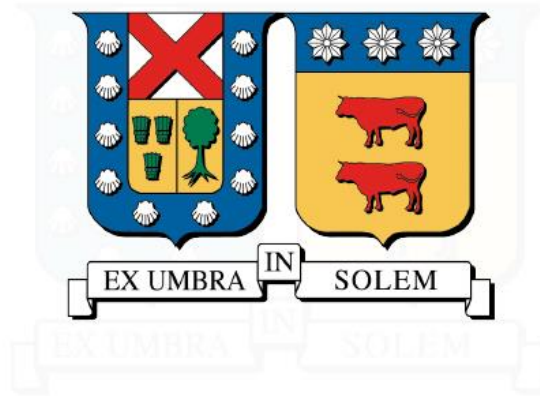


UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA

DEPARTAMENTO DE INDUSTRIAS

SANTIAGO – CHILE



**PROPUESTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN DEL USO
DE ALCOHOLES EN LA POBLACIÓN CHILENA BAJO LA MIRADA DE LA
POLÍTICA PÚBLICA INTERNACIONAL**

ÁLVARO SEPÚLVEDA PARRA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

PROFESOR GUÍA : SR. JAVIER SCAVIA D.
PROFESOR CORREFERENTE : SR. PEDRO FERNÁNDEZ

ENERO 2021

Contenido

Capítulo 1 Introducción	4
Motivación	4
Objetivos	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
Capítulo 2 Diagnóstico de la situación actual chilena sobre consumo de drogas y alcohol... 6	
Datos acerca del consumo en Chile	6
Políticas de prevención contra el consumo de alcohol y drogas	14
A. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2018.....	14
B. Plan de Acción de Alcohol 2017-2020 SENDA-MINSAL	21
Capítulo 3 Covid-19 y su efecto en el consumo de sustancias	30
Evidencia sobre consumo y restricciones por emergencias sanitarias	30
Cuarentena y consumo de alcohol en Chile	34
Cuarentena y consumo de alcohol en Italia	36
Cuarentena y consumo de alcohol en España	37
Cuarentena y consumo de alcohol en Alemania	38
Cuarentena y consumo de alcohol en Brasil	39
Cuarentena y consumo de alcohol en E.E.U.U.	40
Cuarentena y consumo de alcohol en Australia	42
Recomendaciones de expertos frente al consumo de alcohol en cuarentena	43
Capítulo 4 Modelos de referencia para la prevención de consumo de alcohol	46
Criterios de selección	46
Islandia y el Icelandic Prevention Model (IPM)	48
Finlandia y la prevención para el consumo de alcohol.	56
Suecia y la prevención para el consumo de alcohol	60
Inglaterra y la prevención para el consumo de Alcohol	68
Irlanda y la prevención para el consumo de alcohol	73
Capítulo 5 Propuestas	75
Antecedentes y análisis de contexto Chile – Islandia	76
Propuesta 1 Creación de coaliciones por comuna que reúnan representantes clave de la comunidad para la planeación y desarrollo de actividades bajo el lineamiento del plan “Elige Vivir sin Drogas” y la entrega de información al ente coordinador de dicho plan.	87

Propuesta 2 Creación de un protocolo para emergencias sanitarias con respecto al consumo de alcohol y drogas en base a la información y experiencia obtenidas por SENDA en la pandemia COVID-19	90
Propuesta 3 Prohibición de publicitar bebidas con contenido alcohólico y marcas relacionadas en eventos deportivos y/o el auspicio de eventos y/o equipos deportivos por parte de marcas de bebidas alcohólicas y sus productos.....	92
Riesgos.....	94
Capítulo 6 Conclusiones y recomendaciones	95
Conclusiones	95
Recomendaciones y extensión del trabajo	97
Comentarios finales	98
Referencias	99
Anexos	108

Capítulo 1 Introducción

Motivación

La Organización Mundial de la Salud clasifica al alcohol como un bien adictivo que trae consigo efectos adversos a la población y su salud al largo plazo. Fuera de ser la excepción, Chile ha sido clasificado como uno de los mayores consumidores de alcohol en población adulta y joven de la región, dejando consecuencias en el bienestar general de los chilenos y su vivencia económica. De hecho, estudios llevados a cabo en cooperación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) indican que el costo nacional asociado al consumo mencionado supera la recaudación impositiva aplicada a la industria de alcoholes (SENDA, PRESUPUESTO 2020 LEY 21.192, 2020). Entonces, ¿Qué se puede hacer para reducir su consumo?

Dichas preguntas han llevado a distintas entidades a formular estrategias para contrarrestar el alto consumo de la población, proliferando algunas como la Reforma Tributaria del 2014 y la incorporación del plan preventivo “Elige Vivir sin Drogas” realizado por el SENDA y entidades internacionales del país islandés, nación altamente alabada los notables resultados de su programa preventivo de consumo de sustancias llamado “Youth in Iceland”. Pero ¿Es esto suficiente para reducir el consumo? ¿Existen otras alternativas que puedan lograr un efecto combinado más efectivo en la prevención de consumo?

La motivación del presente trabajo es intentar responder dichas preguntas mediante el estudio histórico de la política pública preventiva de consumo de alcoholes chilena, el contraste con casos internacionales, el análisis de la crisis sanitaria COVID-19 y sus efectos en el consumo de la población y la generación de propuestas para reducir aún más los niveles de consumo de bebidas alcohólicas de Chile.

Objetivos

Objetivo General

Proponer políticas públicas en materias de prevención del uso de bebidas alcohólicas mediante la contextualización de la situación chilena, el contraste de esta con países calificados como exitosos en la materia y la incorporación de la experiencia práctica presente en el contexto COVID-19, para la disminución de los niveles de consumo de alcoholes en la población chilena y para potenciar proyectos preventivos vigentes.

Objetivos Específicos

- Contextualizar históricamente el desarrollo de las políticas públicas chilenas en materias de prevención de consumo de alcohol para los años posteriores al año 2000.
- Caracterizar la situación de uso de alcoholes en Chile al 2020.
- Estudiar los efectos de la actual crisis sanitaria sobre las tendencias de consumo de alcoholes de Chile y el Mundo.
- Analizar posibles casos de éxito internacionales en materias de política preventiva del consumo de alcoholes.
- Proponer políticas públicas para la prevención de consumo de alcohol en Chile.

Capítulo 2 Diagnóstico de la situación actual chilena sobre consumo de drogas y alcohol

Datos acerca del consumo en Chile

Según el Global Status Report on Alcohol 2018 realizado por la organización mundial de la salud, al 2016 Chile mantiene un consumo total per cápita equivalente a 9,3 litros de alcohol puro anual, posicionándolo como uno de los primeros puestos de consumo a un nivel latinoamericano (World Health Organization, 2018) . Además, dicho país se posiciona segundo en cuanto al mayor índice de consumo de tabaco de Latinoamérica (BBC Mundo, 2018) y primero en el consumo de marihuana de los países latinoamericanos (Vásquez, 2018).

Gran parte de los altos índices de uso de las sustancias antes mencionadas se debe a las elevadas cifras de consumo en adolescentes, posicionando a Chile como el país con el mayor índice de consumo de drogas del continente para el año 2018 (T13, Jóvenes chilenos lideran ranking de consumo de droga en América, 2018). Enfatizando lo anterior, según un estudio de la asociación “Planet Youth” publicado el 2018, el 40% de una muestra de 8.422 estudiantes con edad promedio de 15 años pertenecientes a la Región Metropolitana acusa consumir Marihuana y el 29.3% de la muestra dice haber estado bajo los efectos del alcohol (T13, 2018).

Haciendo énfasis con lo dicho, según el Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile se puede definir el índice de precocidad como la proporción de estudiantes de educación primaria que declaran haber consumido alguna sustancia antes de los 15 (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018). En 2017, el índice de precocidad en Chile para sustancias como el tabaco, alcohol y marihuana ascendía a 65,3% ,64,7% y 50,2% respectivamente (SENDA, Décimo Segundo

Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018). Además, se pudo comprobar que para el mismo año la edad promedio del primer consumo para cada una de las tres sustancias mencionadas rondaba los 14 años.

No obstante, la precocidad en cuanto al uso de tabaco y alcohol ha tendido a la baja desde el año 2003, siendo la marihuana la única sustancia que ha mostrado un aumento en los niveles de precocidad. En cuanto a la edad promedio de inicio, esta ha variado durante los años dependiendo de la droga como se puede observar en las siguientes tablas.

Tabla 1

Evolución de la precocidad y edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol respectivamente, según sexo. Chile, 2001-2017.

Serie	Precocidad (%)			Edad de Inicio (promedio)			Serie	Precocidad (%)			Edad de Inicio (promedio)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2001	80,3	78,9	81,6	13,0	13,0	13,0	2001	67,4	67,4	67,4	13,7	13,6	13,7
2003	82,2	81,2	83,1	12,8	12,9	12,9	2003	70,5	71,0	70,1	13,5	13,5	13,6
2005	79,4	78,3	80,4	13,0	13,0	13,0	2005	69,1	68,9	69,3	13,6	13,5	13,6
2007	77,7	76,1	79,1	13,1	13,1	13,1	2007	68,5	68,4	68,5	13,6	13,6	13,6
2009	77,0	75,2	78,6	13,2	13,3	13,2	2009	68,3	68,2	68,3	13,7	13,6	13,7
2011	73,5	72,8	74,7	13,4	13,4	13,4	2011	66,2	66,7	66,1	13,7	13,6	13,7
2013	69,0	67,6	70,2	13,6	13,6	13,6	2013	65,4	66,1	64,8	13,7	13,6	13,8
2015	66,7	65,2	68,0	13,7	13,7	13,7	2015	64,9	65,5	64,3	13,8	13,7	13,8
2017	65,3	61,2	68,6	13,8	13,9	13,7	2017	64,7	63,2	65,9	13,7	13,7	13,8

Edad de inicio y precocidad se obtienen a partir de quienes reportan edad de inicio mayor o igual a ocho años y quienes declaran haber probado tabaco alguna vez en la vida (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018).

Tabla 2

Evolución de la precocidad y edad de inicio del consumo de marihuana, según sexo. Chile, 2001-2017

Serie	Precocidad (%)			Edad de Inicio (promedio)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2001	44,8	44,7	44,9	14,6	14,6	14,7
2003	46,4	47,6	45,1	14,5	14,5	14,6
2005	41,4	41,3	41,6	14,7	14,7	14,7
2007	41,2	41,2	41,2	14,7	14,7	14,7
2009	46,1	47,5	44,6	14,5	14,5	14,6
2011	46,8	48,5	45,2	14,5	14,5	14,6
2013	44,2	44,2	44,1	14,7	14,6	14,7
2015	49,3	50,1	48,4	14,5	14,5	14,5
2017	50,7	48,5	51,7	14,4	14,5	14,4

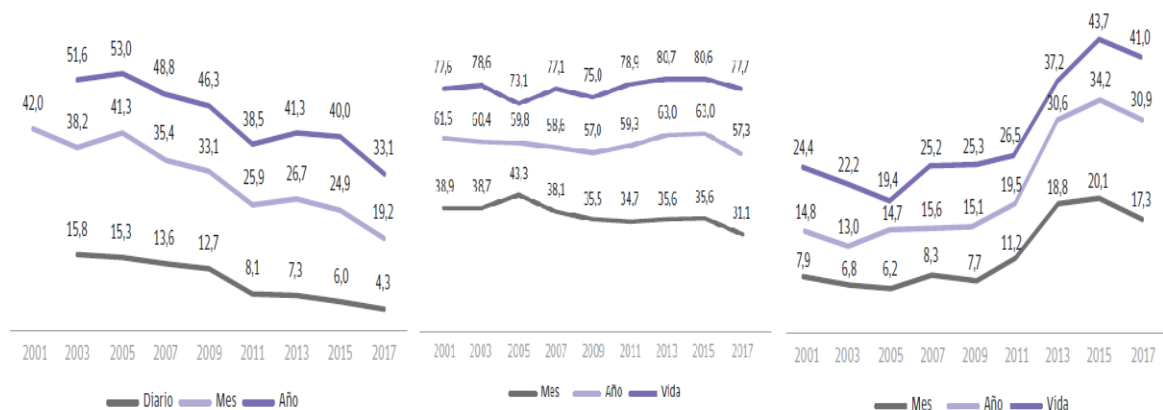
Edad de inicio y precocidad se obtienen a partir de quienes reportan edad de inicio mayor o igual a ocho años y quienes declaran haber probado marihuana alguna vez en la vida. (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

Para lograr cuantificar el impacto total del uso de sustancias en la población antes analizada, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile utilizó una medida llamada prevalencia, medida descrita como “aquellos que declaran haber consumido al menos una vez la droga señalad” en el periodo de tiempo correspondiente (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018). Para el caso de las drogas ilícitas se consideró la prevalencia anual, para el caso del alcohol la mensual y para el caso del tabaco “se toma como referencia la proporción de personas que ha fumado al

menos un cigarrillo por 20 o más días en el último mes (prevalencia diaria).” (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018). Dicho esto, se pudo encontrar que para 2017 la prevalencia diaria en cuanto al tabaco decayó de un 6% a un 4,3% (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018), reflejando la tendencia a la baja antes representada por el porcentaje de precocidad. Siguiendo esta línea, el consumo de alcohol mensual también presentó una baja de 4,5 puntos respecto al 2015 (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018). Para la droga ilícita marihuana también se puede observar una caída de 3,3 puntos de 2015 a 2017, pero se observa que esto fue luego de una repuntada considerable de 2011 a 2015 (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018). Todo lo anterior se puede ver reflejado en el siguiente gráfico:

Gráfico 1

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y marihuana respectivamente alguna vez en la vida, último año, último mes y diario en Población Escolar.

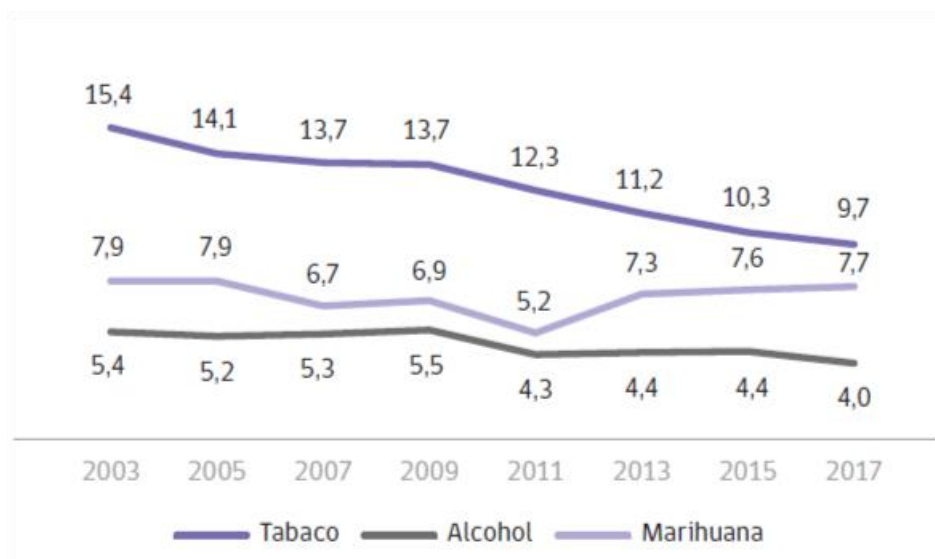


Datos expresados en porcentajes. (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

Otra métrica utilizada por el gobierno para cuantificar la vigencia del consumo de sustancias en la población escolar es la cantidad de días en los cuales se utilizaron dichos componentes mensualmente, para la población consumidora del último mes. De la cuantificación anterior, y utilizando los datos de los años 2003 a 2017, se pudo obtener el siguiente gráfico:

Gráfico 2

Tendencia del promedio de días en que se ha usado alcohol, tabaco y marihuana en el último mes para la población escolar de Chile.



(SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

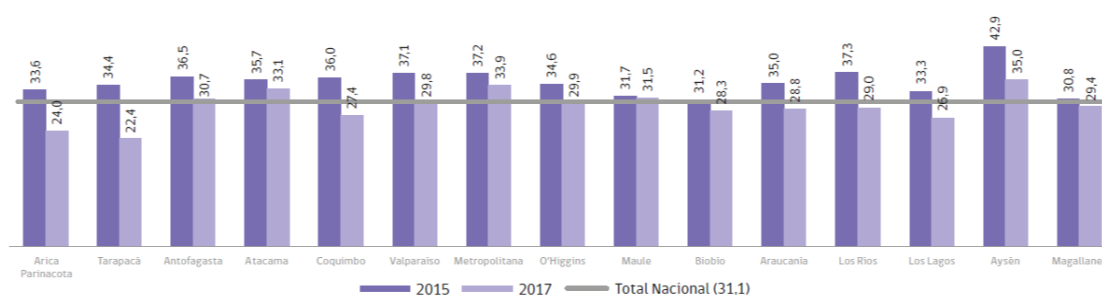
Es posible extraer del gráfico 2 que globalmente se ha producido una caída en la cantidad de días de uso de las sustancias a través de los años de estudio, bajando incluso 5,7 días el promedio de uso mensual para el caso del tabaco. No obstante, se ha visto un aumento en el número de días de uso de marihuana entre los años 2015 y 2017.

Para obtener una desagregación de los índices de prevalencia, el estudio SENDA creó tres gráficos que reflejan la prevalencia del alcohol por mes, la prevalencia del tabaco diaria

y la prevalencia de consumo de marihuana en el último año para cada una de las regiones del país, los cuales son expuestos a continuación:

Gráfico 3

Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según regiones.

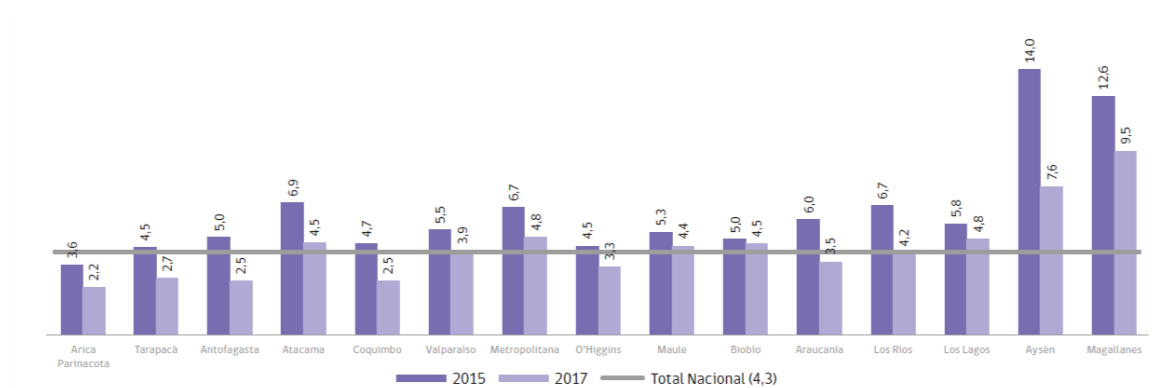


(SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

Principalmente se procederá a analizar la situación contingente a la región Metropolitana y sus subdivisiones. Dicho esto, se puede observar en el gráfico anterior que existe una baja de 3,3 puntos en cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol en la RM (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018), pero aun manteniéndose por arriba del porcentaje total nacional. La cifra de 33,9% de prevalencia para la región antes mencionada la posiciona como la división con mayor índice de Chile.

Gráfico 4

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco diario, según regiones.

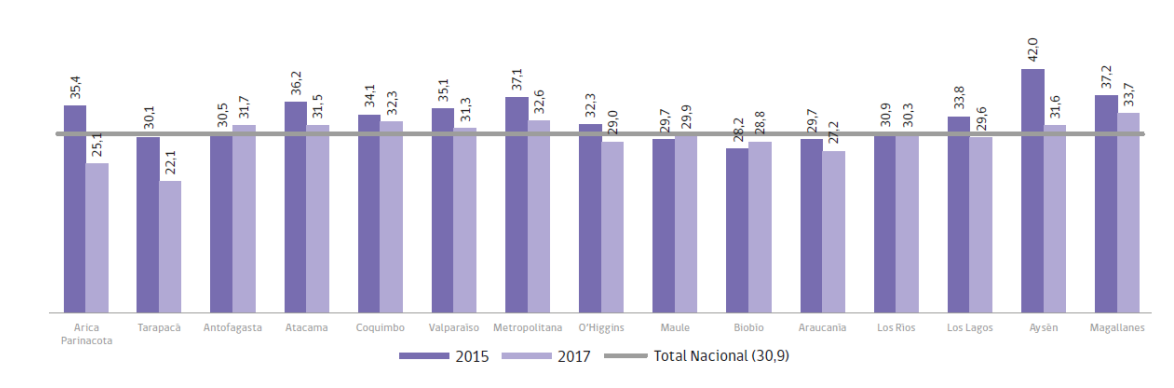


(SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

En cuanto al tabaco, la región Metropolitana expone una caída significativa de 1,7 entre el 2015 y 2017 para los índices de prevalencia. No obstante, aún esta cifra se mantiene por encima de la media nacional, aunque muy alejada de la mayor cifra de 2017, la cual se encuentra en la región de Magallanes.

Gráfico 5

Evolución de la prevalencia de consumo de marihuana en el último año, según regiones.



(SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

Finalmente, para el caso de la prevalencia en el consumo de marihuana por región se puede apreciar “quiebre en la tendencia al alza que se había apreciado a nivel nacional en la última década” (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población

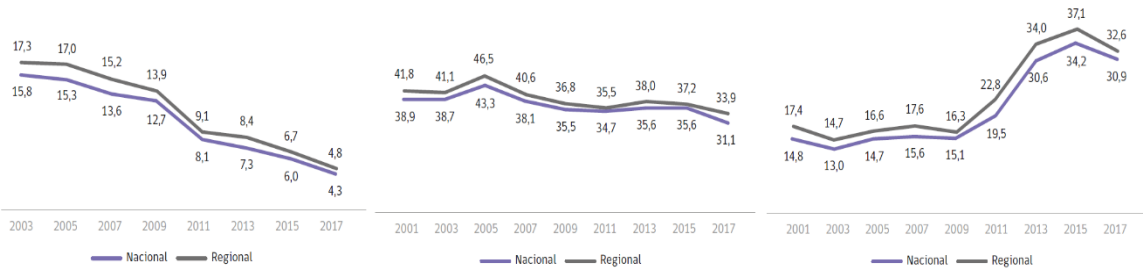
Escolar de Chile, 2017, 2018), presentando en el caso de la región Metropolitana una caída significativa de 2,4 puntos (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018).

Siguiendo la línea de análisis de las sustancias antes mencionadas, para el caso específico de la región Metropolitana se dispone de información para cada una de dichos estupefacientes, pero en este caso para una “muestra efectiva de 17.180 estudiantes que representan a 397.879 estudiantes de Octavo Básico a Cuarto Medio de colegios municipales, particulares subvencionados y particulares pagados de la Región” (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018).

A continuación, se presentan los gráficos representativos de la prevalencia diaria para el caso del tabaco, mensual para el caso del alcohol y anual para el consumo de marihuana (respectivamente):

Gráfico 6

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco, mensual de alcohol y anual de marihuana en Población Escolar respectivamente. Región Metropolitana, 2003-2017



(SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017, 2018)

Como se puede observar, para el caso de la prevalencia diaria de tabaco y mensual de alcohol, la cifra presentada para el 2017 es la menor de toda la serie regional. En cambio, para el caso de la marihuana, la cifra de prevalencia anual se posiciona como la tercera mas alta de toda la serie.

Políticas de prevención contra el consumo de alcohol y drogas

Respecto a las políticas de prevención y control del uso de drogas y alcohol vigentes para Chile, existen actualmente dos estrategias que engloban las acciones y procedimientos para hacer frente al consumo de dichas sustancias:

A. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2018

En primer lugar, la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2018, política pública creada el 2009 por parte del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) bajo el mandato de la presidenta Michelle Bachelet, con el fin de “Evitar el consumo, reducir el abuso y disminuir la disponibilidad de drogas y las consecuencias negativas asociadas a tales fenómenos en el país en el lapso del decenio 2009 –2018.” (CONACE, 2009). Dicha iniciativa nace por los niveles de consumo a inicios de 2009, año en el que “casi el 75% del consumo de marihuana está radicado en menores de 25 años, y sucede lo mismo con el 54% del uso de pasta base y el 43% del consumo de cocaína.” (CONACE, 2009).

La estrategia que se menciona busca continuar el camino trazado por la estrategia previa a la mencionada, denominada Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008, retomando desafíos que, según los precursores del plan vigente, no fueron cumplidos a plenitud según los resultados obtenidos (CONACE, 2009). Dicho esto, se pretende aumentar la efectividad e impacto de los cursos de acción seleccionados, esto mediante la mejora de los marcos de cuantificación de resultados extraídos luego de los periodos de desarrollo de los proyectos a venir (CONACE, 2009). Además, se quiere lograr una mejora en la coordinación de las partes, planteando que “la responsabilidad del gobierno central debe ser adecuadamente ponderada; las regiones y las comunas deben adquirir mayor protagonismo en el marco de una política que debe mostrar flexibilidad, atención y sensibilidad frente a las

necesidades locales. El compromiso de los municipios con la problemática requiere de nuevos progresos si se le quiere convertir en la piedra angular de una política de drogas con participación social.” (CONACE, 2009).

La estrategia planteada es sub divisible en 5 objetivos globales, siendo estos:

- i. “Reducción de la demanda.”
- ii. “Reducción de la oferta.”
- iii. “Fortalecimiento institucional y legal.”
- iv. “Cooperación internacional.”
- v. “Innovación, investigación y formación de recursos humanos.”

(CONACE, 2009)

i. Reducción de la demanda

Como pilar fundamental del objetivo planteado por el plan de CONACE se establece el fortalecimiento de la familia como la primera unidad preventiva ante el consumo de drogas y alcohol, dando especial énfasis en la capacidad formadora que mantienen los valores, enseñanzas y conocimiento de los núcleos familiares cercanos, apelando al rol formativo de dichos parientes cercanos para evitar el consumo (CONACE, 2009).

Otro aspecto fundamental para la estrategia que se plantea es “Evitar, disminuir y mitigar el consumo de drogas y alcohol en niños y jóvenes de todas las instituciones educativas del país, en un proceso continuo y sistemático.” (CONACE, 2009), posicionando a los profesores, primarios y secundarios, como primeros entes preventivos ante las situaciones de consumo en menores, mediante capacitaciones especializadas para el trato de dichos escenarios, todo esto posible por la implementación del tema en cuestión en la Proyecto Educativo Institucional (PEI) de cada establecimiento (CONACE, 2009).

También, el plan estratégico busca “Favorecer la instalación de programas de prevención del consumo de drogas en instituciones y empresas públicas y privadas.” (CONACE, 2009), en donde se intenta apoyar la prevención de consumo mediada por las empresas mediante el incentivo de estilos de vida saludable, bienestar y calidad de vida, la incorporación de los riesgos por consumo de alcohol y drogas en las políticas de prevención de riesgo y la adición de los costos de rehabilitación a los planes de salud previsual (CONACE, 2009).

Además, se busca crear procesos de intervención selectiva y secundaria para la población adolescente, teniendo en cuenta una serie de aspectos que rodean la realidad de dicho rango atareo, poniendo especial énfasis en los grupos más vulnerables de la muestra (CONACE, 2009).

Por otro lado, se intenta hacer más accesible el ingreso a planes de rehabilitación para los distintos rangos etarios que puedan clasificarse con consumo problemático de drogas, incluyendo la búsqueda de cooperación de los entes de salud correspondientes para aumentar el alcance de la cobertura de tratamientos y planes relacionados con el tema, dando también cabida a posibles pacientes que hayan infringido la ley (CONACE, 2009).

