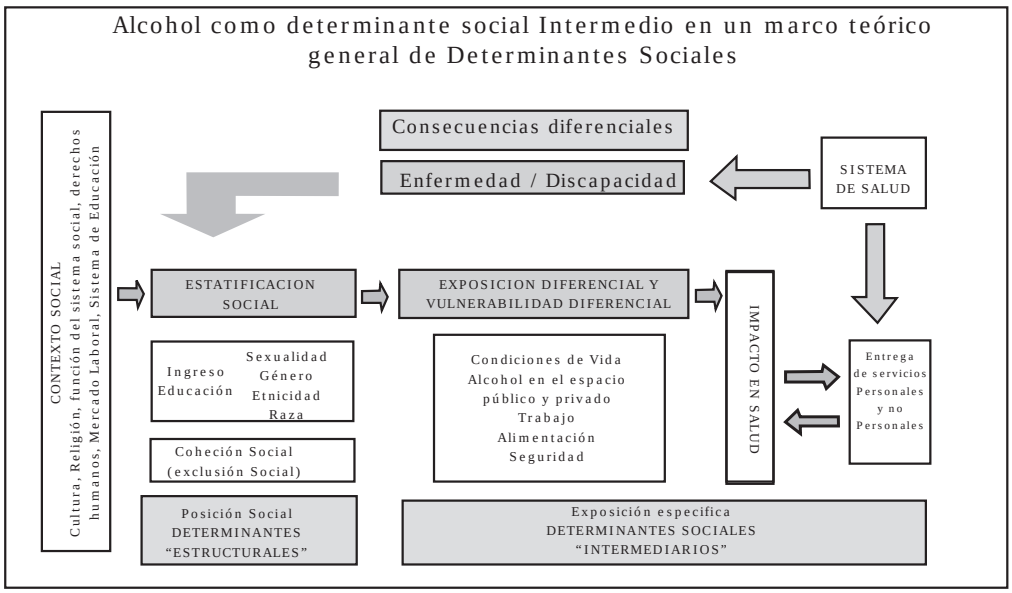
c) Los ciudadanos a disponer de información objetiva y confiable tanto sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad, como sobre las estrategias públicas efectivas disponibles para prevenirlas o atenuarlas a nivel de la sociedad en su conjunto.

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 [31-36].

142. Una propuesta sintética del modelo de determinantes sociales de la salud es el desarrollado por Solar e Irwin en el año 2005 [32].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).

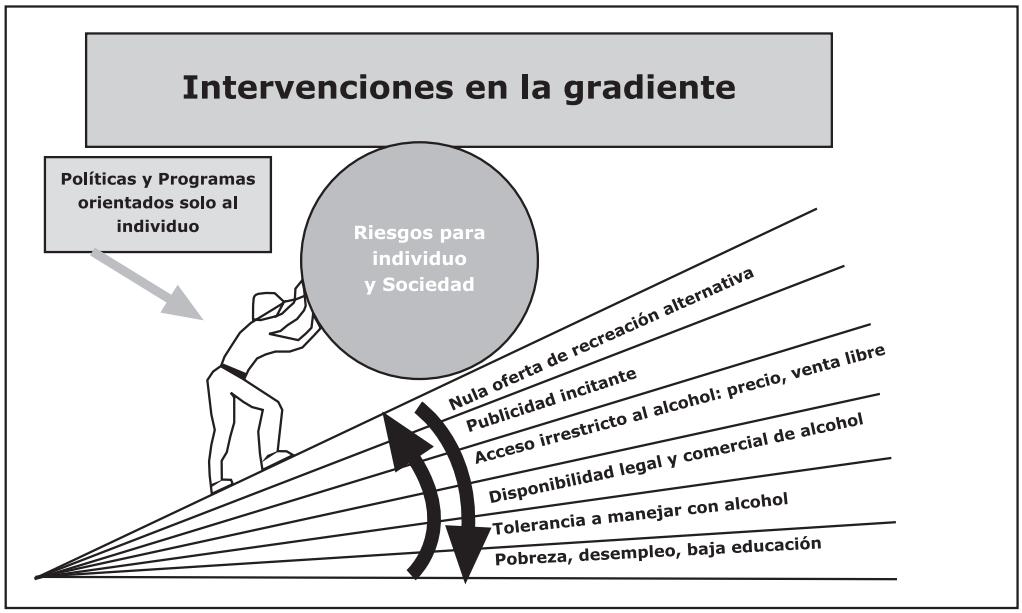
145. El concepto de gradiente social como determinante social estructural, se refiere a que las circunstancias económicas y sociales, expresadas como estratificación social, influyen en los niveles de salud que alcanzan las personas a lo largo de toda la vida y, si bien es más evidente en los sectores de pobreza, se distribuye a través de todas las capas sociales. Este gradiente se expresa en una menor esperanza de vida asociada a mayor morbimortalidad cuando se comparan distintas sociedades[36].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[37], lo que también es posible apreciar en otras de sus consecuencias para la salud (enfermedades asociadas[4], discapacidad por accidentes y violencias[4, 38],menor producción económica y desempleo[39,40],alteraciones en la vida social temprana a través de la violencia intrafamiliar[41], el abuso a menores[42] y síndrome alcohólico fetal[43-45]).

