



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

# El consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas

**PAULA MARGOZZINI**  
Facultad de Medicina

**JAIME SAPAG**  
Facultad de Medicina



**TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA**

Año 10 / N° 75 / enero 2015  
ISSN 0718-9745

# El consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas<sup>1</sup>

PAULA MARGOZZINI  
Facultad de Medicina

JAIME SAPAG  
Facultad de Medicina

## Introducción

El consumo riesgoso de alcohol corresponde a aquel que por su cantidad –medida en gramos de alcohol puro–, patrón o circunstancias, aumenta el riesgo de daños a la salud física, psicológica y/o social, ya sea propia o de terceros. Este es un concepto moderno, pero poco conocido por los tomadores de decisión y subestimado en su dimensión como problema público en Chile. El alcohol es una sustancia psicoactiva que consumida en exceso puede causar la muerte. El alcohol causa y/o es factor de riesgo de enfermedades crónicas como el cáncer (es considerado un carcinógeno tipo 1, al igual que el tabaco), enfermedades cardiovasculares, digestivas y de salud mental, lesiones y violencia (IARC, 2010). Al igual que otras drogas, puede causar adicción. La evidencia científica también indica que el consumo de alcohol de menor riesgo se encuentra bajo los 20-30 gramos promedio diarios de alcohol puro en hombres y en cantidades menores en la mujer –incluso sobre 12 g, en mujeres, se asocia a un aumento de probabilidad de cáncer de mama–, pues sobre estas cantidades diarias aumenta el riesgo de ocurrencia de más de 200 enfermedades crónicas (OMS, 2014).

Si bien existe información disponible sobre el problema, los indicadores internacionales comúnmente utilizados hacen que Chile quede oculto entre un gran número de países desarrollados que parecen consumir más alcohol sin grandes consecuencias sociales. A continuación, se revisa la evidencia epidemiológica respecto a la magnitud del problema en Chile y las intervenciones más costo-efectivas para abordar este problema de salud pública. Se analiza finalmente la situación de las medidas adoptadas en nuestro país y se realiza una propuesta de priorización de políticas públicas y recomendaciones específicas a la luz de esta evidencia.

## El beber riesgoso en Chile: ¿cuán riesgoso?

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (OMS, 2014). Dicho informe identifica a Chile como el país de América Latina con mayor consumo promedio de alcohol puro al año: 9,6 litros, en comparación con 8,4 en la región de las Américas, que es la que tiene el segundo consumo más alto per cápita de alcohol entre las regiones de la OMS, después de Europa. Este indicador es bastante grueso y por décadas ha

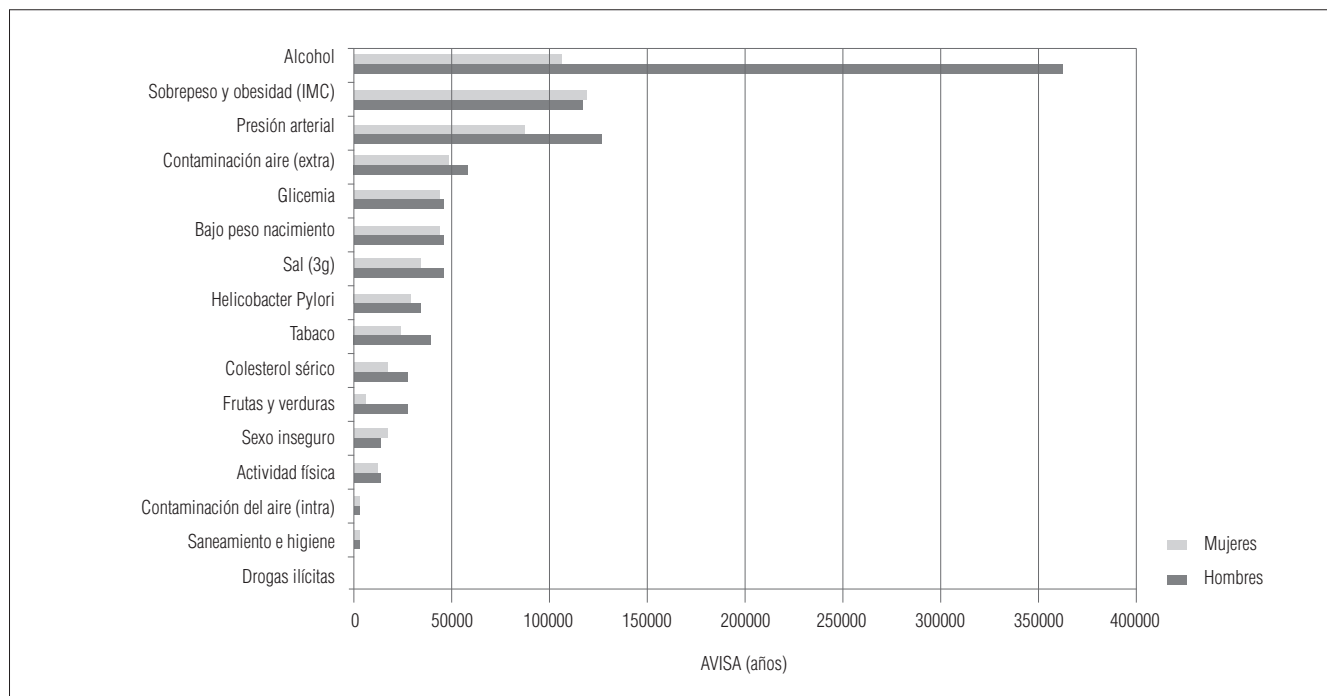
<sup>1</sup> Una versión preliminar de este documento fue presentada el 8 de septiembre de 2014 en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC. En la ocasión, comentaron el artículo el senador Francisco Chahuán y la directora del Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda), Lidia Amarales.