Siguiendo la línea de lo anterior, se plantea un “Fortalecer la calidad de la atención de los programas de tratamiento de acuerdo a las necesidades específicas de las poblaciones atendidas.” (CONACE, 2009), priorizando los derechos básicos de cada paciente, implementando modelos de mejora continua en cuanto a la calidad y efectividad del servicio, regularizando las recepciones y formalizaciones de pacientes ya sea en servicios públicos o privados y coordinando los esfuerzos de los servicios sociales, judiciales y sanitarios (CONACE, 2009).

Otro pilar esencial de la estrategia que se plantea es el mejoramiento de los procesos de detección de consumo y adicción para el ámbito de drogas, dejando como “imprescindible que los diversos sectores involucrados acuerden criterios de diagnóstico que permitan pesquisas oportunas, que no extiendan el proceso, posibilitando así una mejor adherencia a tratamiento especialmente de la población adolescente.” (CONACE, 2009).

También, se expone como base fundamental de lo propuesto la proposición y fortalecimiento de planes de integración de las personas afectadas acogidas por los planes de rehabilitación por consumo problemático de drogas, mediante programas de apoyo a la integración social en distintos ámbitos pertinentes al caso, en búsqueda de prevención de recaídas al consumo (CONACE, 2009).

Siguiendo con el objetivo planteado, se busca “Promover y fortalecer mecanismos de integración social dirigida a personas con consumo de riesgo y consumidoras problemáticas que se encuentran en proceso de tratamiento y rehabilitación.” (CONACE, 2009), buscando un cambio mutuo de la sociedad y los afectados para mantener una igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, con el fin de reducir la marginación.

Otra parte importante de la estrategia que se expone por CONACE es “Fortalecer canales formales de participación que faciliten a la ciudadanía y sociedad civil su pleno involucramiento en la prevención del consumo de drogas.” (CONACE, 2009), recalcando la importancia de la sociedad civil como ente preventivo ante el consumo. Se persigue mejorar el compromiso de las personas a enfrentar el tema del uso de sustancias, entregando los recursos y capacidades requeridas para consolidar planes de prevención comunitaria que sirvan como medida para enfrentar el problema del consumo de drogas, esto ya sea en “juntas de vecinos, clubes deportivos, asociaciones y grupos juveniles, iglesias” (CONACE, 2009).

Como último punto para lograr el objetivo de la reducción de la demanda, se plantea que es fundamental el “Aumentar el conocimiento y el compromiso de la comunidad nacional, para abordar el problema del consumo y tráfico de drogas.” (CONACE, 2009), estableciendo la alta influencia que un buen sustento comunicacional pudiese generar en el ámbito social en cuanto al consumo y tráfico de sustancias. Se dice que es importante el papel de los medios de comunicación y sus expositores para enfrentar dicho problema, buscando que los canales comunicacionales se transformen en “formadores de opinión pública” (CONACE, 2009). Además, se plantea la necesidad de un método de diagnóstico permanente para el estado actual del consumo.

ii. Reducción de la oferta

Una de las bases importantes para el objetivo mencionado son “Impedir el ingreso y evitar la utilización de nuestro territorio como ruta de tránsito” (CONACE, 2009) e “Impedir la distribución de drogas dentro del país” (CONACE, 2009), recalcando lo esencial de la labor conjunta de los entes gubernamentales respectivos de “detectar y desarticular las organizaciones criminales que internan y/o distribuyen droga al interior de nuestro país y también aquellas que pretenden utilizar nuestro territorio como ruta de tránsito hacia terceros países.” (CONACE, 2009). Dicho esto, se busca fortalecer los métodos de detección y control de las vías fronterizas, ya sean terrestres, marítimas o aéreas, estableciendo vínculos con iniciativas con objetivos conjuntos a esta, como lo son la “Política Nacional de Seguridad Pública y el Plan Cuadrante de Carabineros de Chile.” (CONACE, 2009). Además, se plantea la importancia del control de los puntos de venta a menor escala, colocando un alto de nivel de importancia en el desafío de adaptar los métodos de control y vigilancia a las nuevas tecnologías que vayan surgiendo, como por ejemplo el uso de internet para la creación de contactos para la distribución de dichas sustancias (CONACE, 2009).

Otro punto importante para lograr el objetivo es “Evitar la producción y elaboración de sustancias ilícitas, de origen natural o sintético” (CONACE, 2009), utilizando medidas de control como el Reglamento del Registro Especial de Usuarios de Sustancias Químicas Controladas, el cual plantea la necesidad por parte de los productores de sustancias químicas esenciales realizar su registro en los entes correspondientes, con el fin de evitar el uso ilícito de dichos componentes.

También, se busca “Perfeccionar y fortalecer los actuales sistemas de fiscalización y control de productos farmacéuticos” (CONACE, 2009), para aplacar la elaboración clandestina de sustancias tales como la metanfetamina, dado que esta se elabora en base a medicamentos de prescripción como la efedrina y pseudoefedrina. Para esto, se propone “...fortalecer las capacidades de los organismos especializados en el ámbito del análisis químico de las sustancias ilegales, orgánicas y sintéticas, con el fin de mejorar la información acerca de los componentes tóxicos y psicoactivos asociados que las componen” (CONACE, 2009).

Por último, para el cumplimiento del objetivo se plantea el “Prevenir e impedir la utilización del sistema económico y financiero para actividades de lavado de activos.” (CONACE, 2009), mediante la creación de la Unidad de Análisis Financiero y cambios en la legislación complementaria.

iii. Fortalecimiento institucional y legal

En cuanto al logro del objetivo mencionado, se busca “Fortalecer la institucionalidad existente en el ámbito de la prevención y control de drogas.” (CONACE, 2009), planteándose que para el éxito del plan planteado por CONACE “es necesaria la existencia de un órgano colegiado situado al más alto nivel gubernamental que posea las facultades suficientes para conducir el desarrollo del diseño estratégico global y coordinar la acción de las instituciones

públicas con responsabilidades tanto en el ámbito de reducción de la demanda como de reducción de la oferta.”. Se hace énfasis en la necesidad de existencia de dicho ente, siendo complementado con la transformación de CONACE en “un servicio público descentralizado” (CONACE, 2009), que se focaliza comunalmente dada su nueva naturaleza. Por último, se menciona que es imperante para el éxito de la estrategia una mayor asignación de recursos y capacidades por parte de los entes gubernamentales correspondientes.

Por último, se expone que es fundamental “Adecuar la legislación para enfrentar la constante transformación del fenómeno de la droga.” (CONACE, 2009), planteando la necesidad de reevaluación y cambio de la Ley de Drogas vigente al momento de la proposición del presente plan, dando especial atención a los requerimientos de flexibilidad y dinamismo para afrontar a la venta y consumo de drogas.

iv. Cooperación internacional

Para este punto se busca “Profundizar la cooperación bilateral y multilateral con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de las drogas” (CONACE, 2009), adhiriéndose a lo planteado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y planteando como objetivo la búsqueda de trabajo en conjunto con los países vecinos y pertenecientes al continente para alcanzar los objetivos planteados.

v. Innovación, investigación y formación de recursos humanos

En este último ámbito, se busca “Desarrollar el conocimiento científico y la investigación que permitan la acumulación de evidencia para fundamentar decisiones” (CONACE, 2009) y la “Formación y capacitación de recursos humanos en el ámbito de las drogas” (CONACE, 2009), haciendo énfasis en el papel de las “...revisiones en el ámbito del conocimiento científico y en la valoración de la efectividad, eficacia y eficiencia de las intervenciones preventivas y de tratamiento.” (CONACE, 2009). Por esto, se plantea la

importancia de revisiones constantes de las herramientas de análisis planteadas, al igual que el beneficio de la entrada de nuevos participantes al ámbito investigativo.

B. Plan de Acción de Alcohol 2017-2020 SENDA-MINSAL

Se basa en los principales lineamientos de las estrategias vigentes previas a esta, la “Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2018” (CONACE, 2009), propuesta por CONACE, ente que fue modificado y ahora se denomina SENDA, y la “Estrategia Nacional sobre Alcohol 2010 – 2020” (MINSAL, 2010), propuestas en los periodos de gobiernos anteriores, y que se presenta como “un plan de acción interministerial coordinado en conjunto por SENDA y MINSAL” (Frauenberg, 2017) que continúa con los lineamientos de las estrategias ya mencionadas.

El objetivo general de dicho plan se presenta como “Operacionalizar la Estrategia Nacional de Alcohol 2010-2020 del Ministerio de Salud y la Estrategia Nacional de Drogas 2009-2018 de SENDA mediante el diseño, desarrollo, implementación y evaluación de un conjunto de medidas, acciones e intervenciones efectivas e integrales tanto en el ámbito de reducción de la demanda como de reducción de la oferta de alcohol, que contribuyan a evitar el consumo de alcohol en poblaciones vulnerables, reducir el consumo abusivo de alcohol en toda la población y las consecuencias socio sanitarias asociadas al fenómeno.” (Frauenberg, 2017).

Además, se presentan los siguientes objetivos específicos:

- “Implementar estrategias ambientales orientadas a la reducción de la disponibilidad física del alcohol a través del desarrollo, implementación y profundización de la legislación vigente en el país” (Frauenberg, 2017).

- “Implementar estrategias ambientales y universales, orientadas a favorecer la relación social y cultural con el uso del alcohol, para aumentar la percepción de riesgo asociada a los patrones de consumo del país y el consumo de alcohol en general” (Frauenberg, 2017).
- “Implementar acciones, programas y proyectos dirigido a aquellas poblaciones que por sus características presentan mayor vulnerabilidad asociada al fenómeno” (Frauenberg, 2017).
- “Aumentar la oferta de programas e iniciativas que contribuyan a disminuir el consumo problemático de alcohol, mejorando la atención de salud, promoviendo el desarrollo de modelos de detección precoz, así como también procesos terapéuticos y de integración social” (Frauenberg, 2017).
- “Desarrollar un observatorio que permita reunir la información asociada al fenómeno de alcohol, generar conocimiento e información objetiva, así como también obtener información en cuanto a resultados de las medidas ejecutadas” (Frauenberg, 2017).
- “Implementar un sistema de formación de competencias y de educación continua para profesionales de diversos ámbitos vinculados al fenómeno del consumo de alcohol y que tienen injerencia en el abordaje de la problemática.
- Desarrollar acciones comunicacionales de sensibilización y difusión dirigidas a la población general y a grupos específicos” (Frauenberg, 2017).
- “Fortalecer la institucionalidad regional y local para promover las instancias de participación ciudadana y el involucramiento comunitario para el desarrollo de acciones locales” (Frauenberg, 2017).

En cuanto al público objetivo al cual van dirigidas las acciones propias del plan mencionado, se consideran dos focos de interés, el público general, que se define como “...todos los sujetos que cuenten con la probabilidad de consumir sobre los límites del consumo de bajo riesgo (20 grs. de alcohol puro día)...” (Frauenberg, 2017) y “los grupos vulnerables al consumo de riesgo en alcohol” (Frauenberg, 2017), conformado por:

- Menores de edad
- Jóvenes
- Adultos Mayores
- Embarazadas y en lactancia
- Conductores

(Frauenberg, 2017)

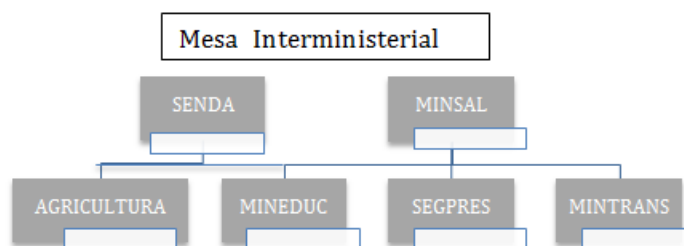
También, se hace énfasis en la necesidad de “...el desarrollo participativo e integral de los actores territoriales relevantes, mediante el fortalecimiento de la institucionalidad local y regional, la articulación de actores públicos, privados y sociales de un territorio para el logro de una convergencia técnica y legitimidad ciudadana.” (Frauenberg, 2017), considerando la importancia de un foco descentralizado de las acciones, potenciando los respectivos participantes regionales para generar la “autonomía operativa en la ejecución de las iniciativas” (Frauenberg, 2017), utilizando una combinación de recursos sectoriales, regionales y locales.

Siguiendo con la línea de planteamientos, se argumenta la utilidad de una “plataforma de trabajo multisectorial con necesidades de coordinación de actores de diversa representación institucional” (Frauenberg, 2017), creando además objetivos desarrollados

entre los entes político administrativos de cada sector, promoviendo la articulación vertical alrededor de una agenda común, la articulación horizontal entre las instituciones representativas de cada territorio, la articulación intersectorial entre los “distintos sectores que, si bien comparten un ámbito específico de acción, tienen una población objetivo común y actúan sobre un mismo territorio lo que implica armonizar los diferentes intereses sectoriales” (Frauenberg, 2017) y la articulación sectorial-territorial, orquestando la coordinación entre los variados territorios, canalizando los esfuerzos en un mismo sentido. Todo lo anterior implica la creación de una mesa de trabajo interministerial, que “replicará en a nivel regional y en futuro lograr la representación comunal.” (Frauenberg, 2017). La responsabilidad de asignación y repartición de lo competente a las líneas de acción propuestas quedan a cargo de los entes MINSAL-SENDA, replicando dicha distribución en cada uno de los sectores en cuestión. El trabajo conjunto entre MINSAL y SENDA se denomina Comité de Alcohol, focalizando su trabajo en la mesa interministerial en la primera etapa. Luego, en la segunda etapa, dicha mesa debe “conformarse a nivel regional, para caracterizar el problema de alcohol en sus territorios, generar insumos e información que permita a las autoridades dirigir las intervenciones.” (Frauenberg, 2017), promoviendo también la creación de mesas de ámbito comunal. Cada una de las responsabilidades y participantes de las instancias de trabajo para la coordinación de cada uno de los niveles se puede observar en el Anexo A del presente trabajo.

Figura 1

Representación de la mesa interministerial organizada por SENDA-MINSAL.



(Frauenberg, 2017)

En cuanto al monitoreo y evaluación, “...se estructura, por una parte, como un sistema permanente de medición del fenómeno de alcohol en el país, y por otra, como un sistema de monitoreo y evaluación que permitirá contar con seguimiento y supervisión del desarrollo de las actividades programadas y la gestión de la implementación” (Frauenberg, 2017), creando tres focos de atención, un observatorio, plataforma dedicada a “mirar todos los datos asociados al fenómeno” (Frauenberg, 2017), sirviendo como fuente de información coordinada entre todas las partes y niveles, un sistema de monitoreo del progreso de la iniciativas del plan de acción y un sistema de evaluación que se dedique a realizar “..evaluaciones de carácter cuantitativas sino también cualitativas dependiendo de las medidas comprometidas.” (Frauenberg, 2017), en conjunto de evaluaciones antes y después de la implementación de los planes de acción correspondientes en cada nivel.

Por otra parte, el plan de acción propuesto mantiene como fundamentos los siguientes puntos:

- i. “Operacionaliza las estrategias de alcohol vigentes”. (Frauenberg, 2017)
- ii. “Se basa en evidencia tomando como referencia la recomendación de organismos internacionales.” (Frauenberg, 2017)
- iii. “Representa una comprensión del fenómeno íntegra, relevando estrategias de intervención diversas, entre ellas estrategias ambientales (enfocadas a población

general y su contexto) y estrategias focalizadas a grupos vulnerables y a consumidores problemáticos,” (Frauenberg, 2017)

- iv. “Pone énfasis en el territorio mediante el fortalecimiento institucional, la articulación y la participación ciudadana (desarrollo de planes regionales y comunales),” (Frauenberg, 2017)
- v. “Proyecta la ejecución de una cartera de iniciativas, programas y proyectos a cuatro años (período de vigencia de las estrategias de alcohol) con sus respectivas metas,” (Frauenberg, 2017)
- vi. “Contempla el desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación y de formación de competencias, y de una plataforma de observación del fenómeno del consumo de alcohol en el país (observatorio) que guíe el desarrollo de esta y futuros planes y políticas de alcohol.” (Frauenberg, 2017)

Y en base a estos se formulan los siguientes lineamientos de acción:

➤ **“Disponibilidad Física-Legislación”**

A pesar de la existencia del plan preventivo anterior al analizado, existen variadas falencias en cuanto a fiscalización de venta, producción y uso de alcohol (“La fiscalización en ruta a conductores aún se encuentra muy por bajo los estándares OCDE, la producción de alcohol no registrado no se encuentra fiscalizada correctamente” (Frauenberg, 2017)) que se deben tomar en cuenta para que las medidas surtan efecto. Además, se plantea como necesaria la revisión de la legislación existente involucrada o la creación de nuevas leyes para la obtención de los resultados deseados. Los cambios contemplados para la legislación son:

- **Ley de Marketing:** Legislación en proceso de aprobación (año 2017), que ayuda a “proteger de forma adecuada a los menores de edad...” (Frauenberg,

2017). Además, se menciona la necesidad de un ente regulador en la materia dada su inexistencia.

- **Ley de impuestos:** Se plantea lo imperante de la consideración del fenómeno del alcohol y de la adaptación de dicha ley a los estándares legislativos internacionales, los cuales “proponen un aumento significativo del impuesto en general, y a su vez, considerar la graduación de cada tipo de alcohol para definir su precio” (Frauenberg, 2017). Dicho esto, también se plantea la implementación de “mecanismos complejos que vayan adaptándose a los distintos movimientos económicos que sufre un país, particularmente a la inflación.”
- **Responsabilidad civil:** “Muchos países de la OCDE han promovido la consideración de los expendedores en la accidentabilidad, riñas etc. de aquellas personas que consumiendo en sus locales cometen algún ilícito. En estos casos se vinculan multas o sanciones a quienes hayan vendido a personas en estado de ebriedad.” (Frauenberg, 2017).

➤ **“Disponibilidad social”**

“Se define como el conjunto de normas sociales y culturales que favorecen, aceptan o rechazan el uso del alcohol. Tanto en aspectos individuales como sociales asociados a la ingesta, se incluye dentro de esta área la permisividad/restrictividad frente a la publicidad de alcohol que presenta una comunidad, cumplimiento/incumplimiento de la ley vigente (venta a menores de edad, consumo en la vía pública, etc.)” (Frauenberg, 2017). Se menciona la necesidad de unificación de los esfuerzos y estandarización de las medidas tomadas por algunas de las

comunidades (municipalidades y centros vecinales) para lograr tener un sistema de evaluación y control. Además, se denota la creación de campañas de difusión para la sensibilización social acerca del alcohol.

➤ **“Consumo de riesgo de alcohol y Consumo de alcohol en Grupos de riesgo”**

Se denota la necesidad del tratamiento de brechas aún existentes en cuanto a cómo se aborda el problema en los distintos grupos de riesgo, siendo estos definidos como mujeres en estado de embarazo y lactancia, conductores, jóvenes, menores de edad y adultos mayores. Principalmente se hace alusión a la falta de programas de detección y prevención temprana para cada uno de los agrupamientos mencionados, con el fin de realizar un lineamiento de acción acorde a la creación de estos.

➤ **“Consumo Problemático”**

Se habla principalmente de la necesidad de intervenciones coordinadas y multisectoriales para las personas que lo requieran, reforzando el uso de las estrategias de derivación breve y asistida. Además, se menciona la necesidad de la profesionalización de la fuerza de ayuda vigente mediante el reforzamiento de espacios de formación de competencia de los profesionales de la salud. Por último se hace referencia a la necesidad de una mejora en cuanto a la vinculación y ejecución de los grupos de ayuda sin fines de lucro.

➤ **Observatorio**

En esta sección se plantea la necesidad de una actualización de la información disponible acerca de las externalidades negativas del alcohol mediante la vinculación de las bases de datos pertinentes en búsqueda de un seguimiento conciso del fenómeno.

➤ **Formación de competencias**

En este punto se expone el requerimiento de medidas de formación y capacitación de todos los individuos que se encuentren involucrados en el ámbito de prevención, ya sean públicos o privados.

Capítulo 3 Covid-19 y su efecto en el consumo de sustancias

Evidencia sobre consumo y restricciones por emergencias sanitarias

Según lo planteado por la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión emitida por la OMS en el año 2018, un trauma puede conceptualizarse como “...cualquier exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que probablemente producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas” (Figueroa, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016). A causa de las secuelas emocionales presentes en personas que han sido expuestas a algún tipo de trauma existen dificultades psicosociales que van desde problemas con la ley a abuso de sustancias alcohólicas entre otras. Dicho esto, estudios demuestran que el alcohol puede mostrarse para algunos individuos como una forma de ayudar a reducir los efectos de desórdenes psiquiátricos causados por la exposición a algún tipo de trauma, poniéndose énfasis en la preponderancia de los estudiantes universitarios al uso de dichas sustancias como excusa para reducir la tensión y “lubricar” las habilidades sociales de estos, en donde el uso apunta a lidiar con los pensamientos y emociones negativas propias causadas por la experiencia traumática (Himmerich & Holly, 2018).

Un estudio realizado a trabajadores de la salud que tuvieron que pasar por periodos de cuarentena a causa de contacto con pacientes diagnosticados con SARS muestra que el aislamiento era “el factor más predictivo de síntomas asociados a desordenes de estrés agudo.” (Brooks, y otros, 2020), incluso causando que dichos individuos fueran más propensos a reportar “cansancio extremo, baja empatía con pacientes críticos, irritabilidad, insomnio, baja concentración e indecisión, deteriorando el desempeño en el trabajo” (Brooks, y otros, 2020). En ese mismo estudio se plantea dentro de las consecuencias de los efectos

sicológicos antes mencionados se evidencian abuso de alcohol y síntomas de trastorno de estrés post traumático (TEPT) hasta 3 años después del periodo de cuarentena (Brooks, y otros, 2020). También, otro estudio realizado a trabajadores de hospitales enfrentados a pacientes con SARS plantea que la cuarentena es el efecto predictor de desórdenes post traumáticos evidenciados hasta 3 años posteriores al periodo de encierro (Wu P, 2009).

Algunos autores plantean que la cuarentena actual podría gatillar cuadros de variada gravedad de ansiedad, depresión, abuso de sustancias u otro tipo de enfermedades psiquiátricas (Satre, Hirschtritt, Silverberg, & Sterling, 2020), dentro de las cuales aparece el abuso de bebidas con contenido alcohólico. Los autores (Satre, Hirschtritt, Silverberg, & Sterling, 2020) exponen que individuos mayores a los 65 años con desordenes de consumo no sano y que sufren de algún tipo de depresión pudiesen ser más propensos a tendencias de tipo suicida.

Otros estudios plantean que las medidas de prevención de contagio impuestas tales como el distanciamiento social pueden traer consigo efectos psicológicos secundarios tales como ansiedad, estrés y consumo de drogas (incluidas las sustancias alcohólicas) incentivado por una búsqueda en “hacer frente al temor, la incertidumbre y el encierro” (Rojas-Jara, 2020). Dicho artículo también menciona que variadas investigaciones han dado cuenta de la existencia del uso de drogas en ambientes y situaciones contextualmente estresantes tales como cárceles, cuarentenas, guerras, etc. Por último, este plantea que la motivación del uso de dichas sustancias es en base a una funcionalidad, “facilitando la reconexión con el goce, estableciendo una barrera química contra el dolor o los estados displacenteros” (Rojas-Jara, 2020).

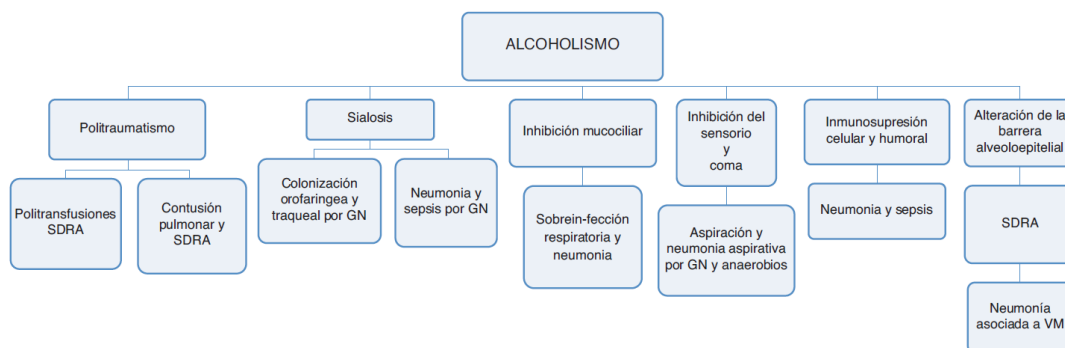
La Organización Mundial de la salud plantea que el alcohol es dañino para la salud en todos los niveles de su consumo y que “tiene efectos, tanto a corto como a largo plazo, en

prácticamente todos los órganos del cuerpo.” (WHO, 2020), debilitando el sistema inmunológico y estando asociado a enfermedades cancerígenas incluso para individuos que mantienen bajos niveles de consumo. Frente a una pandemia mundial, como es catalogada la propagación del virus COVID-19, la OMS expone que el consumo de alcohol disminuye la capacidad del cuerpo de hacer frente a las enfermedades de tipo infeccioso, aumentando el riesgo de agravamiento de un cuadro del virus. Incluso dicha organización asocia al consumo de alcohol al Síndrome de distrés respiratorio agudo o SDRA (WHO, 2020).

“El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una forma grave de edema pulmonar no cardiogénico con ocupación de los espacios alveolares aéreos por líquido proteináceo.” (Sarmiento, Guardiola, & Soler, 2013) relacionado con enfermedades respiratorias, pero que ha sido demostrada su relación con el consumo del alcohol. “...el alcoholismo predispone a la adquisición de neumonías bacterianas, y los pacientes alcohólicos tienden a desarrollar neumonías más graves” (Sarmiento, Guardiola, & Soler, 2013) , enfermedades que se pueden apreciar en la siguiente figura:

Figura 2

Consecuencias pulmonares del alcoholismo.



(Sarmiento, Guardiola, & Soler, 2013)

“El alcoholismo amplifica el riesgo de SDRA y sus complicaciones.” (Sarmiento, Guardiola, & Soler, 2013), generando una predisposición de los individuos con comportamientos alcohólicos a contraer los cuadros mencionados.

El SDRA puede presentarse como una de las complicaciones más graves de los contagiados con COVID-19 (España, 2020) frente a lo que hace más vulnerables a los pacientes con registros de alcoholismo a agravar el cuadro respiratorio una vez contraído el virus. “El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), una de las complicaciones más graves de Covid-19. Ambos combinados, podría ser letal.” Plantea Leyla Nazal, presidenta de la ACHHEP, filial de la Sociedad Chilena de Gastroenterología (Rehbein, 2020).