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:

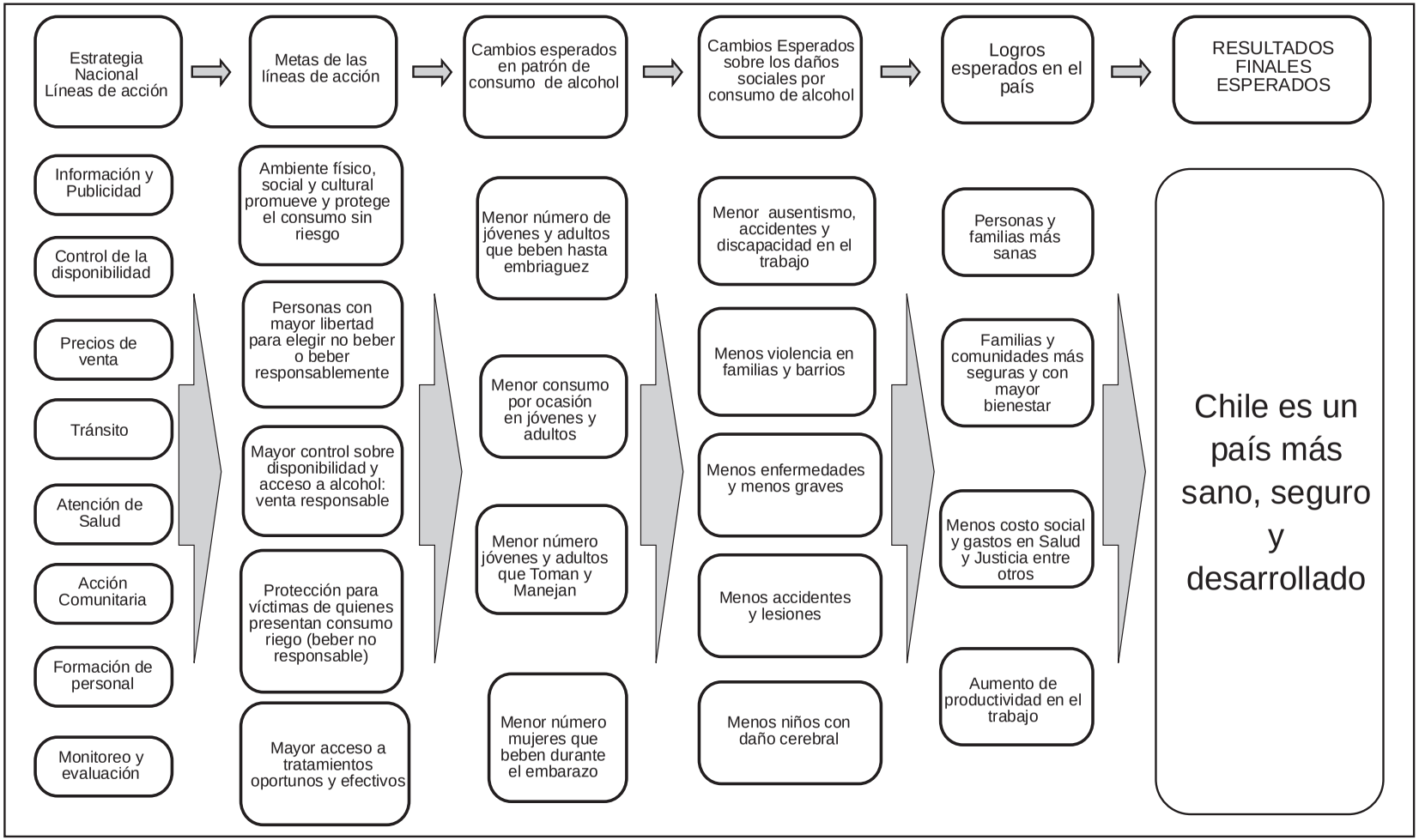
a) Pérdida precoz de vidas y daño por efecto de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol. Se trata de uno de los problemas de mayor connotación social por el daño violento y el sufrimiento impotente que experimentan muchas personas y familias, víctimas inocentes de una conducta ya inaceptable: 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. Theevidencebase 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.[46]

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 Nº 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 expenda.

Horarios de venta de bebidas alcohólicas

186. Modificar disposiciones sobre horarios que establece la Ley, manteniendo actuales disposiciones para aquellos locales en que se expenda 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) Proposiciones 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.

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 Nº 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 adolecentes 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 Nº 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 N° 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.

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 Nº 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 resolutividad 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 Nº 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 Nº 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.

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 curriculum.

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 Nº 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:

a) Consumo per cápita de alcohol, en litros de alcohol puro en mayores de 15 años.
b) Prevalencia de bebedores de alcohol, medido como consumo en el último mes y año.
c) 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.
d) Prevalencia de bebedores de riesgo, consumo problema y dependencia.
e) Número de accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.
f) Número y proporción de accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.
g) Tasas de mortalidad ajustadas de enfermedades causalmente relacionadas a alcohol (índices estandarizados por cada cien mil habitantes).
h) 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:
   a) 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.
   b) 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.
   c) Detenciones por parte de Carabineros de Chile por faltas a la ley de alcoholes.

287. Para las Líneas 2 y 4:
   a) 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.
   b) 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:
   a) 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:
   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

290. Línea 5:
   a) 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.
   b) 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.
   c) 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:
   a) 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).
   b) 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.
   c) Tasas de mortalidad ajustadas de enfermedades causalmente relacionadas a alcohol (índices estandarizados por cada cien mil habitantes).
   d) 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 morbimortalidad, 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.

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 concurran 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 aspecto 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 .[49]

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.[50].Experiencias similares se recogen en Nueva Zelandia e Inglaterra.[51,52]

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.[53]

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 consumió 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.[54]

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, Rebolledo 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, Romel 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, Saisana 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: Subsanar 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, Morrisey 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.
Internacional Center for Alcohol Policies. Washington DC: Routledge; 2010.