escondido o matizado la verdadera intensidad del consumo en Chile. Si se ajusta el dato descontando a los no bebedores (los abstemios de último año en Chile alcanzan aproximadamente a un 30%) y consideramos los 84 (y no 365) días de consumo efectivo de alcohol en el año en Chile, entonces se llega a cifras de ingesta de alcohol puro per cápita por día de consumo superiores a las de países europeos productores como Francia. El indicador alcohol puro per cápita por día de consumo es más sensible para identificar el problema en países con consumo intenso e intermitente, como los latinoamericanos; sin embargo, habitualmente no se reporta este indicador a nivel internacional, ya que la mayoría de los países no dispone de encuestas individuales de consumo que les permitan contar con información pertinente para ello y deben conformarse solo con información de ventas. No es de extrañar, entonces, que en décadas pasadas Chile haya figurado entre los países con mayor mortalidad mundial por cirrosis, junto a México, enfermedad trazadora de consumos poblacionales muy intensivos.

En Chile se estima que alrededor del 10% de las muertes nacionales pueden ser atribuibles al consumo de alcohol. Esta cifra implicaría unas 9.500 muertes anuales, es decir, cada día mueren aproximadamente 27 chilenos en quienes el consumo de alcohol estuvo directamente relacionado con su causa de muerte<sup>2</sup>. Por otra parte, de acuerdo al estudio nacional de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible a Factores de Riesgo en Chile, el consumo de alcohol es la primera causa de Años de Vida Saludables Perdidos, llamados AVISA<sup>3</sup>, en Chile y en toda América Latina, superando a la obesidad y a otros factores de riesgo (Figura 1). Usando metodologías para la estimación de carga de enfermedad y muertes evitables, se estima que una disminución de un 20% en el consumo promedio nacional podría evitar más de 1.300 muertes anuales (Minsal, 2008).

En los hombres, el alcohol es el factor de riesgo que produce más muertes prematuras y, en el grupo de edad de 20 a 44 años, la dependencia al alcohol es

Figura 1 | **Carga de AVISA (años) atribuible a Factores de Riesgo según género, Chile 2007**



Fuente: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible a factores de riesgo en Chile, 2007 (realizado por DSP-PUC para Minsal).

2 Estimación propia de los autores aplicando la fracción atribuible a alcohol del Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile 2007, a la mortalidad general observada en Chile para 2011 según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

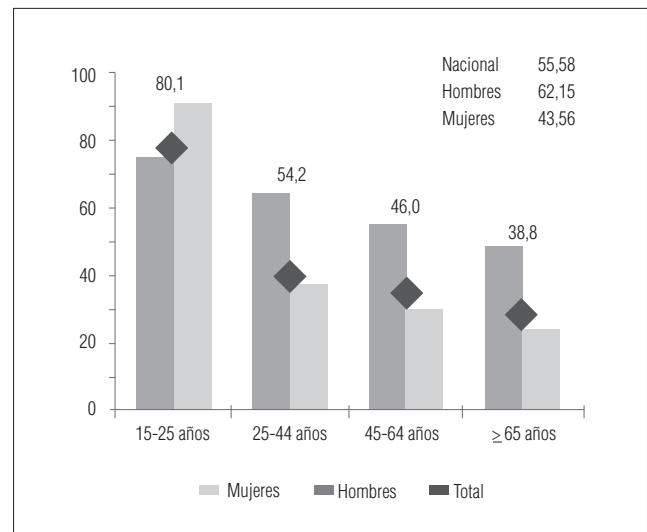
3 Los AVISA incluyen la suma de años perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad.