Consumo de tabaco en cuarentena

Estudios preliminares basados en la experiencia de pacientes afectados con el virus COVID-19 muestran evidencias de que los pacientes con hábitos de consumo de tabaco tienen una probabilidad mayor a presentar síntomas severos que pudiesen derivar a uso de tratamientos más invasivos como el uso de ventiladores mecánicos. De todas maneras, se plantea que es necesaria mayor investigación para la obtención de evidencia definitiva. (Vardavas & Nikitara, 2020)

Dicho lo anterior, estudios planean que la estrategia a adoptar por parte de los entes de salud pública es a promover la abstinencia de consumo de tabaco durante el periodo de cuarentena, creando proyectos de intervención y ayuda remota, con procesos de este tipo a gran escala para lograr involucrar a los grupos más vulnerables a los contagios del virus. (Berlin, Thomas, Anne-Laurence, & Jacques, 2020)

La Organización Mundial de la Salud plantea que el uso de tabaco podría agravar cuadros de individuos contagiados con el virus COVID-19 dado que estudios avalan el fumar

como un factor de riesgo asociado al contagio de enfermedades respiratorias tales como el resfriado común, la influenza, neumonía y tuberculosis. Además, se expone que instancias de consumo de tabaco generalmente están asociadas a instancias de reunión social lo que podría aumentar los contagios. (EMRO WHO, 2020)

Cuarentena y consumo de alcohol en Chile

Según el Global Status Report on Alcohol and Health publicado por la OMS el 2018, Chile se posiciona como uno de los países con mayor consumo per cápita de litros de alcohol puro de América, alcanzando un 9,3 en el consumo combinado per cápita de hombres y mujeres mayores a los 15 años de edad. En cuanto a la cifra por género, los hombres y las mujeres mantienen un consumo de 15,0 y 3,7 litros per cápita de alcohol puro anual respectivamente, siendo estas elevadas respecto a los demás países del continente (World Health Organization, 2018).

Un estudio realizado por la empresa Cadem, que contempla 1.742 ciudadanos chilenos mayores a los 13 de todos los niveles socioeconómicos y lugares de Chile, muestra que para mayo del año 2020 el principal sentimiento hacia la situación del país es la preocupación, presentándose un 71% de menciones en cada una de las entrevistas realizadas (Cadem, 2020). Dicho informe también presenta que el 7% de los encuestados declara haber comprado mayor cantidad de bebidas con contenido alcohólico y un 24% dice consumir la misma cantidad desde el inicio de la crisis COVID-19. No obstante, un 55% de la población expresa que ha reducido su consumo desde el inicio de la pandemia en el territorio chileno (Cadem, 2020).

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) realizó un estudio acerca de los efectos del COVID-19 en el uso de alcohol

y otras drogas en la población nacional, aplicando dicho estudio a una población compuesta por 15.280 personas del territorio nacional, durante un periodo de recolección de datos del 6 al 27 de junio de 2020. Dicha muestra está compuesta por un 40,4% de hombres y un 59,6% de mujeres de edades correspondientes desde los 18 años en adelante (SEND A, 2020). En dicho estudio se muestra que un 52,4% de la población analizada dice haber consumido alcohol al menos una vez por mes, que el 29,5% consumió una vez a la semana, un 4% casi diariamente y un 2% expresó tener un consumo diario (SEND A, 2020). Los datos acerca del consumo de otras drogas para el mismo campo de análisis se muestran en el Anexo A del presente estudio.

Siguiendo con la información presentada por el SEND A, un 41% de las personas encuestadas expresaron haber consumido menos cantidad de alcohol en comparación con la situación pre COVID-19, un 33% expresó consumir la misma cantidad y un 24% habló de haber aumentado su consumo, respondiendo el 2% restante a que no estaba seguro. Del 41% que dice haber consumido menos bebidas alcohólicas, el 38% le atribuye dicha baja en el uso del alcohol a la disminución de las oportunidades de consumo, un 22,4% a la preocupación de su salud frente a la propagación del virus y un 9,9% a un ahorro preventivo ante la inestabilidad de la situación financiera actual. Estas y otras razones que los encuestados atribuyen la disminución del uso del alcohol se muestran en el Anexo C del presente informe. Para el caso del 24,4% de la muestra que expresó haber aumentado su consumo, un 50,9% dijo que esto se debe a efectos de la “ansiedad/estrés/depresión que genera el COVID-19”, un 28,6% expresó que se origina “porque tienen más tiempo para hacerlo” y un 10,4% dijo que fue causado por el aburrimiento. Dichos datos pueden ser observados en el Anexo D del presente informe (SEND A, 2020).

Nuevamente siguiendo la línea del estudio del organismo SENDA antes mencionado, un 79,4% de los consultados dicen no haber tenido dificultades para acceder a bebidas alcohólicas y un 20,6% dice haber tenido dificultades desde el inicio de la pandemia a nivel nacional. Por otro lado, el 74,1% de la muestra dice no haber cambiado su forma de obtención de las bebidas alcohólicas versus un 25,9% que dice haberlas cambiado.

Cuarentena y consumo de alcohol en Italia

Italia al año 2018 mantenía un historial de consumo anual de alcohol igual a 7,5 litros per cápita de alcohol puro, considerando dentro del estudio a personas mayores a los 15 años de edad (World Health Organization, 2018), colocando a dicho país dentro de los estados con menos consumo de la Unión Europea (Ritchie & Roser, 2020). Los datos acerca del consumo desagregado por género muestran que los hombres mantienen un consumo anual de 12.5 litros y las mujeres uno igual a 2.8 litros per cápita de alcohol puro (World Health Organization, 2018).

En cuanto al consumo de en menores de edad, un estudio realizado el año 2019 a 943 estudiantes de un rango promedio de edad aproximado de 14 años expone que el 65,2% de los individuos del estudio habían consumido alcohol y que la edad promedio del primer consumo era 12 años. (Giustino, Stefanizzi, Renzetti, & De Salvia, 2017).

A inicios de marzo, el gobierno italiano decretó el cierre de todos los establecimientos privados no considerados como primera necesidad, tales como supermercados y farmacias. Todo esto se planteó frente a las crecientes cifras de contagios COVID-19 y fallecidos registrados a ese momento.

Investigaciones recientes muestran que un 9% de la población de dicho país dicen haber aumentado la ingesta de bebidas alcohólicas y que un 51% se siente más estresado desde el comienzo de marzo (Toluna & Harris Interactive, 2020).

Cuarentena y consumo de alcohol en España

Según los datos presentados por la OMS el año 2018, España mantenía un consumo per cápita de alcohol de 10 litros de alcohol puro para los pobladores mayores a 15 años (World Health Organization, 2018), quedando en el grupo intermedio entre los países más y menos consumidores de Europa (Ritchie & Roser, 2020). Cuando se analiza el consumo per cápita diferenciando por género, se puede observar que los hombres presentan un consumo equivalente a 16.4 litros de alcohol puro anual, siendo este significativamente mayor a los 4 litros per cápita de consumo en mujeres españolas (World Health Organization, 2018).

Según el informe presentado este año por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones titulado “Informe 2020: Alcohol, tabaco y drogas Ilegales en España”, el año 2018, en una muestra de 38.010 estudiantes secundarios de todo el territorio español, el 75,9% de los alumnos de 14 a 18 años habían consumido alcohol alguna vez en dicho año, habiendo 346.600 iniciaciones en el alcohol en 2018. Además, el 46,5% y el 42,3% de las mujeres y hombres encuestados respectivamente confesaron haber quedado en estado de ebriedad dentro del 2018 (Adicciones, 2020).

En el mes de marzo y frente al crecimiento de los contagios de COVID-19 registrados en el país español, el gobierno decidió aplicar el cierre temporal de una serie de locales de tipo recreativo, deportivo y cultural incluyendo bares y otros recintos de entretenimiento nocturna relacionados con el alcohol.

El gobierno de España declaró acerca del consumo de alimentos en los hogares durante la pandemia que “Tras unas primeras semanas en las que se compraron y almacenaron productos de primera necesidad, se observa una moderación en estas compras al tiempo que se incrementa la adquisición de productos que habitualmente se consumen en bares y restaurantes, con crecimientos por encima del 50%, como vino, cerveza y bebidas espirituosas, así como tabletas de chocolate, snacks y frutos secos.” (España, 2020), dando evidencias de la percepción de algunos autores acerca del aumento de consumo de bebidas alcohólicas en aislamiento, esto a pesar del cierre de locales de venta de bebidas alcohólicas.

Estudios acerca del comportamiento de los ciudadanos españoles durante la pandemia iniciados al 31 de marzo de 2020 indican que un 11% de estos ha aumentado su consumo promedio de alcohol, esto contrastado frente a un 51% de los pobladores de España que indican que se sienten más estresados desde el inicio de la pandemia (Toluna & Harris Interactive, 2020).

Cuarentena y consumo de alcohol en Alemania

Alemania se posiciona al 2018 como un país con alto consumo de alcohol per cápita dentro de la Unión Europea, mostrando cifras de 13,4 litros por persona mayor a 15 años (World Health Organization, 2018). Este país presenta uno de los índices de consumo entre varones mayores de 15 años más altos de los países alrededor del mundo, equivalente a 21.3 litros de alcohol puro per cápita al año. En cuanto a las mujeres, estas presentan un consumo de 5.9 litros anuales (World Health Organization, 2018).

Encuestas realizadas a 7000 ciudadanos alemanes de entre los 12 a 25 años por el Centro Federal de Educación para la Salud (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) exponen que 8.7% los individuos con edades que van desde los 12 a 17 años declaran

consumir algún tipo de bebestible con contenido alcohólico una vez a la semana. Además, dicha encuesta muestra que un 37,8% de los adultos jóvenes entre las edades de 18 a 25 años declaran beber hasta llegar a una intoxicación alcohólica (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2019).

A mediados de marzo la canciller del país germano declaró el cierre temporal de la mayoría de los locales privados, exceptuando supermercados, farmacias, botillerías y otros. Dentro del decreto de cierre se encuentran bares, clubes nocturnos, discotecas y más (Nachrichten, 2020).

Un estudio en cuanto a los hábitos de consumo de los ciudadanos alemanes realizado a partir de fines de marzo indica que un 9% de los habitantes de dicho país ha aumentado su consumo promedio de brebajes alcohólicos y que un 27% de la población declara sentirse más estresado desde el inicio de la pandemia en el país (Toluna & Harris Interactive, 2020).

Cuarentena y consumo de alcohol en Brasil

Según la OMS, Brasil presentan al año 2018 un consumo per cápita de alcohol de 7,8 litros entre la población mayor a 15 años, con una fuerte diferenciación entre el uso de la sustancia entre mujeres y hombres, exponiendo 2,4 y 13,4 litros de consumo per cápita de alcohol puro respectivamente. Cuando se aplica la diferenciación por género, los varones presentan niveles de consumo significativamente superiores al de las mujeres, teniendo un consumo de 13,4 y 2,4 litros respectivamente.

En cuanto al uso de bebidas con contenido alcohólico en menores, un estudio realizado a 123 jóvenes brasileños con edad promedio de 14,5 años entregó que el 56,1% de la muestra consumía alcohol recurrentemente y que la edad promedio de la primera ingesta

era de 13,3 años (de Fátima Rodrigues de Oliveira, Maia Gomes, Soares, Fernandes Cavalcanti, & Cosme do Nascimento, 2017).

Según un estudio de las reacciones del consumidor frente al COVID-19, el 13% de los brasileños ha manifestado haber aumentado su consumo de sustancias con contenido alcohólico desde fines del mes de marzo y un 58% de plantea que se encuentra con mayor carga de estrés.

Cuarentena y consumo de alcohol en E.E.U.U.

Según el reporte acerca del estatus global en cuanto a consumo de alcohol del año 2018 publicado por la OMS, EE. UU. mantiene niveles de consumo per cápita de alcohol correspondientes a 9,8 litros de alcohol puro al año para personas mayores a 15 años, quedando dentro de los mayores índices de América del Norte junto a los 8,9 litros propios de Canadá. En cuanto a la diferenciación de consumo por género, se registran niveles de consumo de 15,8 y 4,1 litros para hombres y mujeres respectivamente (World Health Organization, 2018).

Un estudio realizado el año 2018 que contemplaba una población correspondiente a 6127 jóvenes norteamericanos de entre 15 a 17 años expone que aproximadamente el 43,5% de los analizados había consumido algún tipo de sustancia, ya sea tabaco, alcohol, marihuana u otro tipo de drogas, en el último año. Dicho esto, el alcohol se posiciona como el estupefaciente de mayor uso, con una muestra equivalente al 28,5% de la población total que admite su uso en los últimos 12 meses (Silveira, Green, Iannaccone, Heather, & Conway, 2019).

A mediados del mes de marzo y a raíz del rápido ritmo de contagios a lo largo de EEUU a ese momento, los estados de California, Washington, New York, Illinois, Ohio y

Massachusetts decidieron implementar el cierre de locales privados clasificados como bares, restaurantes y clubes nocturnos para evitar un nivel mayor de contagios (Ho & Beckett, 2020) (Online, 2020).

Al día 13 del mes de abril, y según un estudio realizado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism de E.E.U.U., solo 3 de los 50 estados del territorio estadounidense mantienen abiertos los establecimientos con permiso para consumo en el local de bebidas alcohólicas, siendo estos los estados de Dakota del Sur, Oklahoma y Mississippi. En cuanto a los negocios con permiso de distribución de alcohol para consumo fuera de los locales, solo 3 estados cerraron dichos establecimientos, siendo estos los estados de Nevada, Nebraska y Pennsylvania (Alcoholism, 2020).

En cuanto al consumo de alcohol en el tiempo de la pandemia del COVID-19, la consultora Nielsen en su informe del mes de abril del año 2020 expone que las ventas presenciales de alcohol destinado a consumo fuera de locales comerciales en EE. UU. subieron en un 21.5% para la semana del 28 de marzo en comparación a dicha semana del año 2019, en donde la venta de vinos, destilados y cerveza aumentaron en un 27,4, 26,9 y 16,8 por ciento respectivamente. Las ventas electrónicas de bebidas con contenido alcohólico aumentaron en un 291% con respecto a las cifras para la misma semana del año 2019 (Nielsen, 2020).

Un estudio realizado por Statista muestra que han aumentado las ventas de bebidas alcohólicas en los medios online y físico con respecto al primer trimestre del año pasado, alcanzando un aumento máximo de 477% con respecto a las ventas de tipo online del año anterior al 25 de abril de 2020. A la misma fecha, se muestra una variación positiva de 26% en las ventas físicas. Dicha información se muestra en el Anexo E de la sección del presente informe (Statista, 2020).

Según Toluna y Harris Interactive, de una muestra de 1047 estadounidenses encuestados entre el 9 y 14 de abril el 18% indica haber aumentado sus hábitos de consumo de alcohol en su domicilio y un 49% expresa sentirse mas estresado con respecto a la situación pre COVID-19 (Toluna & Harris Interactive, 2020).

Cuarentena y consumo de alcohol en Australia

Los datos entregados por la OMS el año 2018 indican que Australia mantiene un consumo per cápita de alcohol puro en personas mayores a 15 años correspondiente a 10,6 litros para ambos sexos, posicionándose como uno de los países con mayor uso de las bebidas alcohólicas del continente. El análisis de consumo por género presenta un mayor consumo en varones que en mujeres, entregándose valores equivalentes a 16,7 y 4,7 litros respectivamente. Estos niveles de consumo se encuentran muy por encima de casi todos los demás países de Oceanía, teniendo como excepción solamente a Nueva Zelanda que tiene un consumo combinado entre hombres y mujeres mayores de 15 años de 10.7 litros per cápita de alcohol puro al año.

Para evitar mayores contagios, el gobierno de Australia decidió el 22 de marzo el cierre temporal con revisión mensual de los establecimientos clasificados como bares, gimnasios, cines y congregaciones religiosas. En el caso de los restaurantes, estos podrían mantenerse abiertos en la modalidad de envío de comida a domicilio (Morrison, 2020). En cuanto a restricciones de la compra de alcohol, el primer estado en manifestarse fue Western Australia, imponiendo un límite máximo de compra por día de 3 botellas de vino, una caja de cerveza, de cidra o de mix de licores, un litro de alcoholes destilados o un litro de vino fortificado (Kagi, 2020).

Frente al cierre de los locales destinados al consumo de bebidas alcohólicas y para evitar la sobre compra de dichos productos, Retail Drinks Australia, representante de una gran parte de los “retailers” de bebidas alcohólicas empaquetadas de Australia (RETAIL DRINKS AUSTRALIA, 2020), decidió fijar un límite máximo de compra para brebajes con contenido alcohólico por persona en cada una de sus tiendas afiliadas. Dicho límite establecía que solo podría comprarse hasta 2 cajas de cerveza, cidra o bebidas mezcladas destiladas. Además, se limitaba la compra de botellas de vino a un máximo de 12 o su equivalente a 2 garrafas de “no más de 10 litros”. Por último, se establecía un máximo de 2 botellas de bebidas destiladas por persona. Esta restricción afectaba a los locales asociados a Coles Liquor, Endeavour Drinks y Aldi Supermarkets. Por su parte, asociaciones de marcas independientes de bebidas alcohólicas también se unieron a la iniciativa (Noble, 2020).

En cuanto a la tendencia en los consumos de alcohol de los ciudadanos australianos, en una encuesta realizada a 1003 individuos entre el 9 y 14 de abril, el 16% de los encuestados expresó un aumento en su consumo normal de alcohol pre-cuarentena COVID-19. Del total de encuestados, el 13% dijo que se sentía más estresado desde los inicios de la pandemia (Toluna & Harris Interactive, 2020).

Recomendaciones de expertos frente al consumo de alcohol en cuarentena

La Organización Mundial de la Salud recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas para no causar falencias en el sistema inmunológico, evitando lugares de concurrencia relacionados con consumo de alcohol tales como bares, casinos, discotecas, etc. (WHO, 2020). Además, se explicita que los trastornos por consumo de alcohol pueden causar situaciones con mayor probabilidad de contagio como lo son la indigencia o problemas con la autoridad, por lo cual se hace un llamado a la moderación y autocuidado, siempre poniendo

énfasis en mantener un estilo de vida saludable y socialmente antiguo, guardando las debidas recomendaciones para evitar posibles contagios.

Los autores Satre, Hirschtritt, Silverberg, & Sterling proponen que se debe reducir al mínimo el consumo de bebidas alcohólicas y plantean medidas de monitoreo remoto tales como el seguimiento presencial o remoto del consumo de pacientes mayor edad mediante encuestas acerca la frecuencia y cantidad de dicho consumo. Además, exponen la posibilidad de incorporación de tratamientos para individuos con hábitos de consumo menos severos, ya sean farmacéuticos o de tipo intervencionista, en el servicio de cuidado y salud mediante la telemedicina (Satre, Hirschtritt, Silverberg, & Sterling, 2020).

Dentro de las posibles medidas para la mitigación del consumo de alcohol se presentan como las más comunes el cierre de lugares asociados a dichos consumos, tales como bares, clubes nocturnos, etc. Pero ¿Qué tan efectiva es la medida? Se plantea que el cierre de los lugares de concurrencia donde existe venta de bebidas alcohólicas pudiese generar una reducción en el uso en general de la sustancia además de la violencia en los espacios del hogar, pero que también pudiera tener un efecto negativo a causa del acumulamiento de productos de ese tipo ante la proclamación de la medida (Marsden, y otros, 2020).

En el territorio chileno, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) recomienda la utilización de las herramientas virtuales como método para socializar, el dialogo con familiares o cercanos, el evitar incentivos que pudiesen llevar al consumo de alcohol, a evitar el consumo de alcohol en grandes cantidades y a evitar compras excesivas de bebidas con contenido alcohólico. (SENDA, 2020)

Siguiendo la línea de los efectos negativos, incluidos el uso de sustancias alcohólicas, a causa de los estados psicológicos de las personas afectadas por posibles periodos de encierro, algunos autores plantean que para mitigar posibles consecuencias causadas por un trauma asociado a medidas de distanciamiento social los periodos de cuarentena deben ser lo mas cortos posibles, dado que estos periodos han sido asociados al deterioro del estado de salud mental de los afectados, poniendo énfasis en evitar extensiones indefinidas de los periodos de cuarentena debido a su efecto desmoralizador (Brooks, y otros, 2020). En este mismo estudio se propone la necesidad de mantener a la población informada para evitar estados de preocupación y pánico. También, se muestra la importancia de mantener asegurada la línea de suministros esenciales y de ayudar a reducir el aburrimiento en la población, sugiriendo medidas que apuntan a la no desconexión de los individuos aislados tales como proveer a la gente redes estables de WiFi que permitan la comunicación con familiares o entes privados y gubernamentales de ayuda. Dicho esto, se propone la creación de líneas de comunicación directa entre agentes públicos de la salud y los afectados por la cuarentena para mantenerlos informados y no crear un sentimiento de olvido en estos, incluso reclutando a personas que pasaron por la cuarentena para compartir experiencias y entregar apoyo moral a los que se encuentren en ese momento (Brooks, y otros, 2020).

Capítulo 4 Modelos de referencia para la prevención de consumo de alcohol

Criterios de selección

Para la selección de los modelos de prevención de consumo de alcoholes, se considera el estudio publicado el 2015 por la Organización Mundial de la Salud titulado “*Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*”, en el cual se caracteriza el consumo de alcohol en jóvenes de 15 años pertenecientes a la región europea y otros. En este estudio se utiliza la data obtenida por la entidad Health Behaviour In School-Aged Children en variadas encuestas realizadas entre los años 2002 y 2014 a joven de 15 años pertenecientes a 36 países de la catalogada región europea por el WHO (WHO HBSC, 2015). Dicho estudio será la base para la selección de los modelos a usar como referencia para la creación de la propuesta del presente trabajo. Se tomarán en cuenta los resultados de 4 tipos de prevalencia, los que serán detallados a continuación, y los cambios y tendencias en estos presentes durante el periodo de evaluación del estudio de la OMS.

En el informe antes mencionado se plantean estudios separados por cuatro distintas caracterizaciones para el uso del alcohol, siendo estas la prevalencia semanal, los tipos de alcohol, el uso excesivo y la edad de inicio en el alcohol. En lo que el presente análisis respecta, se tomarán en cuenta los resultados expuestos por las aristas que corresponden a las prevalencias semanales, del uso excesivo y la edad de inicio en el alcohol.

En cuanto a la prevalencia semanal, que se refiere al consumo al menos una vez por semana de algún tipo de bebida con contenido alcohólico, ha existido una tendencia a la baja entre los años 2002 y 2014 en la mayoría de los países analizados, pero destacándose las reducciones de los países Inglaterra, Gales y Dinamarca para la población masculina e

Inglaterra, Escocia y Dinamarca para la población femenina. Además, los países con menor prevalencia para ambos géneros corresponden a Islandia, Noruega, Irlanda, Suecia y Finlandia, los cuales se han mantenido en los niveles más bajos desde el 2002 (WHO HBSC, 2015).

En cuanto al uso excesivo de alcohol, el estudio antes mencionado lo caracteriza como quedar en estado de ebriedad dos veces o más durante el periodo de vida. Bajo esta arista de análisis, los niveles más bajos en el porcentaje de uso excesivo de alcohol para el año 2014 los presenta Islandia para ambos géneros. Además, al igual que en la prevalencia de consumo semanal, se presenta una tendencia lineal a la baja en la mayoría de los países señalados. Dicho esto, la mayor diferencia porcentual presentada a lo largo de los años de análisis la presentan los países Dinamarca, Ucrania, Gales, Lituania y Estonia. Cabe destacar que Dinamarca aún después de la reducción en la prevalencia se mantiene como uno de los países con mayor porcentaje para ambos géneros en el año 2014 (WHO HBSC, 2015).

Para el análisis sobre la edad de inicio para el uso de alcohol, se toma en cuenta a los encuestados que admiten haber consumido alcohol a una edad de 13 años o antes (iniciación temprana al alcohol) y quienes hayan experimentado estar ebrios a los 13 años o antes de edad. Para el año 2014, los países con menor porcentaje de iniciación temprana al alcohol en el caso de las mujeres son Israel, Islandia, Italia y Suecia, y para el caso de los varones son Islandia, Suecia y Noruega (WHO HBSC, 2015). En el caso de la experimentación temprana del estado de ebriedad, los países con menor porcentaje al 2014 para el caso de las mujeres son Israel, Islandia, Italia y República de Macedonia, y para el caso de los hombres son Islandia, Noruega y Holanda. En cuanto a los cambios desde el 2002 al 2014 en la prevalencia del consumo temprano de alcohol, los países con mayor diferencia significativa para ambos sexos son República Checa y Gales. Cabe destacar que se presentaron reducciones

significativas en el caso de las mujeres en los países Finlandia, Austria y Escocia (WHO HBSC, 2015). Para el caso de los cambios en el tiempo de la prevalencia en la experimentación temprana de ebriedad, los países con mayor cambio significativo para ambos sexos son Finlandia, Gales, Inglaterra y Dinamarca (WHO HBSC, 2015).

De los análisis anteriores se extrae que las bajas más significativas en cuanto a los indicadores analizados a lo largo de los años antes mencionados lo tuvieron países de pertenecientes a las subregiones categorizadas como Irlanda/Gran Bretaña (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda), subregión que mantenía el 2002 de las mayores cifras en cuanto a la prevalencia del consumo semanal de alcohol y que al 2014 se mantiene dentro de las más bajas, y Nórdica (Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia y Dinamarca), que ha mantenido los niveles más bajos de prevalencia con respecto a las caracterizaciones antes mencionadas a lo largo de todo el periodo de análisis a excepción de Dinamarca (WHO HBSC, 2015).

Dicho lo anterior, se seleccionan como modelos de referencia 5 países de las subregiones antes mencionadas dada su tendencia a la baja en la prevalencia de los criterios pertinentes al estudio de la Organización Mundial de la Salud. Estos son Islandia, Finlandia, Suecia, Inglaterra y Gales.

Islandia y el Icelandic Prevention Model (IPM)

En la década del 90, Islandia mantiene altos niveles de prevalencia de consumo de drogas y alcohol entre la población de estudiantes de 15 años, siendo uno de los más altos entre 30 países de Europa según el estudio denominado European School Survey Project on Alcohol and other Drugs o ESPAD (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, & Allegrante, 2008). Es por esto que en el año 1999, en un esfuerzo por combatir los altos niveles de consumo de diversas sustancias entre los jóvenes, se crea el denominado Icelandic

Prevention Model o IPM mediante la cooperación de diversas personalidades pertenecientes al ámbito científico, político y social de actualidad islandesa de ese entonces para buscar nuevas aproximaciones ante el problema del consumo (Sigfusdottir, Kristjansson, Gudmundsdottir, & Allegrante, 2011).

Según el estudio *Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use*, el IPM fue concebido bajo una mirada clásica de las desviaciones sociales y no desde un punto de vista de las teorías tradicionales sobre los cambios de comportamiento en la salud, planteando que las condiciones ambientales y sociales son las que propician que las desviaciones de comportamiento se conviertan en “patrones comunes de comportamiento entre grupos dominantes de adolescentes.” (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Dicho lo anterior, los autores antes mencionados destacan la necesidad de “movilizar la sociedad como un todo frente a la lucha contra las drogas” (Palsdottir, 2003), poniendo énfasis en la necesidad de integrar bajo las consideraciones del modelo las sanciones del medio social ante desviaciones conductuales, “la inversión de la comunidad en valores tradicionales y positivos tales como altas aspiraciones educacionales” (Kristjansson A. L., y otros, 2019) y la creación de oportunidades de participación en actividades positivas prosociales (Kristjansson A. L., y otros, 2019). En otras palabras, comprometer a la sociedad para crear “cambios ambientales progresivos y de larga duración en vez de soluciones de corto plazo” (Kristjansson A. L., y otros, 2019), bajo la primicia de que la población joven es considerada como productos de la sociedad sujetos a las características del ambiente social, dentro de las cuales están las drogas y el alcohol (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, & Allegrante, 2008).

