

ANEXO 6

RECOPIACIÓN DE EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

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

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

Información y capacitación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Publicidad

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

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

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

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

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

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

LÍNEA DE ACCIÓN Nº 2. DISPONIBILIDAD DEL ALCOHOL

Problemas a enfrentar

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

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

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

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

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

Evidencias

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

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

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

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

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

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

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

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

Densidad y número de patentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Edad mínima legal

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

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

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

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

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

Días y horarios de venta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principios de las acciones a realizar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evidencias

Relación entre precio y consumo de alcohol

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

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

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

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

Aumentar los precios de las bebidas más baratas, fijando un precio mínimo, tiene mayor impacto en el consumo total que incrementar los precios de las bebidas más caras¹⁰

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) A los licores, piscos, *whisky*, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al *vermut* se les aplica una tasa del 27%; lo que en la práctica significó una disminución de 20% en la tasa del *whisky* y 3% en el resto de las bebidas citadas.
- b) A los vinos destinados al consumo, comprendidos los vinos gasificados, los espumosos o champaña, los generosos o asoleados, chichas y sidras destinadas al consumo, cualquiera que sea su envase, cervezas y otras bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su tipo, calidad o denominación, se les aplica una tasa del 15%;
- c) A las bebidas analcohólicas naturales o artificiales, jarabes y en general cualquier otro producto que las sustituya o que sirva para preparar bebidas similares, se le aplica una tasa del 13%;
- d) A las aguas minerales o termales a las cuales se les haya adicionado colorante, sabor o edulcorantes, se le aplica una tasa del 13%.

Hacia un modelo explicativo de los hechos

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

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

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

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

Valor predictivo de las medidas sugeridas

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

Principios de las Acciones a Realizar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problema a Enfrentar

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

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

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

Evidencias

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

Acción comunitaria

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

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

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

Actividad fiscalizadora

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

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

Capacitación del personal

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

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

Principios de las acciones a realizar

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

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

Problema a enfrentar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evidencias

Intervenciones que regulan la alcoholemia legal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reeducación de infractores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problema a enfrentar

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

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

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

Evidencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Su importancia tiene relación con los siguientes aspectos:

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

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

Principios de las acciones a realizar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evidencias

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

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

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

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

Principios de las acciones a realizar

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

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

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

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

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

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

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

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

Educación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problemas a enfrentar

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

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

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

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

Evidencias

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

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

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

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

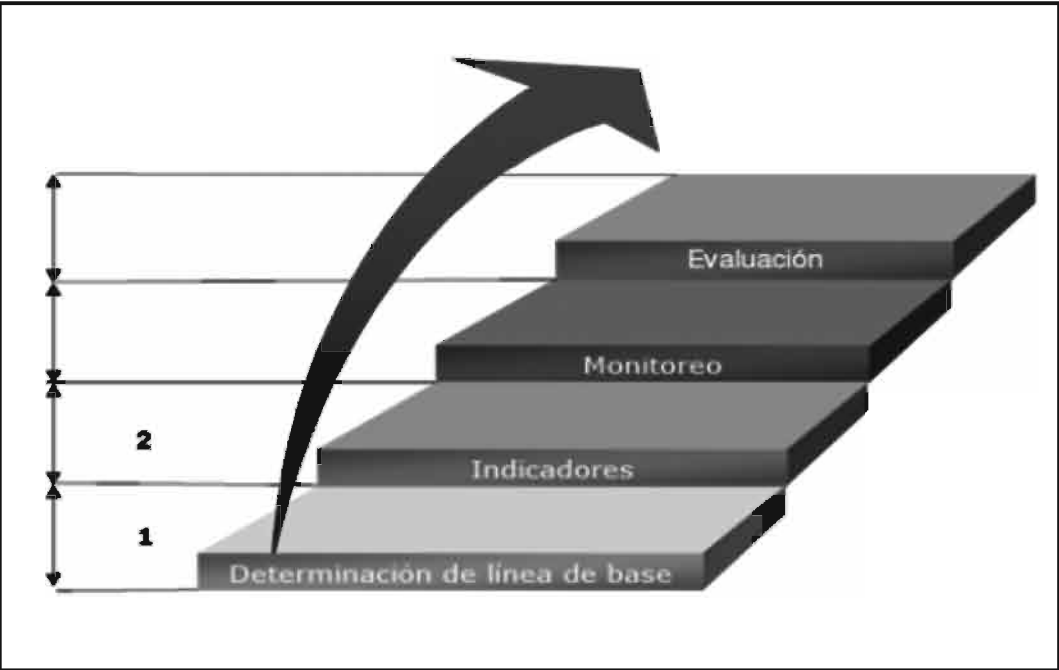
LÍNEA DE ACCIÓN N° 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

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

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

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

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



REFERENCIAS

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

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

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

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