la enfermedad específica que más años de vida saludable hace perder, seguida de la hipertensión arterial, accidentes, cirrosis, trastornos de salud mental y violencia, todas las cuales se asocian también al consumo excesivo de alcohol (Minsal, 2008). Por otra parte, más del 55% de la carga de AVISA asociada a alcohol se relaciona con enfermedades crónicas y el 45% restante se relaciona con lesiones –accidentes, violencia, suicidios, homicidios–<sup>4</sup>. Tanto la opinión pública como los tomadores de decisión suelen tener presente la dependencia al alcohol y los accidentes de tránsito asociados a su consumo, sin embargo, no se otorga suficiente importancia a la gran carga asociada a enfermedades crónicas emblemáticas como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2010 aporta evidencia específica sobre el alcohol, la cual es muy relevante para el diseño de políticas públicas. Un porcentaje importante de la población chilena se declara abstemia en el último año. El consumo per cápita de alcohol ocurre realmente en el 70% restante de chilenos que, a su vez, tiene un patrón de consumo predominantemente excesivo e intermitente. Solo el 2% de los bebedores lo hace con un patrón calificado como moderado y continuo, que se podría considerar protector cardiovascular<sup>5</sup>. El consumo en Chile se concentra en solo 1,6 días de la semana. En términos poblacionales, se puede decir que en Chile la protección cardiovascular por el alcohol es tenue; muy por el contrario, estudios chilenos muestran cómo el alcohol es un gran detonante de eventos cardiovasculares como, por ejemplo, los accidentes vasculares encefálicos (Díaz et al., 2003). La baja tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Chile en relación a las Américas ha sido motivo de discusión. Sin embargo, al igual que lo que se postula para latinos que migran a Estados Unidos, un análisis epidemiológico detallado permite postular como una hipótesis más fuerte a la “mortalidad competitiva”, es decir, las muertes por causas ligadas a alcohol pueden estar evitando llegar a la edad en la cual se muere por enfermedades cardiovasculares (las personas que mueren por accidentes, violencia o cirrosis lo hacen al menos una década antes de la edad mediana de muerte por infarto al miocardio).

En la Figura 2 se muestra el promedio de consumo per cápita medido en gramos de alcohol puro en un día de consumo habitual en Chile, por rango etario. El promedio nacional es de 55 gramos, siendo mayor en los hombres y considerablemente más alto en la población joven. Este patrón de consumo supera en intensidad al de bebedores franceses (35 g en promedio), quienes además tienen un patrón de consumo totalmente distinto al de Chile, con un 70% de bebedores considerados diarios no intermitentes (Ruidavets, 2010). En la población de 15 a 24 años de edad, la cifra supera en Chile los 80 gramos, sin diferencias significativas por sexo. Hay que pensar que estas cifras son la cota inferior de la estimación, ya que las encuestas de consumo individual suelen tener un sesgo hacia la baja –subreporte– y explican en parte la brecha observada entre las estadísticas de ventas y las de encuestas de consumo individual. La situación en jóvenes chilenos es extraordinariamente preocupante, considerando que existe contundente evidencia sobre los efectos nocivos del alcohol en personas que no han completado su neurodesarrollo, es decir, menores de 24 años (Silveri, 2012).

Figura 2 | Alcohol puro (g) consumido en un día promedio de consumo, por rango etario



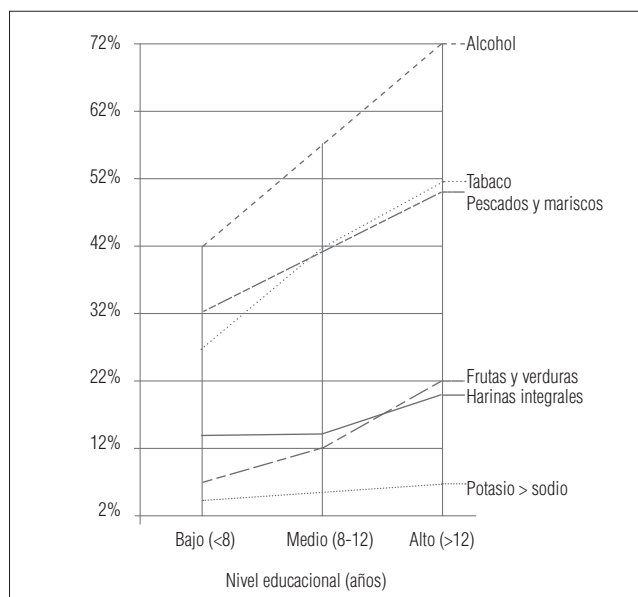
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile, 2009-2010.