Las 5 dimensiones fundamentales del IPM

El IPM mantiene cinco dimensiones base, las que sirven de guía para todas y cada una de las estrategias adoptadas y que deben ser consultadas para encasillar los cursos de acción en la dirección del objetivo final (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Estas dimensiones son caracterizadas en el estudio “Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use” de la siguiente forma (Kristjansson A. L., y otros, 2019):

- **Dimensión 1: “Aplicar un enfoque de prevención primario que sea diseñado para mejorar el medio ambiente social”.**

Dimensión que obedece al objetivo del IPM de reducir la probabilidad de inicio temprano de consumo de alcohol y drogas. Esta pretende “prevenir o demorar el uso de sustancias” (Kristjansson A. L., y otros, 2019) mediante el incremento de estímulos positivos del medio ambiente social. Se propone el enfoque de que “la sociedad es el paciente” dado que es esta la primera línea para tratar a la juventud en contra de las desviaciones de comportamiento antes mencionadas. Para esto, se enfatiza en la contratación o capacitación de personal especializado que sirva como guía para las distintas comunidades locales y que “hagan la labor de nexo entre la evidencia investigativa y la implementación práctica” (Kristjansson A. L., y otros, 2019).

- **Dimensión 2: “Enfatizar la acción comunitaria y adoptar las escuelas públicas como el centro natural de los esfuerzos del vecindario/área para apoyar la salud, el aprendizaje y el éxito de vida de los niños y adolescentes”**

Se presenta como la estrategia central “el reforzamiento de las conexiones entre las familias, las escuelas y la comunidad como un todo” (Kristjansson A. L., y otros, 2019), apuntando a la influencia de la familia, las escuelas, los pares y la comunidad como primera

unidad de intervención. Es por esto que se propone como esencial “asegurar la colaboración y el compromiso de las escuelas para la recolección de datos para monitorear rutinariamente las tendencias en el uso de las sustancias y el riesgo” (Kristjansson A. L., y otros, 2019) junto con los demás factores de protección antes mencionados.

➤ **Dimensión 3: “Comprometer y empoderar a los miembros de la comunidad a hacer decisiones prácticas usando datos y diagnósticos locales accesibles y de alta calidad”**

Se adopta la toma de decisiones en base a información recolectada y a los diagnósticos específicos realizados por la vecindad y sus respectivas escuelas. Dicha información cumple las funciones de “capturar, focalizar y sostener la atención de la comunidad en factores locales que son esenciales para prevenir el uso de sustancias y guiar la selección de estrategias y el desarrollo de la capacidad comunitaria necesaria para identificar la complejidad del problema de usos de sustancias” (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Además, se enfatiza en el uso de la información local de alta calidad, de fácil entendimiento para los involucrados, a modo de comprometer el interés y las acciones de la comunidad correspondiente, ayudando a caracterizar de mejor manera los problemas locales y guiar la toma de decisiones a acciones mas efectivas. Esta información de alta calidad acerca de la situación local puede ayudar “a un equipo de prevención local a describir de manera precisa como las características de la comunidad se relacionan al uso de las sustancias en cada vecindario o escuela en específico, para identificar posibles prioridades para las intervenciones” (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Por último, se muestra como necesaria la comunicación y el apoyo a los investigadores de cada comunidad para crear fuentes de información de alta calidad.

- **Dimensión 4: “Integrar investigadores, legisladores, practicantes y miembros de la comunidad en un equipo unificado dedicado a resolver problemas complejos del mundo real”**

Mediante esta dimensión se busca evitar la teorización del trabajo conjunto de las partes y llevar a la práctica la cooperación de los integrantes antes mencionados. Para esto se utiliza una visión de trabajo conjunto en donde cada subgrupo hace uso de sus facultades para facilitar el trabajo de los otros, manteniéndose cada uno cerca de los otros y del problema. Esta dinámica permite “maximizar el impacto práctico en el mundo real de su capacidad colectiva” (Kristjansson A. L., y otros, 2019).

- **Dimensión 5: “Alinear el alcance de la solución al alcance del problema, incluyendo intervenciones enfáticas de largo plazo y esfuerzos para utilizar recursos comunitarios adecuados”**

Se plantea lo necesario de identificar y entender las condiciones de cada una de las comunidades, al igual que su alcance en el tiempo, para crear soluciones que tengan un alcance acorde a la profundidad de sus efectos en los jóvenes. Dada la complejidad del problema, dichas soluciones deben contemplar una visión de largo plazo, manteniendo la atención y el compromiso de las partes en todas las iteraciones, al igual que la planeación y mantención de los recursos necesarios (Kristjansson A. L., y otros, 2019).

El IPM y los 10 pasos clave para su correcta implementación

Los autores responsables de describir las cinco dimensiones que dan forma al IPM también realizan un artículo acerca de la correcta implementación del modelo y los pasos a seguir (Kristjansson A. L., y otros, 2019), manteniendo las líneas delimitadas por las directrices antes mencionadas. A continuación, se realiza un breve resumen de los diez pasos identificados por los autores antes mencionados para contextualizar el procedimiento que debió realizarse en Islandia durante el periodo del proyecto, lo cual es presentado en la Tabla 3 a continuación.

Tabla 3 “Pasos del Modelo de Prevención Islandés”

Creación de Capacidad Comunitaria			Implementación de los Procesos Fundamentales					Repetición	
Paso 1 (Identificación, Desarrollo y Creación de Capacidad Comunitaria)	Paso 2 (Identificación, Desarrollo y Creación de Capacidad de Financiamiento Local)	Paso 3 (Planeación de Recolección de "Pre-Data" y Compromiso de la Comunidad)	Paso 4 (Recolección y Procesamiento de Información, Incluyendo Diagnósticos Alimentados por la Data)	Paso 5 (Potenciar la participación y el compromiso de la comunidad)	Paso 6 ("Diseminar" la Información Obtenida)	Paso 7 (Creación de Objetivos y Otras Respuestas a la Información Obtenida para la Comunidad)	Paso 8 (Alineación de Políticas y Prácticas)	Paso 9 (Inmersión de Adolescentes y Niños en Ambientes De Prevención Primaria, Actividades y Mensajes)	Paso 10 (Repetic Anualmente los Pasos 1-9)
<p>Identificar o desarrollar una coalición de prevención local, incluyendo superintendencias, escuelas principales, escuelas de profesores, padres y otros cuidadores, proveedores profesionales comunitarios (salud pública, salud mental, comunidades de fe, oficiales de la ley, etc.), líderes comunitarios.</p> <p>Desarrollar trabajo colectivo y capacidad para completar objetivos relacionados con la reducción/eliminación del uso de sustancias.</p> <p>Identificar recursos nuevos o existentes para asignar a al menos un profesional de apoyo a las actividades de la coalición.</p>	<p>Identificar recursos existentes y posibles nuevos recursos.</p> <p>Reorganizar el financiamiento para incorporar la planeación a largo plazo (5 años o más) o hacer cambios estructurales que aseguren el financiamiento.</p>	<p>Llevar a cabo reuniones escolares y de la comunidad diseñadas para preparar su participación en el desarrollo del modelo.</p> <p>Describir el IPM y los procedimientos de recolección de información, poniendo énfasis en aquellos procedimientos que protejan a los estudiantes y aseguren la obtención de información valiosa.</p> <p>Responder las preguntas de la comunidad antes de que comience la recolección de información anual.</p>	<p>Distribuir cartas de introducción/Cartas de consentimiento.</p> <p>Preparar la versión final de las encuestas.</p> <p>Imprimir las encuestas (para las respondidas presencialmente) y/o preparar para la distribución online de estas.</p> <p>Recolectar información de los estudiantes, incentivando dicha recolección mediante la acción de un motivador escolar, de facultad o un miembro del equipo responsable.</p> <p>Recolectar las encuestas impresas.</p> <p>Escanear las encuestas impresas.</p> <p>Depurar la información obtenida.</p> <p>Completar los análisis descriptivos de datos.</p> <p>Completar los análisis y diagnósticos de los datos.</p>	<p>Publicitar las reuniones comunitarias usando múltiples canales de comunicación.</p> <p>Entregar invitaciones a la comunidad y a grupos clave por parte de personajes importantes para la comunidad.</p> <p>Reducir las barreras que impiden la participación de la comunidad tanto como se necesite, por ejemplo entregando servicios oportunos de cuidado para niños, transporte, etc.</p>	<p>Preparación de los reportes.</p> <p>Imprimir los reportes y entregarlos a la comunidad utilizando todos los canales necesarios.</p> <p>Enfatizar la fácil comprensión de la data entregada en los informes mediante el uso de lenguaje amigable y fácil de interpretar.</p> <p>Publicitar y llevar a cabo reuniones comunitarias para presentar los resultados.</p> <p>Utilizar lenguaje amigable y de fácil entendimiento en las presentaciones de resultados.</p> <p>Mantener siempre la confidencialidad en los resultados, no exponiendo ni identificando información individual de los encuestados.</p>	<p>Llevar a cabo actividades de creación de objetivos para la comunidad mediante la guía de coaliciones locales.</p> <p>Definir 3 a 4 objetivos específicos relacionados con los riesgos relevantes para la comunidad y los factores de protección.</p> <p>Planear estrategias/acciones basadas en los objetivos seleccionados.</p> <p>Comunicar los objetivos seleccionados por la comunidad y las respectivas estrategias a los padres o cuidadores a través de los canales de comunicación necesarios.</p>	<p>Identificar maneras de alinear las políticas locales y la práctica profesional con los objetivos seleccionados por la comunidad.</p> <p>Identificar y perseguir los cambios necesarios a las políticas locales y el desempeño profesional.</p> <p>Comunicar los objetivos y estrategias seleccionadas por la comunidad, al igual que los cambios necesarios en términos de las políticas locales y prácticas de trabajo a individuos externos a la coalición que participa del proceso antes mencionado, mediante los canales de comunicación necesarios.</p>	<p>Asociar a los niños y adolescentes que reciben el "tratamiento" comunitario al uso reducido de sustancias y al inicio tardío al uso de estas.</p>	<p>Evaluar las oportunidades de mejora de capacidad y comunicación de los pasos 1-3.</p> <p>Repeticir los pasos 4-9.</p>

(Kristjansson A. L., y otros, 2019)

Resultados del IPM

El IPM ha sido estudiado por variados autores dada su respaldada efectividad al largo plazo, presentando decrecimientos en varios aspectos relacionados con el uso temprano de sustancias. En el periodo entre 1997 a 2007, se cree que la implementación del IPM pudo tener gran responsabilidad en reducciones por ejemplo de la prevalencia de jóvenes de 15 años que reportaron haber experimentado un estado de ebriedad en los últimos 30 días de un 42% a un 20%, al igual que en la prevalencia de adolescentes de 15 años que reportaron fumar un cigarrillo diario de un 23% a un 10%, en conjunto con reducciones en materias de u de otras drogas (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, & Allegrante, 2008)

Por otro lado, para el año 2015 Islandia se presenta bajo el promedio de consumo de alcohol, tabaco y cannabis entre jóvenes de 15 años de Europa (Kristjánsson A. L., y otros, 2019), siendo calificado por el informe “Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014” como el país con menor prevalencia en consumo semanal de bebidas alcohólicas, menor prevalencia en el estado de ebriedad (que admiten haber estado ebrios 2 o más veces en su vida) y segundo menor en la prevalencia de inicio temprano de consumo de alcohol y estado de ebriedad temprano entre los jóvenes de 15 años de un total de 36 países de la región europea y otros contemplados por el estudio (WHO HBSC, 2015).

Finlandia y la prevención para el consumo de alcohol.

Finlandia ha llevado a cabo cambios importantes desde principios de los años 90 en cuanto a sus preferencias de consumo de bebidas alcohólicas y las políticas respectivas, pasando por la abolición de un monopolio estatal de venta de bebidas alcohólicas a la creación de un plan más liberal de venta, consumo e importación apoyado por una nueva acta de alcohol creada luego del anexo de Finlandia a la Unión Europea en 1995 (Karlsson, Mäkelä, Österberg, & Tigerstedt, 2010).

El mercado de alcoholes en Finlandia previo a 1995

La empresa Alko es la autoridad responsable de la venta, producción, importación, exportación, investigación, licencias y precios de las bebidas alcohólicas en Finlandia desde el año 1932 hasta 1995, siendo esta una empresa estatal de tipo monopólica (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008). Su creación se basa en los pilares que sirven de sustento para las políticas preventivas acerca del consumo de alcohol de los países nórdicos previas a 1995, apuntando principalmente a controlar el consumo de alcohol para prevenir los efectos dañinos en el ámbito social, público y de salud que este trae consigo (Karlsson, Alcohol in Finland in the early 2000s: consumption, harm and policy, 2009). Además, existen restricciones en cuanto a la importación de alcoholes desde otros países hacia el territorio finlandés, como por ejemplo restricciones de tiempo mínimo en el territorio extranjero para poder entrar a la frontera con algún brebaje con contenido alcohólico. Lo anterior impuesto con el fin de evitar el transporte a los países vecinos para comprar (Karlsson, Mäkelä, Österberg, & Tigerstedt, 2010).

Finlandia y su apertura al mercado de alcoholes europeo

En 1995, bajo crecientes tendencias por parte del grupo político hacia políticas más liberales sobre la venta y consumo de alcoholes, Finlandia se integra a la Unión Europea,

estableciéndose una nueva acta de regulación para dicho mercado (Karlsson, Mäkelä, Österberg, & Tigerstedt, 2010). Esto hace que Alko pierda su posición como ente autónomo en la regulación del mercado de alcoholes dadas las nuevas normas que permiten la venta de bebidas de contenido alcohólico menor a 4.7 grados por volumen en tiendas de abarrotes, quioscos y estaciones de servicio, además de nuevos permisos para la venta de vinos por parte de las viñas del país (Karlsson, Mäkelä, Österberg, & Tigerstedt, 2010). Posteriormente, en el año 2004 se realiza una reducción sustancial del impuesto a las importaciones de bebidas alcohólicas, que sumado con lo antes mencionado genera oportunidades para el “lobby” por parte de las empresas productoras e importadoras que incluso lleva a él desecho de leyes que buscan la reducción del consumo (Karlsson, Alcohol in Finland in the early 2000s: consumption, harm and policy, 2009). No obstante, la empresa Alko mantiene su monopolio de ventas de la mayoría de las bebidas de contenido alcohólico, lo que impulsa a dicha empresa a adaptarse a la competencia presente en el mercado de alcoholes internacional europeo. Parte de su estrategia es constituida por la extensión del horario de atención y el aumento en el número de tiendas a lo largo del territorio finlandés, presentando un aumento de un 32% en el número de tiendas entre 1994 y 2006 (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008) Además, Alko sigue perfilándose como una de las primeras líneas de acción frente al consumo ilegal de alcohol, presentando una política fuerte en cuanto a la no venta a menores de edad y gente intoxicada (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2020) .

Política en prevención de alcoholes para el año 1995 al presente

En general, la mayoría de las políticas entre 1995 y 2017 en cuanto a la prevención de consumo de alcoholes son guiadas por los tres pilares fundamentales antes mencionados, buscando como objetivo “la reducción del consumo total y la restricción del uso de alcohol en menores” (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2020). Además, la adopción por parte de la

Organización Mundial de la Salud del denominado “European Alcohol Action Plan (2000-2015)” en 1999 y de la “Declaration on Young People and Alcohol” en 2001 impulsaron medidas tales como la restricción total de consumo de bebidas de contenido alcohólico para los menores de 18, publicidad restringida en televisión y cines, prohibición en cuanto a descuentos por cantidad y creación de políticas en cuanto a ofensas relacionadas con el alcohol, como por ejemplo la tenencia de alcohol en menores de edad y la publicitación a menores de edad, creando nuevas y mejores oportunidades de intervención (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2018). Todo lo anterior es incorporado el año 2001 en una adaptación del plan europeo de acción para la prevención antes mencionado y en 2 programas posteriores en los años 2003 y 2015 (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2018). Dentro de lo antes mencionado, se utiliza como principal herramienta para la reducción del consumo el manejo de los impuestos específicos y precios de venta de las bebidas de contenido alcohólico (Karlsson, Mäkelä, Österberg, & Tigerstedt, 2010), generándose aumentos significativos en los impuestos a alcoholes en los años 2018 y 2019 (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2018).

Se cree que las medidas antes mencionadas aportaron a una reducción importante en el consumo de alcohol en adolescentes menores de edad entre los años 1999 a 2017, obteniéndose resultados tales como una reducción de un 34% a un 6% en la prevalencia de consumo mensual en jóvenes de 14 años entre los años antes mencionados (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2018) y una reducción de un 58% a un 25% del mismo indicador pero para jóvenes de 16 años (Raisamo, Kinnunen, Pere, Lindfors, & Rimpelä, 2020).

A pesar de los esfuerzos por la adopción de planes más rigurosos para enfrentar el consumo total de la población finlandesa, la polarización en cuanto a las medidas políticas de trato del consumo y el lobby por parte de la industria de alcoholes luego del acta de alcoholes adoptado al momento de la inserción de Finlandia a la UE (Karlsson, Mäkelä,

Österberg, & Tigerstedt, 2010) ha causado que se promuevan una serie de medidas que no comparte los objetivos preventivos antes mencionados. Algunos de estos son la eliminación de las restricciones de importación de bebidas alcohólicas para uso personal y la reducción del impuesto específico de alcoholes en el año 2004 y el relajamiento de las restricciones anteriores a 1995 en cuanto a la publicidad de alcoholes (Karlsson, Mäkelä, Österberg, & Tigerstedt, 2010). Se cree que estas medidas son en parte responsables de que el consumo total de alcohol para la población finlandesa presentara un aumento desde los 10.7 litros a los 12.7 litros de alcohol puro anual de 1999 a 2007 (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2018).

El año 2018 se adoptan nuevos cambios al acta de alcoholes de Finlandia, en donde se relajan las restricciones de venta en tiendas de víveres y quioscos, autorizando la venta de bebidas alcohólicas de hasta 5,5% de contenido alcohólico por volumen, dando paso a la venta de “alcopops” (bebidas suaves mezcladas con brebajes de contenido alcohólico) y cidras fuertes, aumentando sus puntos de venta en 15 veces y facilitando la obtención de bebidas alcohólicas fuertes por parte de menores dada la menor fiscalización presente en medianas y pequeñas tiendas con respecto a Alko (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2020). Dicha medida fue acompañada con un aumento en el impuesto específico a las bebidas alcohólicas fuertes (arriba de 4,7% de contenido por volumen de alcohol) para contrarrestar un posible de crecimiento de consumo (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2020). A pesar de lo antes mencionado, el estudio denominado “Alcoholic beverage preferences among teenagers in Finland before and after the 2018 alcohol law change” muestra que el constante decrecimiento observado para el consumo de alcohol en menores finlandeses llega a un punto muerto y que incluso podría esperarse un aumento en las prevalencias relacionadas con el consumo en jóvenes y adultos (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2020). Por último, se plantean indicios no significativos de aumento en la prevalencia de consumo de alcohol en menores

entre los años 2018 y 2019, al igual que un muy elevado aumento en el consumo por parte de los menores de bebidas fuertes con contenido alcohólico, resaltando el uso de los “alcopops” como principal predilección para los jóvenes (Lintonen, Ahtinen, & Konu, 2020).

Suecia y la prevención para el consumo de alcohol

Políticas de prevención y entrada a la UE

Suecia mantiene hasta el año 1994 un sistema monopolizado de venta al detalle y al por mayor (manejado por la empresa Systembolaget), al igual que la producción, importación y exportación de bebidas alcohólicas de arriba de 2,25% de alcohol por volumen, a cargo de la empresa Vin & Spirit (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008). Lo anterior corresponde al foco de las políticas preventivas en cuanto al consumo de alcohol existente en los países de la denominada región nórdica a mediados del siglo 20, que en el caso de Suecia se traduce además de dicho monopolio en “reglas estrictas de venta de alcohol, límites de edad, prohibición publicitaria y duras sanciones contra el manejo en estado de ebriedad” (Cisneros, 2009)

El año 1995, y en de acuerdo a las negociaciones entre Suecia y la UE para su anexo, se opta por la abolición del monopolio de Vin & Spirit para la importación, exportación y producción de alcoholes, al igual que se desmonopoliza la venta al por mayor a cargo de Systembolaget, empresa que queda como monopolio en la venta de bebidas alcohólicas al por menor (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008). Entre dicho año y el 2004, las leyes de prevención fueron adaptadas para seguir la línea de los estándares europeos, eliminando prácticamente las restricciones de importación de uso personal, aumentando la disponibilidad en términos de la venta de bebidas alcohólicas por la extensión de los horarios de Systembolaget y reduciendo los impuestos específicos a dichas bebidas (Kraus, y otros,

2015). Lo antes mencionado en combinación con los crecientes intereses económicos debido a la abolición del monopolio de las importaciones, a la influencia de más de 300 participantes de dicha industria para el año 2009 y a la abolición de restricciones en cuanto a por ejemplo el contenido alcohólico permitido en cierto tipo de bebidas causa el aumento en la variedad de productos disponibles para los consumidores nacionales, incluyéndose bebidas como los “alcopops” y vinos en caja que se cree que promocionan un mayor consumo de alcohol (Cisneros, 2009). Además, dichos intereses económicos podrían haber facilitado la abolición de la prohibición publicitaria de bebidas alcohólicas que en 2003 fue levantada para permitir los avisos publicitarios que promocionen bebidas con contenido de hasta 15% de alcohol por volumen (Cisneros, 2009).

Suecia y el National Action Program

En el año 2001, el gobierno sueco adopta el denominado National Action Program el cual apunta a “reducir el daño médico y social y el consumo total de alcohol” (Cisneros, 2009). Este cuenta con un presupuesto de 940 millones de coronas suecas como financiamiento para el periodo entre 2001 a 2005 y plantea al denominado “Alcohol Committee” como principal responsable, el cual se encuentra formado por entes relacionados con la salud pública, la fuerza policial, administración vial, departamento de aduanas y el ministerio de salud y asuntos sociales (Cisneros, 2009).

A fines del 2010 y en respuesta una serie de estudios que indicaban elevados niveles de consumo en comparación a la situación previa a la entrada a la UE (Gustafsson, 2010), el gobierno sueco aprueba la adopción de un plan de 5 años denominado “A Cohesive Strategy for Alcohol, Narcotic Drugs, Doping and Tobacco Policy”, la cual tiene como objetivo general la creación de “una sociedad libre de drogas y doping ilegal, con reducidos daños médicos y sociales relacionados con el alcohol, y reducido uso de tabaco” (Sweden, 2010).

Parte importante de la estrategia es la coordinación entre los niveles nacionales, regionales y locales, denominada la esfera ANDT (Alcohol, Narcotics, Drugs and Tobacco), la cual a niveles nacionales es coordinada por un ente creado dentro del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales especialmente para esta tarea denominado “ANDT Secretariat”, el cual es apoyado por el “ANDT Committee” ente que se dedica a la comunicación de los objetivos y de la dirección de las políticas adoptadas por el gobierno para la esfera ANDT. Además, la supervisión de evaluar las medidas adoptadas a nivel nacional queda en manos del Swedish National Institute of Public Health o SNIPH (Sweden, 2010). A nivel regional, se crean las denominadas “County Administrative Boards” o juntas administrativas por condado, compuestas por las distintas autoridades de orden y fiscalización regional (Policía, aduanas, organizaciones no gubernamentales, consejos del condado/regionales, entre otros) las cuales sirven a modo de puente entre los 3 niveles de la esfera ANDT. Por último, el rol de coordinación a nivel local queda en manos de las distintas municipalidades, siendo estas responsables de la supervisión de lo propuesto en el acta vigente acerca del uso y consumo de alcohol y tabaco, y de supervisar la implementación junto con el desarrollo de la estrategia local anti-consumo (Sweden, 2010).

La estrategia “A Cohesive Strategy for Alcohol, Narcotic Drugs, Doping and Tobacco Policy” plantea 7 objetivos a largo plazo que establecen las líneas generales para la dirección del trabajo ANDT, los cuales son expuestos en el informe (Sweden, 2010) publicado a mediados del año 2011. A continuación, se presentan dichos objetivos a modo generalizado.

➤ **Objetivo 1: “Reducir el suministro de drogas ilegales, dopaje sustancias, alcohol y tabaco”**

Dicho objetivo plantea la necesidad de una fiscalización adecuada basada en la legislación vigente para detener así el uso de sustancias ilícitas, el cual potencia el crimen

organizado y afecta a la población joven. Para esto se explicita la necesidad de impulsar medidas contra el crimen organizado de gran escala relacionado con el ANDT. También se plantea lo imperante de medidas para combatir la venta ilícita de sustancias vía canales de comunicación digitales. Por último, el punto mas importante es la creación de canales de cooperación y comunicación entre el ámbito local y regional para la creación de procedimientos adecuados a la realidad local. Dicho esto, es necesaria la involucración de los participantes que están mas familiarizados con los problemas de la comunidad (Escuelas, estaciones de policía, servicios sociales, etc.) para así coordinar esfuerzos hacia la eliminación de la actividad ilícita.

➤ **Objetivo 2: “Protección de los niños contra los efectos nocivos del alcohol, estupefacientes, dopaje y tabaco”**

Este objetivo traza lo imperante de comunicar a los padres información acerca de los efectos nocivos en los menores del consumo de sustancias y la necesidad de mejorar el apoyo a los hogares que tienen perfiles de riesgo en cuanto al abuso de sustancias. Además, se dice que es necesaria un mayor entendimiento y fiscalización de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco a través de los medios digitales, adoptando medidas más restrictivas basadas en recopilaciones de información internacional frente a este tipo de actividad de marketing.

➤ **Objetivo 3: “Reducir gradualmente el número de niños y jóvenes que inician el consumo de tabaco, estupefacientes o que comienzan a beber alcohol de forma temprana”**

Principalmente se plantea que para evitar el consumo de sustancias es necesaria la creación de una red comunitaria segura y bien informada que vele por la salud de los jóvenes en todos sus niveles. Sea esto mediante espacios libres de drogas y alcohol (Tolerancia cero

en uso de drogas en restaurantes y establecimientos de entretenimiento por parte de los empleados y clientes, espacios libres de humo entre otros), con actividades extra curriculares (deportes y su involucración en el combate contra las drogas y alcohol, actividades llevadas a cabo por instituciones no gubernamentales, entre otros), estudio de nuevas formas de promoción de sustancias vía canales digitales y/o endurecimiento de las penas por facilitar el consumo de alcohol o tabaco a menores de edad. Además, se coloca especial énfasis en la necesidad de informar tanto a jóvenes como padres acerca de los riesgos involucrados con el consumo de sustancias, al igual que prestar apoyo a ambos grupos para evitar problemas futuros de utilización de estupefacientes. Para esto se menciona el fundamental papel de entes no gubernamentales en el asesoramiento de los padres, teniendo apoyo hasta las edades de independización de los niños. Esto hace que la cooperación y coordinación de los entes no gubernamentales y el gobierno sea crucial para encaminar los esfuerzos con lo planteado por las estrategias vigentes. Por último, se cree en la importancia de promover la auto fiscalización entre las empresas vendedoras de alcohol y tabaco, destacando la importancia para la comunidad de su correcto accionar siguiendo lo establecido por las normas gubernamentales.

- **Objetivo 4: “Reducir gradualmente el número de personas que se involucran en usos nocivos, abuso o dependencia de alcohol, estupefacientes, sustancias dopantes o tabaco”**

En este objetivo se delimita la importancia de intensificar las medidas de prevención de consumo en los sistemas de salud, además de las medidas de detección temprana de enfermedades o problemas mentales entre los estudiantes y adultos jóvenes a causa del uso intensivo del alcohol y de problemas de trabajo relacionados con el consumo. También se

propone el énfasis en medidas para crear conciencia acerca del uso del tabaco mediante asesoramiento por parte del sistema de salud dental.

- **Objetivo 5: “Mejorar el acceso de las personas con trastornos por consumo de alcohol y drogas y otras afecciones causadas por el uso nocivo de alcohol y drogas a atención y apoyo de buena calidad.”**

Se impone como fundamental el adecuado manejo de la información histórica recopilada de experiencias y tratamientos previos para el desarrollo de nuevas técnicas y enfoques en el tratamiento de personas con trastornos de consumo, destacando la necesidad de un sistema integrado de información que incorpore las distintas municipalidades y regiones del territorio nacional sueco. También plantea la correcta distribución de los tratamientos y delimitación de responsabilidades dado que los tratamientos necesarios para las personas afectadas con dichos trastornos reciben atención de distintos entes de la salud pública, dificultando y ralentizado su búsqueda de bienestar.

- **Objetivo 6: “Reducir el número de personas que mueren o sufren lesiones o daños a su salud como resultado del consumo propio o de terceros de alcohol, estupefacientes, sustancias dopantes o tabaco.”**

Se coloca énfasis en la necesidad de cooperación entre los distintos departamentos fiscalizadores (policía, municipalidades, servicios de atención para adictos, entre otros) para la detección y medidas de apoyo para personas bajo los efectos del alcohol. Dicha cooperación debe focalizarse en encontrar nuevos y mejores planes para la prevención y detección de posibles accidentes relacionados con el consumo, contemplándose ideas como el uso de seguros de auto que detectan el posible uso de alcohol por parte del individuo. También, se menciona que los esfuerzos deben apuntar a reducciones en la violencia relacionado con el consumo, ya sea a terceros o autoinfligida, mediante la creación de una

relación entre los servicios de atención de urgencia, los servicios de tratamiento para usuarios con uso intensivo de sustancias, los departamentos de policía y la industria del entretenimiento, manteniendo siempre la búsqueda por identificar nuevas sustancias que pueden ser utilizadas y compradas por medios digitales para poder hacerles frente de mejor manera. Por último, se reitera la importancia de la creación de medidas orientadas a informar a la población acerca de los riesgos y efectos relacionados con el consumo de las distintas sustancias, enfatizando el uso de medidas innovadoras y orientadas a grupos específicos.

➤ **Objetivo 7: “Promover un enfoque restrictivo para la salud pública relacionada con ANDT en la UE e internacionalmente”**

Uno de los grandes reconocimientos por parte de la comunidad extranjera en cuanto al enfoque de Suecia en términos de la prevención para el consumo de sustancias es la exportación e involucramiento de dicho país en el desarrollo e implementación de medidas preventivas de otros miembros de la UE y de los entes como la OMS (Cisneros, 2009). Siguiendo esta línea, el objetivo plantea la necesidad de involucramiento por parte de la UE al momento del desarrollo de las estrategias para la prevención de drogas y alcohol para la entrega de feedback desde y hacia el conglomerado europeo, además de aportar visiones de como asegurar la continuidad de las convenciones planteadas por la UE mantengan una misma línea a lo largo de los miembros. También se cree que es necesario el involucramiento de los miembros al momento de la creación de los lineamientos europeos para el combate contra el uso de sustancias a modo de ayudar a reducir influencias externas de países de la UE que dada la globalización tienen un efecto mayor en las distintas poblaciones.

Además de los 7 objetivos antes mencionados, la estrategia planteada por el gobierno sueco se sostiene en el intercambio de información entre cada uno de los niveles de la esfera ANDT, interacciones que hasta ese dicho momento no se encuentran estandarizadas, por lo

cual se menciona lo imperante de la creación de indicadores que faciliten la comparación multinivel y la medición de la efectividad de las acciones tomadas por la estrategia (Sweden, 2010).

Tendencias de consumo en Suecia y resultados de las estrategias preventivas

Luego de la incorporación de Suecia a la UE, y tal como algunos autores pronosticaban en base a evidencia histórica (Holder, 2000), el consumo total per cápita aumentó un 20% entre los años 1990 y 2009, teniendo su punto más alto el 2004 con 10,5 litro per cápita de alcohol puro para la población sueca mayor a los 15 años (Ramstedt, 2010). No obstante, ciertos estudios plantean que a pesar de que existió un aumento en el consumo de bebidas de contenido alcohólico no hay evidencia de que luego de la entrada a la UE por parte de Suecia las medidas adoptadas sean las causantes de un mayor daño relacionado con consumo de alcohol (Ramstedt, 2010) (Kraus, y otros, 2015). Por otra parte, el consumo total per cápita de la población de Suecia presenta una reducción entre los años 2010 a 2016, pasando de los 9,5 a los 9,2 litros de alcohol de alcohol puro respectivamente (World Health Organization, 2018). A pesar de que dicha reducción de consumo per cápita podría ser un efecto de las tendencias de reducción de consumo presentes a lo largo de las regiones europeas (WHO HBSC, 2015), los indicadores relacionados con la prevalencia de consumo en jóvenes de 15 años de edad entre los años 2002 y 2014 posicionan a Suecia dentro de los países europeos con mayores reducciones en aspectos como la prevalencia de la iniciación temprana del estado de ebriedad y como el segundo país con prevalencia mas baja acerca de las iniciaciones tempranas al alcohol (WHO HBSC, 2015).

Algunos autores (Nilsson, Leifman, & Andreasson, Monitoring local alcohol prevention in Sweden: Application of Alcohol Prevention Magnitude Measure (APMM), 2015), en intentos de caracterizar la efectividad de la estrategias de prevención de uso de

alcohol adoptadas por el gobierno sueco y la esfera ANDT, crearon un indicador compuesto llamado Alcohol Prevention Magnitude Measure o APMM basado en 37 indicadores de iniciativas de prevención de alcohol clasificados en 5 categorías que comprenden política, personal y presupuesto, inspecciones y licencias, cooperación y actividades (Nilsson, y otros, 2020). Dicho indicador revela un aumento en la prevención alrededor de las municipalidades asociadas a las estrategias de para la prevención del gobierno entre los años 2006 y 2011 (Nilsson, Leifman, & Andreasson, 2015) y una reducción en algunas formas de daño relacionado con el uso del alcohol. No obstante, dichos estudios no pueden demostrar asociaciones causales debido a la complejidad al caracterizar cada uno de los parámetros que se ajustan a las realidades de las distintas municipalidades (Nilsson, y otros, 2020).

Inglaterra y la prevención para el consumo de Alcohol

Para el año 2004, el Prime Minister Strategy Unit hace entrega del documento Alcohol Harm Reduction Strategy for England que expone la estrategia del gobierno inglés para hacer frente a los crecientes niveles de consumo total de alcohol de la población, tendencia recurrente desde la segunda mitad del siglo 20, y que ha causado que entre los años 1960 y 2002 el consumo total de la población se duplicara (Unit, 2004). Los principales enfoques de esta estrategia son enfrentar el denominado “Binge Drinking”, siendo este el tipo de consumo de menores de 25 años que apunta a quedar en estado de ebriedad, mediante la creación de una conciencia mayor de la población acerca de los daños relacionados con el consumo y mayor énfasis en la fiscalización de las fuerzas de la ley (Unit, 2004). Dicho esto, la estrategia recibe una gran cantidad de críticas por parte de especialistas de la salud pública y otros autores dada la carencia de objetivos claros, la falta de un presupuesto fundamentado, el planteamiento de medidas no fundamentadas por evidencia teórica o práctica y que

“caracteriza el problema de alcohol en Inglaterra como un problema de minorías que atrae una fiera respuesta de la policía” (Drummond, 2004) (Room, 2004) (Plant, 2004). Además, autores exponen el problema de una estrategia que apela a la ética individual, en donde los individuos se encuentran inmersos en una sociedad de desregulación del mercado de alcoholes “necesita tener en consideración los 3 aspectos del nexo oferta-demanda-reducción del daño y la importancia de entender el contexto socioeconómico más amplio a los patrones cambiantes de ocio, placer y consumo de psicoactivos” (Measham, 2006).

En el año 2007 se hace pública la nueva estrategia del gobierno frente al consumo de alcohol, siendo este documento denominado *Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy.*, y que ahonda más en lo planteado por la estrategia de 2004. En general, los objetivos buscados van de la mano de los planteados anteriormente, con la excepción de una búsqueda de creación de conciencia local por medio de la entrega de recursos informativos como lo es el *Safe. Sensible. Social. Alcohol strategy local implementation toolkit* que fue presentado junto con la estrategia general (Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills, & Department for Culture, Media and Sport, 2007).

Primeros enfoques preventivos para el consumo de alcohol en la comunidad joven inglesa de los años 2000.

El año 2008, el Departamento de Estado para Niños, Escuelas y Familias, el Ministerio del Interior y el Departamento de Salud de Inglaterra presentan el *Youth Alcohol Action Plan*, el cual busca aplacar el “consumo público de bebidas alcohólicas por parte de los jóvenes, trabajar con la industria del alcohol para mejorar la auto fiscalización y proveer información de fácil entendimiento y de calidad a los padres, cuidadores, niños y jóvenes” (Donaldson, 2009). Para esto, el plan presenta 5 objetivos principales que en líneas generales

son la mejora en la respuesta ante actos de consumo de menores en lugares públicos, acciones conjuntas con la industria de alcoholes, crear un consenso nacional acerca de los jóvenes y el consumo de alcohol, establecer una nueva alianza con los padres acerca del consumo de menores y ayudar a la comunidad joven a mejorar la toma de decisiones frente a situaciones relacionadas con el alcohol. Parte de las acciones a tomar para el cumplimiento de los objetivos incluyen comprometer a los proveedores y vendedores de alcohol con las normas establecidas de venta apelando a su ética empresarial y el endurecimiento de las consecuencias por el incumplimiento de las normas establecidas. Dicho esto, no se toman en cuenta medidas en relación con la disponibilidad, el precio ni la publicidad relacionada con el consumo de alcohol en jóvenes. Por último, se menciona la necesidad de una guía para la correcta creación de un consenso acerca del uso del alcohol (Department for Children, Schools and Families, Home Office, & Department of Health, 2008).

En 2009, y bajo la antes mencionada necesidad mayor conciencia respecto a las consecuencias del consumo entre los grupos relacionados con el consumo de alcohol en menores, se hace público el documento *Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People*, presentado por el departamento de salud inglés y que representan las bases en cuanto a la información que debe ser manejada por la comunidad para combatir el problema de consumo en niños y jóvenes (Donaldson, 2009). Principalmente, lo planteado en dicha guía apunta a los círculos cercanos a los menores de edad y busca propiciar una juventud libre de alcohol, entendiéndose esta como la opción más saludable. De todas formas, plantea que en el caso de que exista algún tipo de consumo temprano, que este sea después de los 15 años y supervisado por adultos responsables en un ambiente controlado. Además, se quiere la creación de una conciencia generalizada en cuanto a lo dañino del consumo de alcohol incluso si es desde los 15 años, haciendo énfasis que

cualquier interacción de consumo debe ser conversada y que deben existir métodos de apoyo para poder enfrentar dichas situaciones. Por último, se denota la necesidad de servicios de ayuda disponibles para jóvenes que presenten problemas relacionados con el consumo (Donaldson, 2009).

La introducción de la Government's Alcohol Strategy 2012 (GAS)

El año 2012 el gobierno británico anuncia la implementación de la Government's Alcohol Strategy, su tercera estrategia relacionada con el alcohol en un periodo de 8 años, la cual presenta un enfoque diferente a sus predecesoras, “poniendo el foco en fortalecer los controles del lado de la oferta, ahora notablemente a través de la introducción de un precio mínimo unitario (MUP) para el alcohol y mayores poderes para las autoridades licenciatoras” (Nicholls, 2012). Además, se toma en cuenta materias como la publicidad de los brebajes con contenido alcohólico y la necesidad de buscar medidas para su regulación, acciones conjuntas a nivel local para la identificación de problemas relacionados con el tema y su incorporación a posibles acciones a nivel nacional, la introducción de cambios en el Licensing Act de 2003 (licencias en relación a la venta de alcoholes) y el endurecimiento de las medidas para los infractores de lo expuesto por la ley vigente en cuanto a la venta de alcoholes por el lado de la oferta, apelando a los acuerdos de responsabilidad moral y ética de la industria (Home Office, 2012).

En general, la estrategia propuesta tiene mejor recepción que sus predecesoras a pesar de la falta de plazos claros y definidos, esto más que nada por la incorporación del MUP definido para la cantidad de unidades alcohólicas (que cada unidad representa 10ml u 8grs de alcohol puro por bebestible) (NHS, 2021) una estrategia poco aceptada por el entorno neoliberal del mercado inglés y que algunos plantean que “abre un mar de posibilidades” y

que marca un hito para las futuras medidas relacionadas con el tema (Nicholls, 2012) (McCambridge, 2012) (Kmietowicz, 2012)

Tendencias de consumo en Inglaterra

El Reino Unido presenta un incremento en el consumo total per cápita de alcohol entre los años 2000 y 2005, para luego mostrar una tendencia a la baja desde el 2005 hasta el 2016 (Kirk-Wade, 2020), manteniéndose por encima del promedio de consumo de la región europea a lo largo del periodo mencionado (World Health Organization, 2018). De todas formas, la brecha entre el promedio europeo de consumo total per cápita y el consumo presentado por Inglaterra se ha visto reducido entre el año 2010 y 2016 (World Health Organization, 2018).

En cuanto al consumo temprano de alcohol, Inglaterra presenta una de las mayores bajas en la prevalencia de consumo semanal en jóvenes de 15 años (hombres y mujeres) entre 2002 y 2014, logrando pasar de los primeros puestos de mayor prevalencia a niveles de prevalencia más parecidos al promedio de la región europea (WHO HBSC, 2015). También, encuestas anuales realizadas por el National Health Service muestran una marcada tendencia a la baja en la prevalencia anual de los jóvenes de 15 años que han tomado un trago de alcohol desde el año 2003 a 2014 (Digital, 2020). Además, estudios posicionan a Inglaterra como uno de los países fuera de la región nórdica con mayor disminución en la prevalencia de ebriedad durante el periodo 2002-2014 (WHO HBSC, 2015). No obstante, otros estudios hacen un llamado de atención a los altos niveles de consumo desde los 17 años de edad, acusando abstinencia marcada luego por excesos (England, 2016) (Healey, Rahman, Faizal, & Kinderman, 2013)

Irlanda y la prevención para el consumo de alcohol

A mediados de los años 90, Irlanda mantiene un crecimiento económico elevado logrando casi duplicar su producto nacional bruto para fines del 2003 (Office, 2004). Dicha prosperidad económica trae consigo pronósticos de “incrementos desproporcionados en el consumo de alcohol” (Hope, 2006), los cuales son confirmados por la tendencia al alza de los niveles de consumo per cápita de la población irlandesa mayor a los 15 años de desde fines de los años 80 (Use, 1996), hasta llegar a ocupar el segundo lugar de consumo más alto entre los países europeos en cuanto al índice mencionado de consumo per cápita para el año 2000 (Joint Committee on Health & Children, 2004), incluso manteniendo una tendencia opuesta durante dicho periodo al decrecimiento en el consumo per cápita de la mayoría de los otros países de la unión europea (Health Promotion Unit, 2002). La estrategia vigente para el periodo mencionado es la National Alcohol Policy 1996, la cual se encarga de proponer medidas que buscan hacer frente a los altos niveles de consumo mencionados (Use, 1996). Dichas medidas ven afectada su efectividad por la fragmentación de responsabilidades y motivaciones entre los distintos departamentos de estado irlandés al momento de su creación, en donde incluso se hace presente la influencia de la industria de alcoholes de dicho país en forma de cambios legislativos que atentan contra lo establecido por las recomendaciones de organismos como la OMS, como por ejemplo el aumento en el horario de venta de alcoholes a mediados del año 2000 (Hope, 2006).

El nuevo milenio y la creación de la Strategic Task Force on Alcohol (STFA)

El a fines del año 2000 se crea el Commission on Liquor Licensing encargado de “revisar el sistema de licencias de alcoholes de Irlanda” (Joint Committee on Health & Children, 2004), el cual en su primer reporte recomienda la “el establecimiento inmediato de un grupo de trabajo estratégico de amplia base bajo la égida del Department of Health and

Children para asesorar al Gobierno y organismos públicos sobre las mejores prácticas en medidas de prevención de daños por alcohol” (Hope, 2006). Dicho grupo de trabajo se establece el año 2002 por el Minister for Health and Children y es llamado Strategic Task Force on Alcohol (Joint Committee on Health & Children, 2004), el cual se compone por departamentos de gobierno, agencias de estado, grupos representativos de la comunidad joven y sus padres, organizaciones no gubernamentales relacionadas con la salud y el consumo de alcohol y representativos de la industria de alcoholes (Alcohol, 2002). En su primer informe interino, el STFA propone en su informe interino de 2002 una serie de medidas respaldadas por evidencia científica en ámbitos de marketing, regulaciones y fiscalización de conductores, cambios en la disponibilidad de venta y cambios en la legislación de los impuestos al alcohol, bajo la evidencia de que este tipo de estrategias ambientales son más efectivas (Hope, 2006). A pesar de la resistencia por parte de la industria ante estas sugerencias, el 2002 el gobierno decide implementar un aumento importante de impuestos a los destilados y alcopops del mercado, causando una reducción del 20% en su volumen de ventas para el año 2003 (Joint Committee on Health & Children, 2004) y sugiriendo un aporte a la reducción de consumo per cápita total de un 6% visto percibida en 2003 “por primera vez en 16 años” (Hope, 2006). A pesar de las recomendaciones presentadas en el último informe del STFA el año 2004, pocas de estas han sido tomadas en cuenta (incorporación de pruebas aleatorias de aliento a conductores implementadas el 2006), demostrando que la industria de los alcoholes “se mantiene como una influencia dominante en la política de alcoholes de Irlanda” durante la década de los 2000 (Smyth, Kelly, & Cox, 2011).

Recesión económica y políticas posteriores a 2010

Para el año 2008 Irlanda sufre una recesión económica, presentando una baja de 16,7% en el consumo total per cápita de la población entre los años 2008 y 2009. Frente a esto, a inicios del 2009 el gobierno irlandés decide reducir los impuestos de alcoholes alrededor de un 20% para detener la baja en el consumo, para luego subir dichos impuestos entre un 37 y un 67% el año 2012, presentándose una reducción en el consumo de 3.8% entre el 2012 y el 2013 (Mongan & Long, 2016). Paralelo a esto, el 2009 se presenta la nueva estrategia para el manejo de las drogas y alcohol llamada National Drugs Strategy 2009-2016, asignándose un grupo especializado de trabajo a cargo del Department of Health para la elaboración de nuevas medidas en base a evidencia científica específicamente en materia de uso de bebidas alcohólicas (Stering Group Report On a National Substance Misuse Strategy, 2012). Las recomendaciones propuestas por el grupo de trabajo incluyen medidas como “precio mínimo por unidad (de alcohol), etiquetas con información de salud de los productos con contenido alcohólico, regulación publicitaria y de patrocinio de productos alcohólicos, regulaciones de oferta y demanda del mercado de alcoholes” (Mongan & Long, 2016) entre otras, las cuales fueron incluidas en el Alcohol Bill propuesto en 2015 pero que hasta el presente día sigue en proceso de tramitación (Ryan, 2018).

Capítulo 5 Propuestas

Como fue expuesto en el Capítulo 1 del presente trabajo, Chile actualmente se perfila como uno de los países con mayor consumo total per cápita de bebidas alcohólicas de la región latinoamericana (World Health Organization, 2018), manteniendo incluso considerables aumentos de consumo como un alza de un 40% en el consumo total per cápita desde 1990 a 2017 y pronósticos que auguran un posible aumento de un 22% para el 2030 (Manthey, Shield, Hasan, Probst, & Rehm, 2019). Dicho esto, es posible que las actuales

medidas preventivas no sean suficientes para evitar futuros crecimientos en los índices de prevalencia de consumo total y relacionado con menores, por lo que la solución podría radicar en la implementación de un modelo sustentado en evidencia práctica e histórica que presente resultados cuantificables sobre su rendimiento.

El Icelandic Prevention Model ha demostrado a lo largo de todo el periodo desde su incorporación que es un efectivo enfoque para seguir en materias de prevención de uso de sustancias para el país islandés, recibiendo reconocimiento mundial como un modelo pionero en el tema y las altas reducciones en los indicadores de prevalencia relacionados con el consumo (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Es por esto que el IPM se perfila como una de las opciones más documentadas y con entidades de apoyo para su implementación como lo es el Centro Islandés para la Investigación y el Análisis Social (ICSRA), fundadora del programa Youth in Island y Planet Youth, ambas dedicadas a la documentación, análisis y distribución de información sobre prevención en uso de sustancias para Islandia y el Mundo (Youth, 2021).

Antecedentes y análisis de contexto Chile – Islandia

Chile y el IPM

Chile tiene su primer acercamiento con el IPM el año 2017, en donde gracias a iniciativas de la Asociación Médica de Prevención y la Sociedad Chilena de Pediatría, se crea el primer seminario para la exposición del modelo a manos del presidente de Islandia y 2 directores del ICSRA. Luego de dicho seminario, el año 2018 se presenta el proyecto piloto, que luego será llamado “Elige Vivir sin Drogas” liderado por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, siendo supervisado por otras sociedades médicas chilenas y el ICSRA, para luego ser aplicado en 6 comunas de la Región Metropolitana en su etapa piloto, siendo

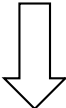
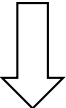


estas las comunas de Colina, Las Condes, Lo Barnechea, Melipilla, Peñalolén y Renca. Para los años 2019 y 2020 se incorporan 144 comunas (expuestas en el Anexo F del presente trabajo) a lo largo del territorio nacional dados la buena aceptación para la fase piloto (Sigfusdottir, Soriano, Mann, & Kristjansson, 2020).

El proyecto denominado “Elige Vivir sin Drogas” consta de 3 fases que se perfilan bajo el objetivo de “promover la construcción social de un entorno que brinde a los niños, niñas y adolescentes mayores oportunidades de elegir comportamientos y actividades protectoras que disminuyan el riesgo de uso de sustancias” (SENDA, CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE., 2019), y que junto con otras iniciativas de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol buscan la reducción del daño asociado al uso de sustancias, como por el ejemplo el costo de salud atribuible al alcohol que en 2017 es de \$447.937 millones de pesos (SENDA, CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE., 2019). Las 3 fases del proyecto “Elige Vivir sin Drogas” son expuestas de manera general en la Tabla 4 a continuación.

Una de las herramientas mas importantes para la implementación del modelo es el método de recolección de información, el cual consta de un cuestionario para el análisis de la población objetivo, que en este caso son alumnos chilenos de II° medio. Dicha herramienta es adaptada al contexto chileno en base a la información práctica de los casos de implementación existentes, las recomendaciones del ICSRA y el trabajo coordinado entre dicho ente y el equipo coordinador de la Universidad de Chile. La versión final trata alrededor de 300 variables agrupadas en 5 dimensiones. Estas son Consumo de sustancias, Padres y Familia, Grupo de Pares, Colegio, Ocio y Otros (que agrupa salud física, mental, estilo de vida entre otros) (Portilla, Lozier, Verges, & Oliva, 2019). Un desglose de dichas dimensiones puede ser observado en el Anexo I del presente estudio.

Tabla 4

Fases del proyecto “Elige Vivir sin Drogas” presentadas por el SENDA del Gobierno de Chile.

Fase 1: Inicio del Plan nacional de prevención Elige Vivir sin Drogas		Fase 2: Articulación proframática e intervención en Chile		Fase 3: Evaluación de resultados y monitoreo del modelo	
Aplicación de encuesta	Aplicación de encuesta de 77 preguntas (instrumento confidencial y autoadministrado) a cursos de II° medio (homologado a Chile) de establecimientos educacionales de cualquier tipo. Esta identifica los factores de riesgo para el uso de sustancias y los factores protectores parentales, de la escuela y la comunidad (aproximadamente 300 variables)	Familia	Potenciar capacidades prácticas de los padres y/o adultos responsables para cuidar, proteger, educar a sus hijos		Monitoreo de modelo
		Tiempo libre	Articular la infraestructura, recursos (comunitarios, escolares, municipales y estatales) y espacios públicos existentes en el territorio para fomentar eficazmente el uso positivo del tiempo libre		
Análisis de resultados	Entrega de resultados 2-3 meses después de su recolección para la creación de informes separados para cada municipio y cada comunidad escolar.		Implementar programas preventivos orientados a la comunidad educativa, en coordinación con el intersector como por ejemplo conversatorios en reuniones de padres y apoderados, consejos escolares o encuentros familia/escuela, capacitación docente o comprometer espacio horario efectivo en la escuela para aplicar programas de prevención de preescolar a 4to medio		Evaluación de resultados
		Escuela			
Presentación de resultados a cada comunidad escolar y municipio	Informe estructurado en 3 partes. 1. Se reporta la prevalencia del consumo de sustancias 2. Se reporta los factores de riesgo y protección de los adolescentes con respecto a su relación con padres y familia, grupo de pares, ambiente escolar, actividades de tiempo libre y otros indicadores de bienestar. 3. Tabulaciones cruzadas de factores de riesgo y de protección y resultados seleccionados	Grupos de pares	Potenciar las capacidades de los jóvenes para ser agentes sociales de la prevención de sus pares y fortalecimiento de factores protectores		Retroalimentación a los equipos intersectoriales y comunales
					
					Evaluación a los 2 y 5 años
					
					Repetir

(SENDA, CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE., 2019)

En cuanto al presupuesto asignado para la totalidad del proyecto, este corresponde a \$1.026.000.000 pesos, contemplando \$532.172.000 pesos en términos de elaboración de la encuesta y coordinación por parte del ICSRA y la Universidad de Chile, quienes mantienen un cobro anual por municipio sujeto a la cantidad de alumnos que se contemple, los cuales son detallados en el Anexo G del presente informe. Además, el resto del presupuesto se divide en RRHH para los equipos comunales, RRHH Nivel central, gastos administrativos y capacitaciones (SENDA, PROYECTO DE PRESUPUESTO 2020, 2019).

Las responsabilidades del proyecto se encuentran especificadas en un Memorándum Internacional de Entendimiento o IMOU firmado por las municipalidades piloto, el ICSRA y el coordinador (Universidad de Chile), extendiéndose luego dicho compromiso legal a las comunas integradas en los años 2019 y 2020 (Portilla, Lozier, Verges, & Oliva, 2019). Dichas responsabilidades pueden observarse en el Anexo H del presente informe, que en términos generales posiciona al ICSRA como el ente de apoyo en la formulación y desarrollo de los programas a seguir a lo largo del proyecto, el coordinador que hace la función de coordinación entre el ICSRA y el ámbito local, además de gestionar el procesamiento de la información recibida de ambas partes, y las municipalidades que se ocupan de la implementación y formulación de medidas locales (Portilla, Lozier, Verges, & Oliva, 2019).

Contexto Chile – Islandia

Como se ve en el Capítulo 4, el éxito del Icelandic Prevention Model lo ha posicionado como uno de los ejemplos a seguir en materias de prevención para el uso de sustancias en menores y la sociedad como un todo, todo gracias a la aplicación de las teorías clásicas sociológicas y criminalísticas de desviación social, las cuales plantean que “la mayoría de los individuos son capaces de actos de desviación pero solo bajo ciertas circunstancias sociales y ambientales esos actos se volverán patrones comunes de

comportamiento entre los grupos dominantes de adolescentes” (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Dichos fundamentos teóricos proponen como parte fundamental la generación de “cambios ambientales y sociales duraderos” para evitar desviaciones sociales mediante enfoques que abarcan una serie de factores dimensionales que rodean a la población (Kristjansson A. L., y otros, 2019). Chile actualmente se encuentra en camino de implementar una variación de dicho modelo, pero dadas las condiciones iniciales en términos de cultura y política pública presentes en Islandia surge la pregunta ¿Tiene Chile las condiciones ambientales adecuadas para asegurar la efectividad del modelo islandés al largo plazo?

El 2010 la Organización Mundial de la Salud publica el documento “Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol”, con el fin de guiar y ayudar a los países en vías de desarrollo o transición en materias de salud pública para hacer frente el uso del alcohol. En esta estrategia se proponen enfoques en 10 áreas clave para la política preventiva e intervenciones a un nivel nacional, además de áreas para la acción global (Organization, Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 2010). Para el año 2018 dicha estrategia es condensada en SAFER, una iniciativa de control del alcohol para prevenir y reducir el daño relacionado con este. Esta iniciativa consta de 5 “acciones estratégicas de alto impacto necesarias para reducir el peso del daño relacionado con el alcohol en países de ingresos bajos, medios y altos” (OMS, 2020), las cuales se muestran en la Tabla 5 a continuación.

Tabla 5

Dimensiones consideradas por la estrategia SAFER

S	A	F	E	R
Endurecer las restricciones sobre la disponibilidad del alcohol	Promover y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol	Facilitar el acceso a exámenes de detección, intervenciones breves y tratamiento.	Hacer cumplir prohibiciones o restricciones integrales sobre la publicidad, el patrocinio y la promoción de bebidas alcohólicas.	Aumentar los precios del alcohol mediante impuestos especiales y políticas de precios.

(Organization, SAFER: A World Free From Alcohol Related Harms, 2018)

Estas 5 acciones intentan tratar algunas de las dimensiones más importantes al momento del diseño de políticas públicas para la prevención de consumo (Organization, Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 2010). Entonces ¿Cómo se perfila Chile en cuanto a esas 5 dimensiones y en qué se diferencia de Islandia al momento de la implementación del IPM en dicho país? Para responder esta pregunta se realiza un cuadro comparativo entre las situaciones de Islandia dentro de los primeros años de implementación continua del programa “Youth in Iceland”, y Chile para el año 2020, en un marco de análisis determinado por las dimensiones antes mencionadas, el que es presentado en la Tabla 6 a continuación.

Tabla 6

Comparación de la situación inicial de Islandia y Chile al momento de adoptar el IPM

Dimensión	Islandia	Chile (2020)	
Disponibilidad del alcohol	Edad mínima para comprar bebidas alcohólicas para consumo fuera del local	20 años	18 años
	Edad mínima para comprar bebidas alcohólicas de consumo en el local	20 años	18 años
	Tipo de sistema de venta de alcoholes	Monopolio del estado de ventas tipo retail (ATVR) para bebidas alcohólicas con concentraciones de alcohol mayores o iguales a 2,25%	Privado
	Horarios de venta de alcoholes para consumo fuera del local	Lunes, martes, miércoles, jueves y sábados entre las 11:00 y las 18:00 Viernes de las 11:00 a las 19:00	Lunes a viernes de las 09:00 a las 01:00 del día siguiente. Sábados y festivos entre las 09:00 y las 03:00 del día siguiente. (ambas sujetas a zonas horarias especiales dictaminadas por cada una de las municipalidades)
Políticas sobre conducción bajo los efectos del alcohol	Concentración máxima de alcohol en la sangre permitida	0,5 gramos de alcohol por litro de sangre	0,3 gramos de alcohol por litro de sangre
	Penas por conducción bajo los efectos del alcohol	Multas desde los 70.000 ISK a los 300.000 ISK junto con suspensiones de 3 meses a 4 años de la licencia de conducción (al año 2007)	0,3 a 0,79 g/l: Suspensión de licencia desde 3 meses hasta 5 años y multas de 1 a 30 UTM ≥0,8 g/l: Suspensión de licencia desde 2 años hasta suspensión de por vida y multas de 2 a 20 UTM (Ambos casos sujetos a posibles sanciones penales y otros cargos dependiendo de la gravedad)
Disponibilidad de tratamientos relacionados con el consumo	Tratamientos estatales disponibles	Tratamientos asociados al programa "Youth in Iceland" y al sistema universal de salud islandés	≤ 20 años: Programas AUGE, GES de Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas, Programa de tratamiento para adolescentes que han cometido infracción de la ley y tratamientos FONASA. >20 años: Programas FONASA y SENDA para específico para mujeres, población adulta en situación calle. libertad vigilada entre otros.
Restricciones en publicidad, patrocinios y promociones	Restricciones de publicidad	Prohibición de publicitar cualquier tipo de bebida alcohólica, mostrar su consumo o cualquier otro tipo de uso o información relacionada con el alcohol en cualquiera de los medios existentes desde televisión, eventos deportivos, medios digitales, etc.	Televisión: Publicidad permitida entre las 22:00 y las 06:00 horas del día siguiente. Radio: Publicidad restringida entre los horarios 16:00 a 18:00 horas. Medios digitales: Ninguna
	Restricciones de patrocinio	Prohibición del patrocinio por parte de bebidas alcohólicas en todas sus formas y medios	Ninguna
	Restricciones de promociones	Regulada por ATVR	Ninguna
Restricciones para el precio de las bebidas alcohólicas	Impuestos Indirectos	Impuestos que aplican para bebidas con contenido alcohólico ≥ 2,25% Cerveza: 86,90 ISK (€ 0,52) por centilitro de alcohol puro Vino y otras bebidas fermentadas (hasta 15% de alcohol): 78,15 ISK (€ 0,47) por centilitro de alcohol puro Otros alcoholes: 101,74 ISK (€ 0,62) por centilitro de alcohol puro (Valores al año 2011)	Impuesto a la Ley de Alcoholes: Impuestos que gravan la importación y venta de bebidas alcohólicas, analcohólicas y productos similares y que aplican sobre la base imponible del impuesto a las ventas y servicios. Cervezas y vinos: 20,5% Licores y otros: 31,5%

Como se puede observar, una de las diferencias más marcadas es la regulación por parte del estado sobre el sistema de venta tipo retail que se presenta en ambas situaciones iniciales, existiendo en Islandia un monopolio de tipo estatal, manejado por el Ministerio de Economía islandés, y en Chile no presentándose más regulaciones que el servicio de patentes de alcohol. En general, una de las medidas más fuertes para la regulación del uso de bebidas alcohólicas es el uso de regulación estatal de su venta, como lo han sido los monopolios existentes en la región nórdica europea, existiendo estos en Islas Faroe, Finlandia, Noruega, Suiza e Islandia, dada la posibilidad de controlar aspectos como el número de tiendas, horario de apertura y manejo de información. Un ejemplo acerca de la efectividad del control estatal sobre la disponibilidad de venta de alcoholes es que Islandia al año 2006 mantiene 46 tiendas de la empresa ATVR, teniendo control estadístico sobre cada una de estas (Cisneros, 2009). Por su parte, Chile el año 2015 realizó por primera vez un catastro de patentes de alcoholes, resultando que a una contabilización del 73% del país, el 68% de las comunas no cumple con la normativa vigente y supera la cantidad de licencias de alcohol permitidas (Gonzales, 2017).

Los países de la región nórdica europea antes mencionada mantienen monopolios con mayores atribuciones desde sus inicios a principios y mediados del siglo 20, teniendo incluso la jurisdicción en importación, exportación, venta al por mayor y otros en ciertos casos. Dichas atribuciones se limitan al ámbito de las ventas al detalle durante el periodo de anexo de estos países a las políticas de comercio europeas durante y después del año 1994 (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008). En el día de hoy, las actitudes y el apoyo a dicho sistema estatal de ventas se mantiene por parte de la población de sus respectivos países (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008), sobre todo en lugares como Islandia donde encuestas muestran la oposición a la apertura de las ventas de bebidas alcohólicas fuertes en supermercados y otros locales (Jónsson & Kristjánsson, 2013).

Otra diferencia fundamental expresada en la Tabla 6 es la regulación de los horarios de venta, que si bien en Chile se encuentra sujeta a las propuestas de cada una de las municipalidades, la normativa establecida difiere en gran cantidad de horas de servicio con respecto a lo planteado por la legislación islandesa. Una importante cantidad de estudios (Hope, 2006) (Bryden, Roberts, McKee, & Petticrew, 2011) (Rivarola Montejano, Pilatti, Alguello Pitt, & Marcos Pautassi, 2019) (Sherk, Stockwell, Chikritzhs, Adréasson, & Angus, 2018) (Hahn, Kuzara, & Elder, 2010) respaldan la teoría de que una reducción en la disponibilidad de venta de alcoholes, ya sea en número de tiendas, horas de servicio o días de servicio, mantiene una relación inversa con el consumo de alcohol en la población, y que medidas que apunten al control de dichos factores se posicionan como alternativas de alto impacto y que son costo-efectivas con respecto al uso de recursos (Chisholm, y otros, 2018).

En los aspectos comparativos de publicidad, patrocinio y promoción, Islandia mantiene una total prohibición sobre publicitar productos con contenido alcohólico y patrocinio de eventos por parte de dichos productos (Althingi, 2020). Chile en cambio mantiene una legislación que solo afecta la publicitación de alcoholes en la televisión y radio (Senado.cl, 2015), permitiéndose publicidades en transmisiones de eventos deportivos populares que estén dentro del horario permitido y que muchas veces son vistos por jóvenes menores de edad. Al igual que las medidas con respecto a la disponibilidad, variados estudios respaldan la costo-efectividad del uso de aplicaciones legislativas para disminuir la influencia de las estrategias de marketing sobre los consumidores y el alcohol (Bryden, Roberts, McKee, & Petticrew, 2011) (Chisholm, y otros, 2018) (Caswell, 2012).

En cuanto a la dimensión de la regulación de precios, esta marca diferencias importantes entre los dos países en análisis, en donde Islandia mantiene al día de hoy altos niveles de impuestos indirectos en comparación con sus pares nórdicos de la región europea

(REYKJAVIK GRAPEVINE, 2017) gracias a la utilización de una tasa sujeta a la cantidad de volumen alcohólico y diferenciado por el tipo de bebida (European Commission, 2011). Cabe destacar que parte de las motivaciones de dichos impuestos de la legislación islandesa van en la línea de los intereses de recaudación fiscal del gobierno de dicho país dado que su monopolio estatal es manejado por el Ministerio de Economía (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir, 2008). Por otro lado, Chile mantiene tasas impositivas indirectas de tipo ad valorem organizadas por el tipo de bebestible alcohólico (Jorratt De Luis, 2014) que según ciertos estudiosos obedecen a una motivación recaudadora más regulatoria y que incluso algunos participantes de la industria afirman que el efecto ha sido absorbido por la industria, afectando a los productores agrícolas (Gallardo, 2018). Además, vale mencionar que Chile es considerado uno de los países mas baratos para el consumo de vicios, quedando en quinto lugar del mundo en cuanto a la relación de precio de una canasta compuesta de alcohol, tabaco y una serie de otras drogas de distinta dureza (con un precio de \$37.000 pesos) y el ingreso semanal relativo per cápita según un estudio de la empresa Bloomberg (Del Giudice & Lu, 2017).

Siguiendo el planteamiento de la estrategia SAFER creada por la OMS, estudios evidencian la relación inversa entre el nivel de las tasas impositivas indirectas del alcohol y el consumo de este (Kmietowicz, 2012) (Gustafsson, 2010) (Mongan & Long, 2016) (Jónsson & Kristjánsson, 2013) (Chisholm, y otros, 2018), posicionándola como otra opción efectiva dada su relación costo efectividad (Chisholm, y otros, 2018). Por otro lado, estudios expuestos en el informe “Alcohol Taxation And Pricing Policies In The Region Of The Americas” publicado por Pan American Health Organization el 2019 caracterizan al alcohol como un bien adictivo que presenta una elasticidad % de cambio en el consumo de alcohol/%

de cambio en el precio o tasación del alcohol igual a -0.64% para todo tipo de alcoholes y para países de ingresos bajos a medios (Pan American Health Organization, 2019).

Por último, cabe destacar que bajo las guías de implementación del IPM y sus 5 principios guía, el principio 4 caracteriza como fundamental la “integración de investigadores, legisladores, practicantes y miembros de la comunidad en un equipo unificado dedicado a resolver problemas complejos del mundo real” (Kristjansson A. L., y otros, 2019) para la obtención de soluciones duraderas a largo plazo, principio que no se ve reflejado en el planteamiento del programa “Elige Vivir sin Drogas” dada la falta de transversalidad de involucrados a lo largo de toda la gama de actores relacionados con la política pública del consumo de bebidas alcohólicas (SENDA, PRESUPUESTO 2020 LEY 21.192, 2020). En general, dicho programa caracterizó este involucramiento como la entrega de información a las partes involucradas, pero sin comprometer a estas con los objetivos generales del proyecto (Sigfusdottir, Soriano, Mann, & Kristjansson, 2020).

Propuesta 1 Creación de coaliciones por comuna que reúnan representantes clave de la comunidad para la planeación y desarrollo de actividades bajo el lineamiento del plan “Elige Vivir sin Drogas” y la entrega de información al ente coordinador de dicho plan.

Esta propuesta consta de la creación de coaliciones por comuna formadas por miembros clave de la comunidad para llevar a cabo la planeación e implementación de actividades a nivel local bajo lo planteado por el plan “Elige Vivir sin Drogas”, además de entregar información detallada acerca de los problemas y necesidades relacionados con el consumo a nivel local al ente coordinador de dicho plan, todo lo anterior en búsqueda de la reducción de los niveles comunitarios de consumo. Siguiendo con lo anterior, la entrega de información mencionada busca facilitar la creación de una visión más completa de la vivencia a nivel país y su relación con los niveles de consumo de sustancias, incorporando dichas necesidades locales al desarrollo de nuevas políticas y/o estrategias por parte del gobierno.

La coalición mencionada debe ser formada por personajes o entes claves para la comunidad, tales como directores de universidades y colegios, padres, representantes de entidades profesionales relacionadas con la entrega de servicios para la comunidad (Entidades de salud pública, servidores de la ley, centros de cuidado social, clubes deportivos, entre otros), la municipalidad de la comuna (ente coordinador de la coalición), investigadores y científicos relacionados con el área social y figuras reconocidas por la comunidad. Estas últimas con el rol de facilitar la movilización de la comunidad en base a las actividades y la planeación del plan “Elige Vivir sin Drogas” como lo plantean los desarrolladores del Modelo de Prevención Islandés en las bases fundamentales de este (Kristjansson A. L., y otros, 2019). La incorporación de dichos miembros clave apunta a la búsqueda de estrategias para reducir los niveles de consumo comunitarios mediante una caracterización de la

situación local hecha por miembros activos de la comunidad que tienen información más completa de los problemas y necesidades de esta, facilitando la creación de enfoques especializados para cada una de las comunas en base a lo planteado por el plan “Elige Vivir sin Drogas”.

El grupo de trabajo creado deberá reunirse periódicamente según la planeación asignada por el coordinador local (municipalidad correspondiente) y presentar la información recopilada al coordinador del plan “Elige Vivir sin Drogas” durante el periodo denominado como “Fase 3” para su análisis y posterior evaluación en los años 2 y 5 del proyecto, como se encuentra explicitado en las bases del plan antes mencionado (SENDA, CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE., 2019).

Alcance y costos

Debido a la variabilidad de miembros importantes en cada comuna, el financiamiento para el desarrollo de dichos comités de trabajo deberá ser extraído de lo asignado en el Plan Presupuestario 2020 actualmente vigente, en donde se asigna un monto de \$383.747 miles de pesos para su distribución entre las 150 comunas que se incluyen dentro de la planeación 2020 del proyecto “Elige Vivir sin Drogas” (SENDA, PROYECTO DE PRESUPUESTO 2020, 2019). Dicho monto deberá ser revisado luego de la incorporación de los datos en la “Fase 3” para analizar un posible reajuste de presupuesto para esta materia.

El alcance contempla las 150 comunas vigentes dentro del plan “Elige Vivir sin Drogas”, con posibilidad de expansión a las comunidades posteriormente anexadas por dicho plan.

Indicadores de desempeño

El desempeño de esta propuesta será analizado mediante la comparación de la información recopilada por comuna mediante el cuestionario del plan “Elige Vivir sin Drogas” entre cada una de las entregas y análisis de información correspondientes a la “Fase 3” de dicho plan, realizadas en los años 2 y 5 desde la implementación de este. En dicha comparación se contrastarán los datos obtenidos por comuna de las 6 dimensiones contempladas por el cuestionario oficial, las cuales son expuestas en el Anexo I del presente informe, y se crearán informes de variación de cada uno de los indicadores para evaluar el estado actual de la comunidad luego de la implementación de las actividades planeadas. Dicha comparación sirve de base para determinar el desempeño de la estrategia local adoptada y la creación de nuevas acciones que pudiesen ayudar a la reducción de los niveles de consumo, así como facilitar reajustes de presupuesto acordes a la planeación.

Propuesta 2 Creación de un protocolo para emergencias sanitarias con respecto al consumo de alcohol y drogas en base a la información y experiencia obtenidas por SENDA en la pandemia COVID-19

Se propone la creación de un protocolo preventivo sobre el consumo de drogas y alcohol en casos de emergencia sanitaria tales como la pandemia COVID-19. Para esto, se utilizaría la información obtenida en la encuesta SENDA titulada “Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Emergencia Sanitaria” realizada el año 2019, el programa “Saludablemente” sobre ayuda al estado mental de los chilenos en cuarentena, la estadística obtenida del uso del “Fono Drogas y Alcohol”, servicio de orientación contra el consumo de SENDA, durante el periodo de duración de la pandemia COVID-19 y el apoyo del programa de capacitación Academia SENDA, que apunta a la “orientación y ejecución de programas de capacitación que apunten al perfeccionamiento del capital humano institucional” (SENDA, PROYECTO DE PRESUPUESTO 2020, 2019) y que se encuentra en estado de desarrollo. Además, se propone la incorporación de información de otros informes internacionales tales como los expresados en el Capítulo 3 del presente informe. El encargado de dicha creación es el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Droga y Alcohol.

Alcance y costos

Se estima la participación de 8 personas en la creación del protocolo teniendo en cuenta la información de proyectos similares llevados a cabo el año 2020 (Dirección Nacional del Servicio Civil, 2020). El costo asociado a su capacitación se calcula en base al presupuesto asignado por el “Proyecto de Presupuesto 2020 SENDA”, en donde se tiene un fondo equivalente a \$1.260.188 miles de pesos para la capacitación de una totalidad de 501 participantes a dicho año, obteniéndose un valor promedio por capacitación de \$2.515 miles

de pesos. Esto resulta en un costo por capacitación de \$20.120 miles de pesos del 2020 para la propuesta. Además, según informes financieros propios de SENDA de proyectos preventivos similares al presente (Otros Programas de Prevención) contemplan un gasto promedio de \$5.011,125 miles de pesos por integrante y un gasto estimado de \$824.265 miles de pesos por proyecto, dando un total estimado de \$884.477 miles de pesos para la propuesta (SENDA, PRESUPUESTO 2020 LEY 21.192, 2020).

El protocolo mencionado contempla la totalidad del territorio nacional y su población.

Indicadores de desempeño

Dado el objetivo planteado, la efectividad de la propuesta se evaluará mediante la comparación de los niveles de consumo de alcohol y otras drogas obtenidos en el primer sondeo de la encuesta realizada por SENDA titulada “Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Emergencia Sanitaria” contrastados con un segundo sondeo de las mismas características a ser realizado por SENDA luego de la implementación de dicho protocolo a nivel nacional. Dicho esto, los indicadores analizados son la permanencia de consumo anual, mensual, semanal y diaria (que representan el porcentaje de personas que indican haber consumido la sustancia con la frecuencia respectiva) y las nociones de consumo de la población (Que obedece a las respuestas “He aumentado mi consumo”, “He disminuido mi consumo”, “No lo tengo claro” bajo el contexto de la pandemia COVID-19). Las diferencias obtenidas entre los distintos sondeos sirven para comprender la efectividad del protocolo.

Propuesta 3 Prohibición de publicitar bebidas con contenido alcohólico y marcas relacionadas en eventos deportivos y/o el auspicio de eventos y/o equipos deportivos por parte de marcas de bebidas alcohólicas y sus productos.

Se propone la prohibición de publicitar marcas de bebidas alcohólicas y sus productos en eventos deportivos de cualquier tipo, ya sea directa o indirectamente, en los medios de transmisión existentes (televisión, radio y web). Además, se propone la prohibición de hacer auspicios en ámbitos relacionados con el deporte por parte de marcas de bebidas alcohólicas y sus productos.

Alcance y costos

El alcance de la propuesta se extiende a todo evento deportivo y sus derivados del territorio chileno, para todos los deportes y categorías correspondientes.

El costo de la propuesta se traduce como la disminución de la inversión en ámbitos de publicidad. Dicho esto, se estima que la inversión por parte de auspiciadores de marcas relacionadas con bebidas alcohólicas en publicidad televisiva en eventos deportivos alcanza una suma superior a los 20 millones de dólares para el año 2017 (Tapia, 2019). Además, Según la Asociación Chilena de Publicidad, para el 2017 la variación nominal de la inversión en publicidad con respecto al PIB es de 0.36% (ACHAP, 2018), lo que resultaría en una disminución anual del PIB mayor a los 72.000 USD al año 2017 equivalentes a \$46.463.040 pesos.

Además de los costos antes mencionados, se contempla la elaboración de un estudio actualizado sobre los costos sociales y económicos relacionados con el consumo del alcohol siguiendo el lineamiento planteado por el estudio realizado por la Universidad Católica de Chile, publicado el año 2018 y licitado por el SENDA el año 2017, para la obtención de la información necesaria para la caracterización del éxito de la propuesta. La licitación antes

mencionada es adjudicada bajo el monto total estimado de \$50.000.000 pesos al año mencionado (ID de licitación 662237-9-LP17 publicado por el servicio mercadopublico.cl).

Según lo anterior, el costo total de la propuesta alcanza los \$96.463.040 pesos al año 2017 y un monto total actualizado al 2020 de \$104.933.405 pesos.

Indicadores de desempeño

El indicador para usar es la variación en el costo directo de salud relacionado con el uso de alcohol, que según un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile a petición del SENDA este se eleva a \$447.937.373.075 pesos según las proyecciones para los niveles de consumo alcohólico en Chile al año 2017 (Departamento de Salud Pública PUC, 2018). Dicho indicador se calcula bajo las consideraciones y métodos explicitados en el estudio mencionado, siendo expuesta dicha metodología en el Anexo K del presente informe. La variación entre el resultado obtenido al año 2017 con el resultado del informe realizado luego de la implementación de la presente propuesta servirá como medida de efectividad para su evaluación.

Riesgos

El principal riesgo para las propuestas del presente trabajo es la influencia económica y política de los actores frente al cambio en la legislación de venta y uso de alcoholes. En general, para los países de concepción en base a la libertad de mercado existe una resistencia por parte de los actores más importantes de las industrias y la política conservadora derechista a la implementación de políticas regulatorias que vayan en dirección contraria a los fundamentos del neoliberalismo (Singh Grewal & Purdy, 2014). Casos como el de Irlanda (Hope, 2006) e Inglaterra muestran que la industria del alcohol no se queda atrás en dichas resistencias, causando en algunos casos la implementación de culturas de uso de alcoholes potenciada por la desregulación y la búsqueda de beneficios económicos que se transforma por ejemplo en una “cultura de la intoxicación”, como es caracterizada por algunos autores la situación inglesa para los años 2000 (Hawkins, Holden, & McCambridge, 2012). En el presente caso, propuestas como la prohibición en temas publicitarios podría causar la oposición de los participantes de las industrias del entretenimiento, publicidad y deportes.

Capítulo 6 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En el presente estudio se hace una contextualización histórica y actual de la política preventiva en materias de consumo de alcohol en el ámbito chileno y las tendencias de consumo observadas a través de la década del 2010. Además, se realiza un análisis y caracterización de modelos de éxito en materias de prevención de consumo de brebajes alcohólicos seleccionados bajo estándares de efectividad expuestos por entidades internacionales especializadas tales como la Organización Mundial de la Salud. Comparativamente, Chile no es considerado como un modelo a seguir en términos de previsión de consumo dada su legislación poco restrictiva en términos de disponibilidad, publicidad y promoción, capacidad y disponibilidad de tratamientos en los aspectos y políticas de precio de alcoholes, aspectos identificados como cruciales para la creación de políticas preventivas fuertes y costo-efectivas por estudios y entes especializados en la materia.

Además de lo antes mencionado, se realiza una contextualización de la situación de Chile y el Mundo del presente en las tendencias de consumo de alcoholes en tiempos de la crisis sanitaria mundial COVID-19, junto con un análisis del material disponible sobre casos similares y las correspondientes recomendaciones de expertos, denotándose sus efectos en la población mundial y haciendo notar la poca preparación para hacer frente a este tipo de crisis por parte los planes implementados en materias de salud nacional, lo que podría atribuirse al carácter poco usual de dicha crisis.

También se analiza la actual implementación del plan “Elige Vivir sin Drogas” en Chile, modelo derivado del “Icelandic Prevention Model” y que es desarrollado en conjunto

con entidades del país islandés para enfrentar los niveles de consumo de la población chilena mediante el enfoque de la movilización de la sociedad como un todo para enfrentar el problema del uso de alcohol. Las considerables diferencias iniciales en materias de políticas de prevención de consumo alcohólico entre Chile e Islandia al momento de la implementación del modelo y la omisión por parte del plan “Elige Vivir sin Drogas” de algunos de los pilares fundamentales entregados por los gestores del IPM para su implementación generan la posibilidad de obtener resultados de menor impacto para el caso de implementación chileno, poniendo en duda la eficacia de este.

Siguiendo con lo mencionado, se crean tres propuestas que buscan mejorar el contexto preventivo de consumo de alcoholes en Chile. Esto para crear semejanzas de condiciones iniciales con países líderes en la materia como Islandia al momento de la implementación de futuros planes preventivos de consumo alcohólico apoyados en evidencia histórica y casos de éxito, eliminando variables que pudiesen atenuar la efectividad de los resultados de implementación. Primero, mediante la creación de una coalición de trabajo por comuna que involucre a los miembros clave de la comunidad para la planeación y desarrollo de actividades bajo el lineamiento del plan “Elige Vivir sin Drogas” y la entrega de información al ente coordinador de dicho plan. Esto con el fin de facilitar la toma de acción a nivel local para la reducción del consumo de sustancias y para lograr un mayor entendimiento de la situación nacional de consumo. Además, mediante este se logra el nivel de trabajo conjunto expuesto en los principios guía del Icelandic Prevention Model que pone vital importancia en la cooperación de los actores mencionados y que pudiese facilitar el trabajo del proyecto “Elige Vivir sin Drogas”. Luego, mediante la formulación e incorporación de un protocolo preventivo para emergencias sanitarias basado en la experiencia nacional y recopilación de información por parte del ente SENDA a lo largo de

la pandemia COVID 19, con el fin de mejorar la preparación chilena en el uso de los recursos en estos casos y evitar aumentos de consumo de alcoholes y su daño asociado como consecuencia de los efectos de la crisis. Por último, mediante la incorporación de una prohibición publicitaria y de auspicio en materias deportivas, directa o indirectamente, dirigida a las marcas y productos de la industria de alcoholes, con el objetivo de seguir los lineamientos propuestos por entes como la OMS para la reducción de los niveles de consumo mediante medidas costo-efectivas como restricciones en materia de la publicidad.

Recomendaciones y extensión del trabajo

A modo de extensión, se plantea la posibilidad de implementación de un sistema de impuestos de tipo específico sujeto al volumen de cada brebaje alcohólico en conjunto con la asignación de un precio mínimo diferenciado por la clasificación de la bebida alcohólica (Vino, cerveza, destilados y otros) que reemplace el sistema de tasación Ad Valorem vigente a la fecha. Lo anterior siguiendo las recomendaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en sus respectivos informes sobre la materia (Pan American Health Organization, 2019) (Sornpaisarn, Shield, Östeberg, & Rehm, 2017) y con el objetivo de reducir la accesibilidad del alcohol en conjunto de la búsqueda de la eliminación de posibles medidas de promoción mediante la venta de estos brebajes a precios por debajo de su costo de producción. Como es presentado en los informes antes mencionados, estas medidas son clasificadas como costo-eficientes por los entes internacionales y los casos de implementación alrededor del mundo. Los posibles efectos y métodos de implementación deberán ser analizados en estudios posteriores focalizados en esta propuesta.

Comentarios finales

A modo personal y luego de la investigación, se cree que una reducción efectiva de los niveles de consumo de alcoholes exige un compromiso de una gran parte de los actores pertinentes a la materia, para transformar la mentalidad de la sociedad hacia la incorporación de lo que significa el consumo de alcohol. Dicho esto, la tendencia existente de no intervención propuesta por el sistema neoliberal que predomina en el mercado chileno y el individualismo inculcado en nuestra sociedad, que se encuentra aún más potenciado por la alta desigualdad social chilena, se yergan como una barrera de impedimento para la proliferación de políticas preventivas más agresivas calificadas como costo-efectivas por distintos estudios y entidades internacionales. Son estos impedimentos que mantienen a Chile en su posición de alto consumo y que hacen proliferar comportamientos por parte de la industria del alcohol y otras que podrían calificarse como poco éticos desde un punto de vista social pero que son apoyados por los incentivos económico-rationales. No obstante, programas como “Elige Vivir sin Drogas” podrían marcar el camino hacia el cambio de mentalidad social necesario para eliminar la “cultura de la intoxicación” presente en Chile, por lo que este trabajo es formulado para apoyar dichas iniciativas y ayudar a pavimentar lo que quizás podría ser el camino del cambio.

Referencias

- ACHAP. (2018). *Inversión ACHAP*. Santiago.
- Adicciones, O. E. (2020). *INFORME 2020: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. MINISTERIO DE SANIDAD.
- Alcohol, S. T. (2002). *Interim Report*. Dublin: Government Publications.
- Alcoholism, N. I. (2020). *State Alcohol-Related Laws During the COVID-19 Emergency for On-Premise and Off-Premise Establishments as of April 13, 2020*.
- Althingi. (01 de octubre de 2020). *Biblioteca de derecho: Ley*. Obtenido de Althingi: <https://www.althingi.is/lagas/nuna/1998075.html>
- BBC Mundo. (31 de Mayo de 2018). *¿Qué países fuman más y menos en el mundo? (y en qué lugar está Chile)*. Obtenido de La Tercera: <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/paises-fuman-mas-menos-mundo-lugar-esta-chile/186908/#>
- BCN, B. d. (09 de 03 de 2012). *Ley Fácil: Alcohol: venta y consumo*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/alcohol-venta-y-consumo>
- BCN, B. d. (16 de 09 de 2014). *Ley fácil: Conducción y consumo del alcohol*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN: [bcn.cl/leyfacil/recurso/conduccion-y-consumo-de-alcohol#:~:text=¿Qué%20sanciones%20hay%20por%20manejar,de%20conducir%20por%20tres%20meses.&text=Si%20hay%20reincidencia%2C%20suspensión%20de,entre%2048%20y%2072%20meses](https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/conduccion-y-consumo-de-alcohol#:~:text=¿Qué%20sanciones%20hay%20por%20manejar,de%20conducir%20por%20tres%20meses.&text=Si%20hay%20reincidencia%2C%20suspensión%20de,entre%2048%20y%2072%20meses).
- Berlin, I., Thomas, D., Anne-Laurence, L., & Jacques, C. (2020). COVID-19 and smoking. *Oxford University Press*.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 912-920.
- Bryden, A., Roberts, B., McKee, M., & Petticrew, M. (2011). A systematic review of the influence on alcohol use of community level. *ELSEVIER*, 349-357.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2019). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Maarweg*.
- Cadem. (2020). *EL CHILE QUE VIENE: ECONOMÍA Y ENDEUDAMIENTO, MAYO 2020*. Santiago: Cadem.
- Caswell, S. (2012). Current status of alcohol marketing policy—an urgent challenge for global governance. *Addiction*, 107(3), 478-485.
- Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the “Best Buys” for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(4), 514-522.

- Cisneros Örnberg, J., & Ólafsdóttir, H. (2008). How to sell alcohol? Nordic alcohol monopolies in a changing epoch. *Nordic Studies On Alcohol And Drugs*, 129-153.
- Cisneros, J. Ö. (2009). *The Europeanization of Swedish Alcohol Policy*. Stockholm: Stockholm University.
- CONACE. (2009). *ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009 - 2018*. Santiago: Alvimpress.
- de Fátima Rodrigues de Oliveira, L., Maia Gomes, M., Soares, E., Fernandes Cavalcanti, M., & Cosme do Nascimento, E. (2017). Consumo de álcool por adolescentes, do ato de liberdade ao comportamento de risco. *Adolescência & Saúde*, 58 - 65.
- Del Giudice, V., & Lu, W. (11 de enero de 2017). *These Are the World's Cheapest Places to Buy Drugs, Alcohol and Cigarettes*. Obtenido de Bloomberg: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-01-12/japan-australia-rank-among-most-expensive-places-for-sinful-habits>
- Departamento de Salud Publica PUC. (2018). *ESTUDIO DEL COSTO ECONOMICO Y SOCIAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE*. Santiago.
- Department for Children, Schools and Families, Home Office, & Department of Health. (2008). *Youth Alcohol Action Plan*. Londres: Crown.
- Department of Health. (2012). *Sterling Group Report On a National Substance Misuse Strategy*. Dublin.
- Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills, & Department for Culture, Media and Sport. (2007). *Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy*. Londres: Crown.
- Digital, N. (2020). *Statistics on Alcohol, England 2020*. Londres: NHS Digital.
- Dirección Nacional del Servicio Civil. (05 de Mayo de 2020). *Planes Anuales de Capacitación*. Obtenido de Servicio Civil: <https://www.serviciocivil.cl/gestion-y-desarrollo-de-personas/gestion-y-proyectos/planes-anuales-de-capacitacion/>
- Donaldson, L. (2009). *Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People*. Londres: Department of Health.
- Drummond, C. (2004). AN ALCOHOL STRATEGY FOR ENGLAND: THE GOOD, THE BAD AND THE UGLY. *Alcohol & Alcoholism*, 377-379.
- El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación constata un incremento generalizado en el consumo de alimentos en el hogar*. (01 de Abril de 2020). Obtenido de Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación: <https://www.mapa.gob.es/es/prensa/ultimas-noticias/el-ministerio-de-agricultura-pesca-y-alimentaci%C3%B3n-constata-un-incremento-generalizado-en-el-consumo-de-alimentos-en-el-hogar-/tcm:30-537086>
- EMRO WHO. (14 de 04 de 2020). *Tobacco and waterpipe use increases the risk of suffering from COVID-19*. Obtenido de World Health Organization: Regional office for the eastern meditarrean: <http://www.emro.who.int/tfi/know-the-truth/tobacco-and-waterpipe-users-are-at-increased-risk-of-covid-19-infection.html>

- England, P. H. (2016). *Data intelligence summary: Alcohol consumption and harm among under 18 year olds*. Londres: Crown.
- España, M. d. (2020). *Manejo clínico del COVID-19: Atención Hospitalaria*. Gobierno de España.
- European Commission. (2011). *Screening report Iceland*.
- Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: Orientaciones de manejo. *Rev Med Chile*, 643-655.
- Frauenberg, F. L. (2017). *Construcción del Plan de Acción de Alcohol 2017-2020*. Obtenido de Senda: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2016/10/Resumen-Plan-de-Acci%C3%B3n-de-Alcohol-2016-2020.pdf>
- Frauenberg, F. L. (2017). *Plan de Acción de Alcohol 2017-2020*. Santiago.
- Gallardo, P. (10 de julio de 2018). *Impuesto a alcoholes recauda más de US\$1.128 millones desde inicio de la Reforma Tributaria*. Obtenido de La Tercera: <https://www.latercera.com/pulso/noticia/impuesto-alcoholes-recauda-mas-us1-128-millones-desde-inicio-la-reforma-tributaria/237084/>
- Gianfagna, I. (20 de Febrero de 2018). *Los países con más consumo de alcohol del mundo*. Obtenido de www.sbs.com.au: <https://www.sbs.com.au/yourlanguage/spanish/es/article/2018/02/20/los-paises-con-mas-consumo-de-alcohol-del-mundo?language=es>
- Giustino, A., Stefanizzi, P., Renzetti, D., & De Salvia, M. A. (2017). Alcohol use and abuse: a cross-sectional study among italian adolescents.
- Gonzales, C. (28 de agosto de 2017). *68% de las comunas sobrepasan cuota de patentes de alcoholes*. Obtenido de La Tercera: <https://www.latercera.com/noticia/68-las-comunas-sobrepasan-cuota-patentes-alcoholes/#:~:text=Hoy%20existen%2018%20tipos%20diferentes,la%20Ley%2019.925%20de%202004.>
- Gustafsson, N.-K. (2010). Changes in Alcohol Availability, Price and Alcohol-related Problems and the Collectivity of Drinking Cultures: What Happened in Southern and Northern Sweden? *Oxford University Press: Alcohol and Alcoholism*, 456-46777.
- Hahn, R. A., Kuzara, J. L., & Elder, R. (2010). Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive*, 590-604.
- Hawkins, B., Holden, C., & McCambridge, J. (2012). Alcohol industry influence on UK alcohol policy: a new research agenda for public health. *Critical Public Health*, 297-305.
- Healey, C., Rahman, A., Faizal, M., & Kinderman, P. (2013). Underage drinking in the UK: Changing trends, impact and interventions. A rapid evidence synthesis. *International Journal of Drug Policy*, 124-132.
- Health Promotion Unit. (2002). *Strategic Task Force on Alcohol Second Interim Report*. Dublin: Department of Health and Children, Ireland.

- Himmerich, S., & Holly, O. (2018). Alcohol expectancies and distress tolerance: Potential mechanisms in the relationship between posttraumatic stress and alcohol use. *ELSEVIER: Personality and Individual Differences*, 39-44.
- Ho, V., & Beckett, L. (16 de Marzo de 2020). *California governor directs all bars and nightclubs to close as coronavirus spreads*. Obtenido de The Guardian: <https://www.theguardian.com/us-news/2020/mar/15/california-governor-directs-all-bars-nightclubs-wineries-close-coronavirus>
- Holder, H. D. (2000). Effects of Community-Based Interventions on High-Risk Drinking and Alcohol-Related Injuries. *JAMA*, 2341-2347.
- Home Office. (2012). *The Government's Alcohol Strategy*. Londres: Crown.
- Hope, A. (2006). The influence of the alcohol industry on alcohol policy in Ireland. *NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS*, 467-481.
- Joint Committee on Health & Children. (2004). *ALCOHOL MISUSE BY YOUNG PEOPLE*. Dublin: Government Publications.
- Jónsson, R. M., & Kristjánsson, S. (2013). Alcohol policy and public opinion in Iceland, 1989-2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 539-549.
- Jorratt De Luis, M. (03 de octubre de 2014). CIRCULAR N° 51.-. *Diario Oficial*.
- Kagi, J. (25 de Marzo de 2020). *Western Australia imposes alcohol restrictions amid coronavirus*. Obtenido de NEWSDAILY: <https://thenewdaily.com.au/news/coronavirus/2020/03/25/wa-alcohol-restrictions/>
- Karlsson, T. (2009). *Alcohol in Finland in the early 2000s: consumption, harm and policy*. National Institute for Health and Welfare.
- Karlsson, T., Mäkelä, P., Österberg, E., & Tigerstedt, C. (2010). A new alcohol environment: Trends in alcohol consumption, harms and policy, Finland 1990-2010. *NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS*, 497-513.
- Kirk-Wade, E. (2020). *Statistics on Alcohol: England*. Londres: The House of Commons.
- Kmietowicz, Z. (2012). Minimum unit price for alcohol is planned for England. *BMJ*.
- Kraus, L., Eriksson, M. T., Lindell, A., Pabst, A., Piontek, D., & Room, R. (2015). Age, Period and Cohort Effects on Time Trends in Alcohol Consumption in the Swedish Adult Population 1979-2011. *Alcohol and Alcoholism*, 319-327.
- Kristjánsson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2019). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 1-8.
- Kristjánsson, A. L., Mann, M., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2019). Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 1-10.
- Lintonen, T., Ahtinen, S., & Konu, A. (2018). Changes in Finnish adolescents' alcoholic beverage preferences 1999-2017. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 1-14.

- Lintonen, T., Ahtinen, S., & Konu, A. (2020). Alcoholic beverage preferences among teenagers in Finland before and after 2018 alcohol law change. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 141-152.
- Manthey, J., Shield, K. D., Hasan, O. S., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 2493-2502.
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W., Hickman, M., Holmes, J., Humphreys, K., . . . West, R. (2020). Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*.
- McCambridge, J. (2012). A user's guide to the 2012 Alcohol Strategy for England and Wales: A commentary on the commentaries. *Drugs: education, prevention and policy*, 377-378.
- Measham, F. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society. *International Journal of Drug Policy*, 258-268.
- MINSAL. (2010). *Estrategia Nacional sobre Alcohol*. Santiago.
- Mongan, D., & Long, J. (2016). *Overview of alcohol consumption, alcohol-related harm and alcohol policy in Ireland*. Dublin: HRB Overview.
- Morrison, S. (22 de Marzo de 2020). *UPDATE ON CORONAVIRUS MEASURES*. Obtenido de PRIME MINISTER OF AUSTRALIA: <https://www.pm.gov.au/media/update-coronavirus-measures-220320>
- Nachrichten, N. (16 de Marzo de 2020). *Merkel kündigt beispiellose Maßnahmen gegen Coronavirus an*. Obtenido de Neueste Nachrichten: <https://bnn.de/nachrichten/politik/coronavirus-regierung-schlaegt-schliessung-von-laeden-vor>
- NHS. (06 de 01 de 2021). *Alcohol Units: NHS*. Obtenido de NHS UK: <https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-support/calculating-alcohol-units/#:~:text=The%20idea%20of%20counting%20alcohol,can%20process%20in%20an%20hour.>
- Nicholls, J. (2012). The Government Alcohol Strategy 2012: Alcohol policy at a turning point? *Drugs: education, prevention and policy*, 355-359.
- Nielsen. (07 de Abril de 2020). *Nielsen: Off-Premise Sales Still up Double Digits, but Slowing*. Obtenido de Wine & Spirits Daily: <https://winespiritsdaily.com/nielsen-off-premise-sales-still-up-double-digits-but-slowing/>
- Nilsson, T., Leifman, H., & Andreasson, S. (2015). Monitoring local alcohol prevention in Sweden: Application of Alcohol Prevention Magnitude Measure (APMM). *De Gruyter: Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 479-494.
- Nilsson, T., Norström, T., Andreasson, S., Guldbbrandsson, K., Allebeck, P., & Leifman, H. (2020). Effects of Local Alcohol Prevention Initiatives in Swedish Municipalities, 2006–2014. *Substance Use & Misuse*, 1008-1020.

- Noble, F. (31 de Marzo de 2020). *Bottle shops introduce limits on alcohol purchases from today*. Obtenido de 9NEWS: <https://www.9news.com.au/national/coronavirus-alcohol-limits-australia-what-can-you-buy/4d39acf1-f8c3-4a1e-936c-89b40811029d>
- Office, C. S. (2004). *Statistical yearbook of Ireland 2004*. Dublin: Stationery Office.
- OMS. (09 de 01 de 2020). *Substance Abuse: The SAFER Initiative*. Obtenido de WHO: https://www.who.int/substance_abuse/safer/launch/en/
- Online, R. (16 de Marzo de 2020). *NYC and 3 states close bars, restaurants and night clubs over coronavirus*. Obtenido de Record Online: <https://www.recordonline.com/news/20200316/nyc-and-3-states-close-bars-restaurants-and-night-clubs-over-coronavirus>
- Organization, W. H. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Organization, W. H. (2018). *SAFER: A World Free From Alcohol Related Harms*.
- Palsdottir, D. (2003). *Drug-free Iceland: 2002 final report*. Obtenido de Landlaeknir: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item10661/IAE_final2003.pdf
- Pan American Health Organization. (2019). *Policy Brief: Alcohol Taxation and Pricing Policies in the Region of the Americas*. Washington DC.
- Plant, M. (2004). The alcohol harm reduction strategy for England. *BMJ*, 905-906.
- Portilla, R. H., Lozier, M., Verges, Á., & Oliva, M. (2019). *Consultoría para el desarrollo de un marco de monitoreo y acompañamiento técnico a la implementación del programa "Planet Youth" para la prevención del uso de sustancias psicoactivas, dirigido a población adolescente en Santiago de Chile*. Santiago.
- Raisamo, S., Kinnunen, J. M., Pere, L., Lindfors, P., & Rimpelä, A. (2020). Adolescent Gambling, Gambling Expenditure and Gambling-Related Harms in Finland, 2011-2017. *Journal of Gambling Studies*, 597-610.
- Ramstedt, M. (2010). Change and stability? Trends in alcohol consumption, harms and policy: Sweden 1990-2010. *Nordic Studies On Alcohol And Drugs*, 409-423.
- Rehbein, C. (26 de Abril de 2020). *Especialistas advierten sobre peligroso síndrome por alcohol y coronavirus*. Obtenido de Publimetro: <https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2020/04/26/alcohol-aislamiento.html>
- RETAIL DRINKS AUSTRALIA. (08 de Mayo de 2020). *About Retail Drinks*. Obtenido de RETAIL DRINKS AUSTRALIA: <https://www.retaildrinks.org.au/about-us/who-we-are>
- REYKJAVIK GRAPEVINE. (03 de octubre de 2017). Obtenido de Alcohol Tax: Iceland Pay The Most In Europe: <https://grapevine.is/news/2017/10/03/iceland-has-highest-alcohol-taxes-in-europe/>
- Ritchie, H., & Roser, M. (30 de Abril de 2020). *"Alcohol Consumption": Our World In Data*. Obtenido de Our World In Data: <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>

- Rivarola Montejano, G., Pilatti, A., Alguello Pitt, M., & Marcos Pautassi, R. (2019). RELACIÓN ENTRE LA DISPONIBILIDAD DE ALCOHOL, CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS EN JÓVENES ARGENTINOS. *Health and Addictions*, 36-46.
- Rojas-Jara, C. (2020). CUARENTENA, AISLAMIENTO FORZADO Y USO DE DROGAS. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 24-28.
- Room, R. (2004). Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Centre for Social Research on Alcohol and Drugs*, 1083-1089.
- Ryan, Ó. (10 de octubre de 2018). *Alcohol Bill, first published in 2015, finally passes through Oireachtas*. Obtenido de TheJournal.ie: <https://www.thejournal.ie/alcohol-bill-ireland-4279415-Oct2018/>
- Sarmiento, X., Guardiola, J. J., & Soler, M. (2013). Alcohol y síndrome de distres respiratorio agudo: ¿casualidad o causalidad? *ELSEVIER DOYMA*, 6-7.
- Satre, D. D., Hirschtritt, M. E., Silverberg, M. J., & Sterling, S. A. (2020). Addressing Problems With Alcohol and Other Substances Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *ELSEVIER*.
- Senado.cl. (22 de julio de 2015). *Sala de Sesiones: Publicidad del alcohol, Sala limita horarios en radio y televisión*. Obtenido de Senado: <https://senado.cl/publicidad-del-alcohol-sala-limita-horarios-en-radio-y-television/senado/2015-07-22/194834.html#:~:text=%2D%20No%20se%20podr%C3%A1%20hacer%20publicidad,100%20metros%20de%20establecimientos%20educacionales.&text=%2D%20Se%20proh%C3%ADbe%20>
- SENDA. (2018). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017*. Santiago: SENDA.
- SENDA. (2019). *CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE*. Santiago.
- SENDA. (2019). *PROYECTO DE PRESUPUESTO 2020*. Santiago.
- SENDA. (2020). *10 Consejos para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas durante la cuarentena*. Santiago: Gobierno de Chile.
- SENDA. (08 de enero de 2020). *Conoce las comunas: Elige Vivir sin Drogas*. Obtenido de Elige Vivir sin Drogas: <https://www.eligevivirsindrogas.cl/conoce-las-comunas/centro/>
- SENDA. (2020). *Encuesta online efectos del COVID-19 en el uso de alcohol y otras drogas en Chile*. Área Estudios, Estadísticas y Publicaciones SENDA.
- SENDA. (2020). *PRESUPUESTO 2020 LEY 21.192*. Santiago.
- SENDA: *Tratamiento*. (2020). Obtenido de SENDA: <https://www.senda.gob.cl/tratamiento/programas/poblacion-general/>
- Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Adréasson, S., & Angus, C. (2018). Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58-67.

- Sigfusdottir, I. D., Kristjánsson, A. L., Gudmundsdottir, M. L., & Allegrante, J. P. (2011). Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion*, 23-26.
- Sigfusdottir, I. D., Soriano, H. E., Mann, M. J., & Kristjánsson, A. L. (2020). Prevention Is Possible: A Brief History of the Origin and Dissemination of the Icelandic Prevention Model. *Health Promotion Practice*, 58-61.
- Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2008). Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promotion International*, Vol. 24 No. 1.
- Silveira, M. L., Green, V. R., Iannaccone, R., Heather, K. L., & Conway, K. P. (2019). Patterns and correlates of polysubstance use among US youth aged 15–17 years: wave 1 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. *SOCIETY FOR THE STUDY OF ADDICTION*, 907-916.
- Singh Grewal, D., & Purdy, J. (2014). INTRODUCTION: LAW AND NEOLIBERALISM. *Law and Contemporary Problems*, 1-23.
- Smyth, B. P., Kelly, A., & Cox, G. (2011). Decline in Age of Drinking Onset in Ireland, Gender and Per Capita Alcohol Consumption. *Alcohol and Alcoholism Vol. 46*, 478–484.
- Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Östeberg, E., & Rehm, J. (2017). *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. Ginebra.
- Statista. (Mayo de 2020). *Weekly sales growth of alcoholic beverages due to the coronavirus outbreak in the United States in March 2020, by channel*. Obtenido de Statista: <https://www.statista.com/statistics/1119979/alcoholic-beverages-sales-growth-by-channel-coronavirus-us/>
- Sweden, M. o. (2010). *A cohesive strategy for alcohol, narcotic drugs, doping and tobacco (ANDT) policy: A summarised version of Government Bill 2010/11:47*. Estocolmo: ANDT Secretariat.
- T13. (8 de Octubre de 2018). *Estudio revela que el 40% de los estudiantes de segundo medio ya ha consumido marihuana*. Obtenido de T13: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/estudio-revela-40-estudiantes-segundo-medio-ya-ha-consumido-marihuana>
- T13. (09 de Diciembre de 2018). *Jóvenes chilenos lideran ranking de consumo de droga en América*. Obtenido de T13: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/Jovenes-chilenos-lideran-ranking-de-consumo-de-droga-en-America>
- Tapia, M. (27 de julio de 2019). *La Tercera*. Obtenido de El fútbol chileno sale a la caza de las marcas que se cuelgan de su imagen: <https://www.latercera.com/pulso/noticia/futbol-chileno-sale-la-caza-las-marcas-se-cuelgan-imagen/757249/>
- Thorsdottir, G., Magnúsdóttir, K., & Kristinsson, J. (2004). *Alcohol, Drugs and Driving in Iceland during Years 2000 to 2002*. Glasgow.
- Toluna & Harris Interactive. (2020). Consumer Reactions to COVID-19 second wave of data. *GLOBAL BAROMETER*.

- Unit, P. M. (2004). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*. Londres: Crown.
- Use, N. D. (1996). *National Alcohol Policy*. Dublin: Government Publications.
- Vardavas, C. I., & Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*.
- Vásquez, F. (30 de Junio de 2018). *Entre los mayores consumidores de cannabis del planeta: El lugar de Chile en el mundo de las drogas*. Obtenido de emol:
<https://www.emol.com/noticias/Internacional/2018/06/30/911676/Entre-los-mayores-consumidores-de-cannabis-del-planeta-El-lugar-de-Chile-en-el-mundo-de-las-drogas.html>
- WHO HBSC. (2015). *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. CHILD AND ADOLESCENT HEALTH RESEARCH UNIT.
- WHO, W. (2020). El alcohol y la COVID-19: Lo que debe saber.
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. *Geneva: World Health Organization*.
- Wu P, F. Y. (2009). The psychological impact of the SARS and altruistic acceptance of risk. epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception,. *Can j Psychiatry*, 302-11.
- Youth, P. (08 de Enero de 2021). *¿Quiénes Somos?: Planet youth*. Obtenido de Sitio Web Planet Youth: <https://planetyouth.org/es/acerca-de/>

Anexos
Anexo A

Tabla representativa de las funciones de cada nivel administrativo en las instancias de trabajo para el Plan de Acción de Alcohol 2017-2020 SENDA-MINSAL.

INSTANCIA	REPRESENTANTES	FUNCIONES
Mesa Interministerial de alcohol	Director Nacional de Senda Jefa División Programática Senda Jefe Área de Alcohol Jefe Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud Representantes ministeriales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Velar por la colaboración efectiva de las partes para desarrollo del Plan de Acción de Alcohol 2017-2020. 2. Convocar a instituciones públicas y privadas para asesoría en el ámbito de sus competencias. 3. Definir lineamientos estratégicos. 4. Monitorear y evaluar la ejecución del Plan de Acción de Alcohol 2017-2020.
Comité de Alcohol	Jefe División Programática, SENDA Jefe de Área Salud Mental Ministerio de Salud Coordinaciones designadas por ámbito	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proponer la Mesa Intersectorial acciones y programas de acuerdo a las líneas estratégicas del plan. 2. Asesorar a las regiones para el diseño y desarrollo de los planes regionales de alcohol. 3. Planificar, monitorear y evaluar las acciones y programas del Plan de Acción.
Comité Regional de Alcohol	Intendente Regional Seremi de Gobierno SEREMI de Salud Director Regional SENDA Representantes sectoriales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar y articular a las instituciones vinculadas al Plan Regional de Alcohol 2017-2020. 2. Diseñar e implementar los diagnósticos y Planes Regionales de Alcohol. 3. Monitorear la ejecución de los Planes Regionales de Alcohol 2017-2020. 4. Asesorar a las Mesas Comunales de Alcohol.
Mesa Comunal de Alcohol	Alcalde Consejo Municipal PREVIENE Representantes sectoriales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover instancias consultivas para la elaboración de los diagnósticos comunales. 2. Generar redes con las instituciones de representación local para consolidar compromiso y coherencia en la implementación de las acciones del plan a nivel comunal. 3. Elaborar Plan Comunal de Alcohol 2017-2020. 4. Monitorear ejecución del Plan Comunal de Alcohol 2017-2020.

(Frauenberg, 2017)

Anexo B

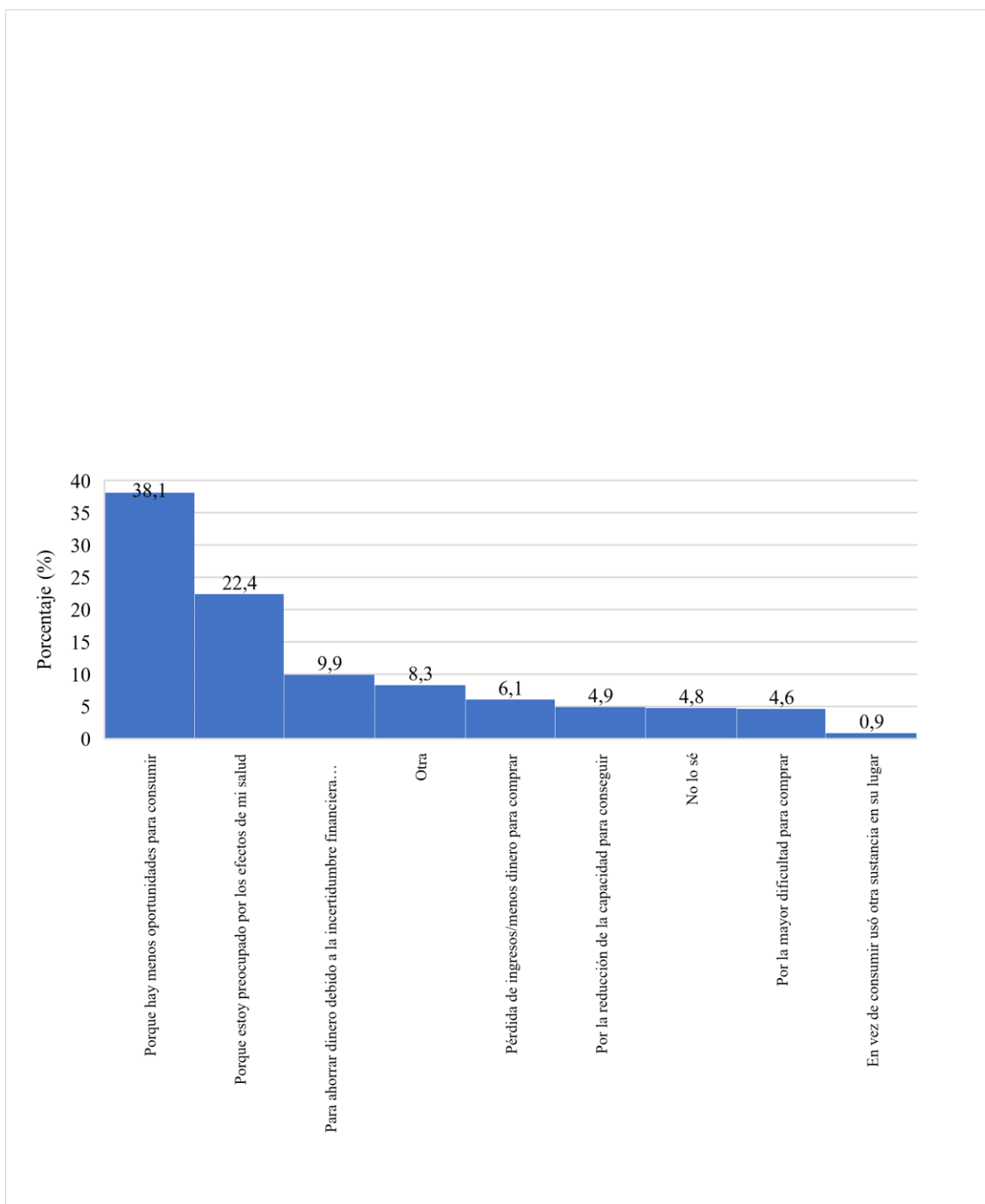
Tabla de frecuencias de consumo de alcohol y drogas en la población chilena durante la pandemia COVID-19 según estudio SENDA 2020.

	Menos de una vez por semana, pero al menos una vez por mes	Una vez por semana	No diariamente, pero más de una vez por semana	Casi a diario	A diario
Alcohol	52,4	29,5	12,1	4,0	2,0
Marihuana	37,5	21,1	12,6	12,3	16,5
Cocaína	59,3	21,5	11,1	4,6	3,5
Medicamentos sin receta	59,8	20,6	8,3	5,0	6,3
LSD/Éxtasis	75,8	13,4	4,7	2,6	3,5

(SENDA, 2020)

Anexo C

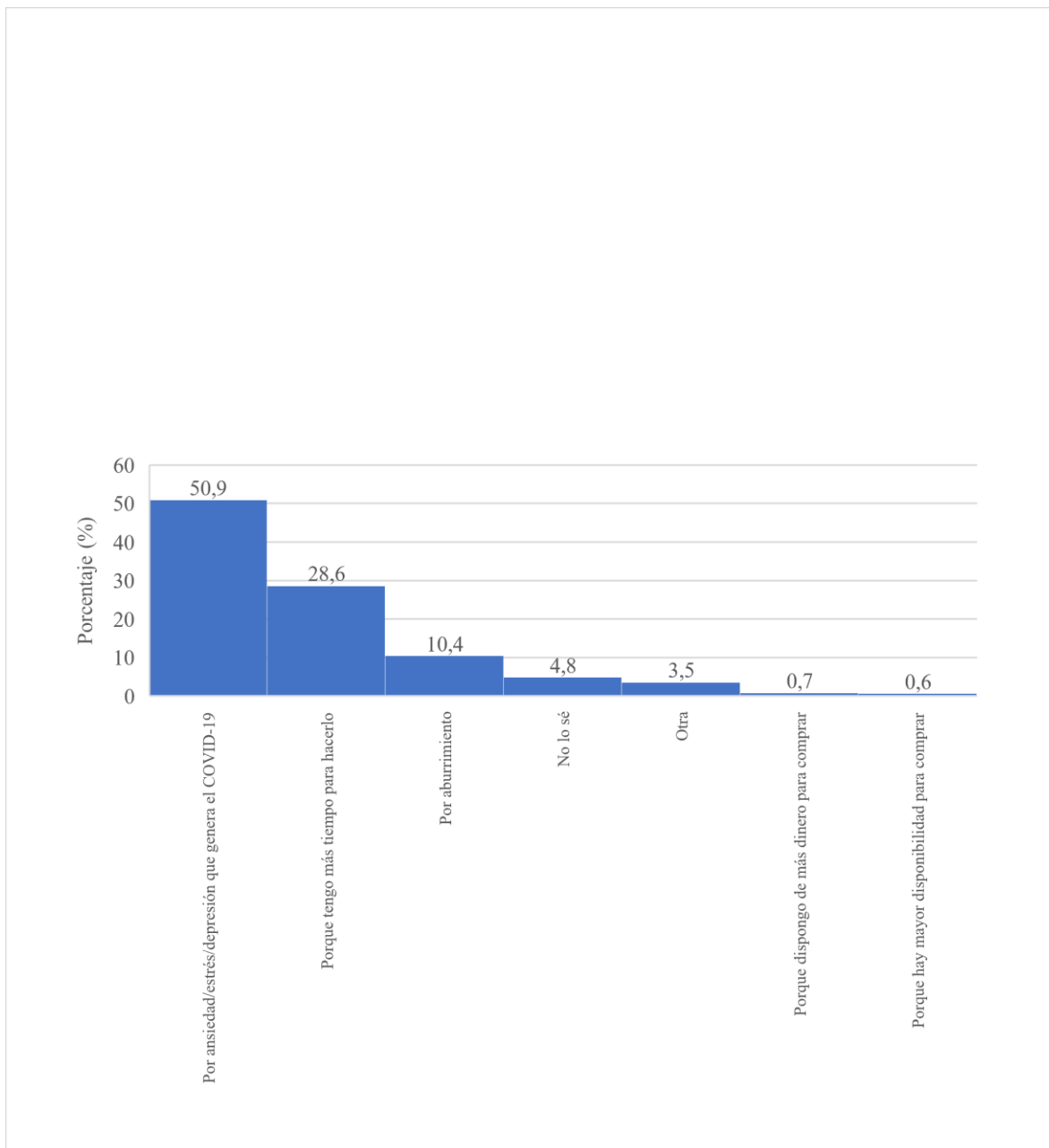
Datos obtenidos de la pregunta “¿Por qué ha disminuido su consumo de ALCOHOL como resultado de las restricciones del COVID-19(%)?” según estudio SENDA 2020.



(SENDA, 2020)

Anexo D

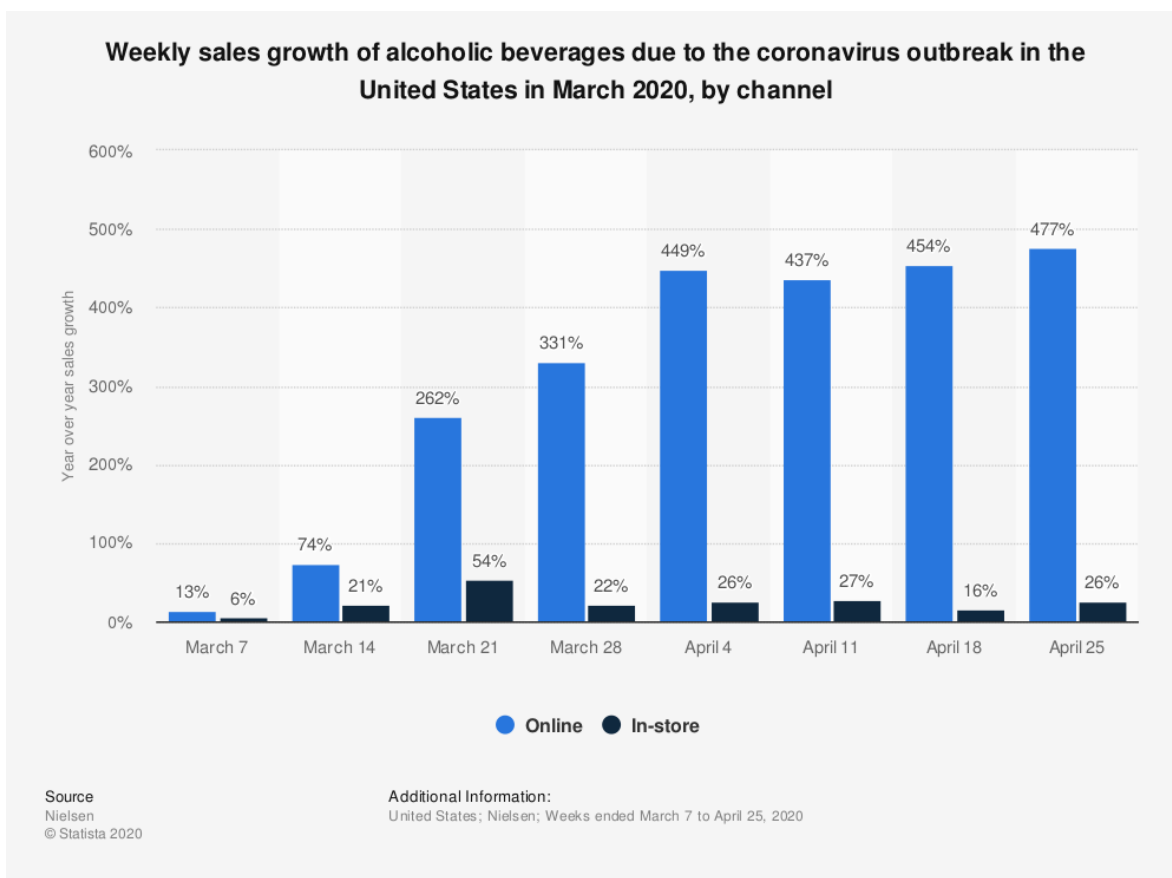
Datos obtenidos de la pregunta “¿Por qué ha aumentado su consumo de ALCOHOL como resultado de las restricciones del COVID-19?” según estudio SENDA 2020.



(SENDA, 2020)

Anexo E

Crecimiento semanal de ventas de brebajes alcohólicos debido a pandemia COVID-19 en E.E.U.U. por canal, Statista 2020.



(Statista, 2020)

Anexo F

Comunas incorporadas por la planeación del proyecto “Elige Vivir sin Drogas”

Comunas incorporadas por el modelo anualmente							
Piloto 2018	Incorporaciones 2019			Incorporaciones 2020			
Colina	La Pintana	Estación Central	Maipú	Buín	María Pinto	Chiguayante	San Pedro
Las Condes	Lampa	La Reina	Padre Hurtado	Curacaví	Paine	Coronel	Talagante
Lo Barnechea	La Granja	San Miguel	Pudahuel	El Bosque	Pirque	Curanilahue	Tilitil
Melipilla	Ñuñoa	Recoleta	San Bernardo	Independencia	Providencia	Hualpén	Chimbarongo
Peñalolén	Santiago	La Florida	San Joaquín	La Cisterna	Quilicura	Laja	Machalí
Renca	Quinta Normal	Lo Prado	Puente Alto	Macul	San José de Maipo	Yumbel	Rengo
	Iquique	Valparaíso	Vitacura	Alto Hospicio	Calera	Los Álamos	San Fernando
	Antofagasta	Viña del Mar	Rancagua	Mejillones	Concón	Mulchén	San Vicente
	Calama	Villa Alemana	Santa Cruz	San Pedro de Atacama	Limache	Nacimiento	Cauquenes
	Copiapó	Quilpué	Talca	Tocopilla	Los Andes	San Pedro de la Paz	Constitución
	Coquimbo	Los Ángeles	Padre Las Casas	Vallenar	Quillota	Tomé	Curicó
	La Serena	Concepción	Temuco	Illapel	San Antonio	Tucapel	Linares
	Chillán	Talcahuano	Valdivia	Ovalle	San Felipe	Angol	Río Claro
	Coyhaique	Puerto Montt	Castro	Salamanca	Bulnes	Carahue	Maule
	Aysén	Punta Arenas	Puerto Natales	Pucón	Coihueco	Cholchol	Molina
				Traiguén	San Carlos	Collipulli	Parral
				Victoria	Arauco	Curacautín	Retiro
				Vilcún	Cabrero	Freire	San Javier
				Villarrica	Cañete	Lautaro	Teno
				Futrono	Osorno	Loncoche	Mariquina
				La Unión	Puerto Varas	Nueva Imperial	Paillaco
				Lanco	Purranque	Calbuco	Panguipulli
				Río Negro	Puyehue	Chonchi	Río Bueno
				Quinchao	Quellón	Fresia	Ancud
						Frutillar	Los Muermos

(SENDA, Conoce las comunas: Elige Vivir sin Drogas, 2020)

Anexo G

Valores establecidos por el ICSRA y la Universidad de Chile para el proyecto “Elige Vivir sin Drogas” para un grupo previsto de 16.000 alumnos de la Región Metropolitana

Valores para 16.000 alumnos										
	Año 1		Año 2		Año 3		Año 4		Año 5	
ICSRA	\$	8.960	\$	8.960	\$	8.960	\$	8.960	\$	8.960
Universidad de Chile	\$	20.360	\$	10.200	\$	20.360	\$	10.200	\$	20.360
Total	\$	29.320	\$	19.160	\$	29.320	\$	19.160	\$	29.320

(Portilla, Lozier, Verges, & Oliva, 2019)

Anexo H

Responsabilidades establecidas en el Memorandum Internación de Entendimiento entre las comunas piloto, el ICSRA y el coordinador para el proyecto “Elige Vivir sin Drogas”

Responsabilidades proyecto "Elige Vivir sin Drogas"		
Municipio	Coordinador (Universidad de Chile)	ICSRA
<ul style="list-style-type: none"> • Designar una persona responsable del proyecto (punto focal) • Designar un equipo de trabajo local • Selección de la muestra para la aplicación del cuestionario • Coordinar el contacto con los establecimientos educativos • Preparar la logística de implementación o Empaquetado y distribución de material de encuestas en las escuelas • Elaboración de un informe técnico • Coordinar el trabajo con las comunidades locales mediante un plan basado en los hallazgos de la consulta en las escuelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar juntamente con el ICSRA, la capacitación del equipo sobre el modelo de prevención islandés y en la aplicación de la encuesta Planet Youth • Entregar al equipo del municipio el material para la consulta (material de apoyo para la aplicación, el cuestionario y el sobre para resguardar la confidencialidad de la información recogida). • Supervisar el empaquetado y la entrega de cuestionarios a las municipalidades. • Gestionar el procesamiento de la información (lectura óptica de cuestionarios aplicados, remisión de archivos a ICSRA / DPCC para procesamiento de datos) • Elaborar informe técnico a ICSRA sobre la consulta • Facilitar la traducción de material e informes enviados por ICSRA • Coordinar la presentación de resultados del procesamiento y análisis de datos realizados por el ICSRA, • Coordinar la discusión técnica y la elaboración de las propuestas de intervención, con participación del grupo de prevención de la comuna, expertos y otros actores relevantes, resumidas en un plan de acción comunal. • Realizar los pagos por concepto de costos de membresía y pagos anuales al ICSRA y a la Universidad de Chile, por concepto de acompañamiento durante la implementación del programa modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar en conjunto con la Universidad de Chile, la capacitación del equipo local. • Definir la metodología de preparación e implementación del programa, en coordinación con la Universidad de Chile y el equipo comunal. • Preparación y actualización anual del cuestionario para coleccionar información en las escuelas. • Apoyar la traducción del cuestionario, • Proporcionar instrucciones técnicas y de seguridad para la reproducción impresa del cuestionario, • Proporcionar guías metodológicas para el acercamiento a las escuelas, • Preparar la digitalización de la información (lectura óptica de formularios, procesamiento de los datos, verificación y control de calidad, elaboración y entrega de informe completo para cada comuna participante. • El plazo para la entrega del informe de la consulta por parte del ICSRA es de 8 semanas después de haber recibido la información escaneada desde la comuna • Entrega del archivo de datos final • Realizar el seguimiento local, incluida la realización de un seminario con la participación del equipo local y el grupo coordinador.

(Portilla, Lozier, Verges, & Oliva, 2019)

Anexo I

Dimensiones y sus respectivos indicadores del cuestionario final correspondiente al proyecto

“Elige Vivir sin Drogas” elaborado por el ICSRA y la Universidad de Chile.

Dimensión	Indicadores
Consumo de sustancias	Uso de sustancias como alcohol, tabaco y otras, Episodios de embriaguez, Lugares de consumo, Consumo de tabaco en familia.
Padres y familia	Percepción de apoyo de sus padres y familias Padres pasan tiempo, Padres saben dónde están, Padres saben que sustancia consumen, Reglas.
Grupo de pares	Presión social en consumir y en realizar otras actividades.
Colegio	Seguridad, Como se sienten en los establecimientos. Acoso escolar. Estudio
Ocio	Salidas nocturnas, Realización de deporte, Realización de actividades extraprogramática, Uso de redes sociales.
Otros	Salud física, Salud mental, Pensamientos e intentos de suicidio, Eventos vitales negativos Estrés, Estilo de vida, Violencia Delincuencia, Redes comunitarias locales, Síntomas depresivos, Ansiedad, Preferencias sexuales, Variables sociodemográficas, Religión, Cambios de barrios/colegio, Horas de sueño.

(Portilla, Lozier, Verges, & Oliva, 2019)

Anexo J

Presupuestos de los proyectos SENDA 2020 asignados por el Gobierno de Chile.

<u>Programa</u>	<u>Moneda Nacional (Miles de \$)</u>	
Programa de Tratamiento y Rehabilitación	\$	45.308.608
Otros Programas de Prevención	\$	3.337.149
Programas de Capacitación	\$	1.260.188
Municipalidades - Programa Previene	\$	6.148.616
Programa Tolerancia Cero	\$	1.128.819
Programa de Parentalidad	\$	1.754.916
Programa Elige Vivir sin Drogas	\$	1.026.000

(SENDA, PRESUPUESTO 2020 LEY 21.192, 2020)

Anexo K

La estimación del costo directo de salud relacionado con el consumo de alcohol para Chile es obtenida gracias a la metodología del estudio “Estudio Del Costo Económico Y Social Del Consumo De Alcohol En Chile”, realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile para el año 2018 y bajo la petición del ente SENDA (Departamento de Salud Pública PUC, 2018). Este explicita la estimación de los costos en base al costeo de canastas de cobertura asociadas a 35 problemas de la salud que son consecuencia del consumo alcohólico, resultando en 41 canastas creadas bajo el análisis de precios del sector público y privado y el análisis de las prestaciones esperadas por paciente en conjunto de consensos clínicos nacionales e internacionales, asociando a estas una proporción de costo directamente atribuible por el alcohol estimado a partir de las Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP). Dichas fracciones son expuestas en la Tabla K a continuación (Para más información acerca de los parámetros utilizados en las distribuciones de riesgo para el cálculo de las fracciones atribuibles al consumo del alcohol véase (Departamento de Salud Pública PUC, 2018)).

Siguiendo con lo anterior, las frecuencias del uso de recursos se obtienen en base a información disponible histórica y a estimaciones a partir de la evidencia disponible o internacional, además de apoyo de expertos.

Tabla K

Fracciones atribuibles (FA) al consumo de alcohol estimadas para Chile 2014.

Problema de salud	FA	ICI95	ICS95
Tuberculosis	42,3%	40,5%	44,1%
VIH/ SIDA	-	-	-
Cáncer labio y cavidad oral	37,9%	35,5%	40,4%
Cáncer nasofaringe	44,3%	42,2%	46,6%
Otros cánceres de faringe	44,9%	42,6%	47,2%
Cáncer esofágico	34,0%	31,4%	36,8%
Cáncer de hígado	13,3%	11,8%	14,8%
Cáncer de laringe	20,9%	18,7%	23,0%
Cáncer de mama	5,1%	4,2%	5,9%
Cáncer de colon y recto	5,4%	4,8%	6,0%
Diabetes	-	-	-
Psicosis alcohólica	100,0%	100,0%	100,0%
Abuso de alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Dependencia al alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Epilepsia	-	-	-
Enfermedad hipertensiva del corazón	-	-	-
Enfermedad isquémica del corazón	0,1%	-0,1%	0,2%
Fibrilación y flutter auricular	-	-	-
Accidente cerebrovascular isquémico	4,1%	2,5%	5,8%
Accidente cerebrovascular	31,0%	27,6%	34,4%
Cirrosis hepática	-	-	-
Pancreatitis aguda y crónica	45,4%	43,2%	47,7%
Infección respiratoria baja	1,2%	1,1%	1,3%
Síndrome de alcohol fetal	100,0%	100,0%	100,0%
Envenenamiento accidental por	100,0%	100,0%	100,0%
Lesiones de tránsito, peatones	53,4%	52,4%	54,3%
Lesiones de tránsito, ciclistas	58,7%	57,5%	59,8%
Lesiones de tránsito, motor 2 ruedas	74,4%	72,6%	76,1%
Lesiones de tránsito, motor 3 o más	56,9%	55,8%	57,9%
Envenenamiento	23,9%	23,3%	24,5%
Caída	38,1%	36,6%	39,7%
Fuego	25,4%	24,8%	26,1%
Ahogamiento	41,8%	41,1%	42,5%
Arma de fuego (no intencional)	70,9%	69,3%	72,4%
Sofocación	17,4%	16,5%	18,3%
Otras no intencionales	61,6%	60,4%	62,8%
Lesiones autoinflingidas*	43,2%	41,2%	45,1%
Lesiones por asalto arma de fuego	74,4%	72,7%	76,1%
Lesiones por asalto arma corto	74,4%	72,8%	75,9%
Lesiones por asalto otros medios	66,9%	65,7%	68,2%

(Departamento de Salud Pública PUC, 2018)

Para la estimación del costo total se utiliza el cálculo del costo esperado por enfermedad según el sistema de salud (público o privado), en base el precio unitario del ítem a ser costado, expuesto en la Ecuación 1.

Ecuación 1

Costo esperado por enfermedad según sistema de salud (público o privado)

$$C_{i,j} = \sum_{k=1}^K f_{k,i,j} * Q_{k,i} * P_{k,j}$$

Donde:

$C_{i,j}$ = Costo esperado para la enfermedad i y en el sistema de salud j .

Q_i = Cantidad del ítem k utilizada al año para el manejo la enfermedad i .

P_j = Precio del ítem k en un sistema de salud j .

$f_{k,i,j}$ = Frecuencia de utilización del ítem k para una enfermedad i en un sistema de salud j .

k = Ítems identificados para una canasta de una determinada enfermedad, donde K es el número total de ítems.

(Departamento de Salud Publica PUC, 2018)

De la ecuación anterior se puede extraer los costos esperados por paciente y condición de salud, el cual se utiliza para la obtención del “costo atribuible al alcohol para la población que accede al sistema de salud, multiplicando cada uno de los costos esperados por condición y por subsistema de salud por las fracciones atribuibles poblacionales, la población y la incidencia de la condición, ajustados por un factor de acceso al sistema de salud” (Departamento de Salud Publica PUC, 2018). Lo anterior se expone en la Ecuación 2 a continuación.

Ecuación 2

Costo esperado atribuible al alcohol para las enfermedades seleccionadas según sistema de salud público o privado

$$C_{OH_j} = \sum_{i=1}^{34} C_{i,j} * FAP_{OH_i} * IP_i * N_{e_i} * H_i$$

Donde:

C_{OH_j} = Costo esperado atribuible al alcohol para un sistema de salud j .

$C_{i,j}$ = Costo esperado para la enfermedad i en el sistema de salud j .

FAP_{OH_i} = Fracción atribuible poblacional para el alcohol para la enfermedad i .

IP_i = Incidencia o Prevalencia de la condición i .

N = Población chilena correspondiente al grupo etario afectado por la condición i .

H_i = Fracción de la población afectada que accede al sistema de salud y utiliza los servicios de salud.

En conjunto con lo anterior, el costo total esperado se obtiene de la suma ponderada entre los costos esperados por sistema de salud como se puede observar en la Ecuación 3 a continuación.

Ecuación 3

Costo total esperado atribuido al alcohol para las enfermedades en el sistema de salud chileno (público y privado)

$$C_{Total} = \sum_{i=1}^{34} C_{OH_j} * w_j$$

Donde:

C_{total} = Costo total esperado atribuido al alcohol

C_{OHj} = Costo esperado atribuible al alcohol para un sistema de salud j

w_j = Proporción de la población que utiliza el sistema de salud j respecto del sistema de salud chileno, donde $\sum_{j=1}^2 w_j = 1$

(Departamento de Salud Publica PUC, 2018)

El factor w_j mantiene un valor arbitrario y modificable que “depende de la población afiliada al sector público versus el sector privado, de la fracción de la población del sector público que accede a servicios en el sector privado, y de la distribución del acceso por patología entre el sector público y privado” (Departamento de Salud Publica PUC, 2018).

Cabe destacar que debido a la existencia de múltiples fuentes de información para los precios de los servicios se lleva a cabo un análisis de sensibilidad determinístico, proponiendo la captura de la incertidumbre de segundo orden asociada a los parámetros utilizados en la construcción del estimador de costos a través de un análisis de sensibilidad probabilístico por medio de simulaciones realizadas en el software MonteCarlo. Dicho esto se asignan distribuciones específicas a los parámetros utilizados de acuerdo a sus características, además de un intervalo de confianza de $\pm 25\%$. La Tabla K2 muestra las distribuciones e intervalos de confianza seleccionados para cada uno de los parámetros.

Tabla K2

Parámetros utilizados en el análisis de sensibilidad probabilísticos indicando su distribución e intervalo de confianza.

Parámetro	Distribución	Intervalo de confianza o estimación mas cercana
Frecuencias	Beta	± 25%
Fracción Atribuible Poblacional	Beta	IC 95%
Prevalencias	Beta	± 25%
Acceso al Sistema de Salud	Beta	± 25%
Proporción Público/Privado	Beta	± 25%

(Departamento de Salud Publica PUC, 2018)