4 Elaboración propia en base al Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile 2007.

5 El consumo considerado protector cardiovascular se caracteriza por ser de baja cantidad (menos de 20 g/día), la mayoría de los días de la semana y sin exceder esta cantidad intermitentemente en los fines de semana.

La ENS 2010 muestra que al ajustar por edad y sexo, la intensidad de consumo en un día promedio es bastante parecida entre los distintos niveles socioeconómicos (Minsal, 2011), sin embargo, la frecuencia (número de episodios en un mes) es menor en el nivel educacional bajo al igual que lo que ocurre con el tabaco (ver Figura 3). Es por esto que el indicador de consumo en último mes, utilizado por encuestas seriadas en jóvenes y adultos en Chile (encuestas poblacionales del Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Senda) debe interpretarse con cautela. Este indicador es bastante sensible al contexto económico y se deben realizar una serie de ajustes antes de concluir sobre su tendencia (tendencias que suelen ser decrecientes en periodos de crisis económica nacional, como lo observado en 2008-2009). Por otra parte, este indicador no es sensible a la intensidad del consumo ni a la magnitud de la población que consume una cantidad riesgosa, de acuerdo a la definición susceptible a daños crónicos, superior a 20 g/día.

Figura 3 | Consumo de alcohol, tabaco, pescados y mariscos, frutas y verduras, harinas integrales y potasio, según nivel educacional (años)



Fuente: Valdivia y Margozzini (2012) en base a ENS 2009-2010.  
 \*Prevalencias de consumo en nivel educacional bajo versus alto difieren significativamente al ajustar por edad y sexo (p menor a 0,05). Las definiciones para prevalencias de consumo de bienes son: alcohol, consumo de último mes; tabaco, prevalencia de fumador actual (ocasional + diario); pescados y mariscos, consumo al menos semanal; harinas integrales, consumo al menos una vez al día; relación sodio/potasio menor a 1 en orina (consumo mayor de potasio que sodio, bajo consumo de sodio).

El daño asociado al alcohol en Chile es significativamente mayor en el estrato socioeconómico bajo de la población, lo que se ve reflejado, por ejemplo, en la proporción de chilenos que resulta positiva para las pruebas de tamizaje de bebedor abusivo o dependiente (tanto la ENS 2010 como la serie de estudios de Senda muestran el fenómeno) (Senda, 2013; Senda, 2014). Esto hace recalcar la importancia de la cantidad consumida en un mismo día, es decir, el daño que produce el sobrepasar la capacidad de metabolizar el etanol, aunque esto ocurra intermitentemente y no necesariamente en forma diaria. La desigualdad socioeconómica en el daño asociado a alcohol podría explicarse, en parte, al considerar que la población de bajos recursos coexiste con múltiples otros factores de riesgo, tales como la obesidad, sedentarismo, hipertensión, riesgos psicosociales, epigenética adversa, entre otros; aumentando la probabilidad de daño. Por otra parte, la coexistencia de riesgos es un tema relevante en Chile no solo para la población de bajos recursos. Un caso emblemático es la coexistencia de tabaquismo y beber riesgoso, que ha demostrado aumentar la mortalidad notablemente (Ferrari et al., 2014). En Chile, el 50% de los bebedores riesgosos también fuma<sup>6</sup>.

El instrumento *Alcohol Use Identification Test* (AUDIT) ha sido muy utilizado en Chile como tamizaje para identificar a personas con consumo excesivo de alcohol, riesgo de dependencia y como herramienta de apoyo en la intervención breve (Babor et al., 2001). La proporción de personas en riesgo de depender del alcohol es significativamente mayor en estratos socioeconómicos bajos y muy alta a nivel nacional, llegando a 20% en los hombres (Minsal, 2011).

La ENS 2010 permite estimar en Chile aspectos del problema relativo al alcohol previamente desconocidos, como, por ejemplo, la cantidad de chilenos expuestos a niveles menores de alcohol, pero que también presentan un riesgo aumentado de desarrollar cientos de enfermedades crónicas. Aproximadamente un tercio de los adultos chilenos se encontraría en riesgo de desarrollar algún tipo de daño crónico por alcohol<sup>7</sup>, cifra que sube a 75% en la población que bebió alcohol en la última semana. Por otra parte, el consumo de más de 60 g en el hombre, o más de 40 g en la mujer, llamado beber excesivo episódico o *binge*, se puede estimar en 12% global, cifra que sube a 33% en la población

6 Todas estas cifras son elaboraciones propias en base a la ENS 2010.

7 Estimado en base a una definición de consumidores con promedios en un día habitual de consumo de la última semana de más de 20 g en el hombre o más de 15 g en la mujer.



que bebió alcohol en la última semana<sup>8</sup>. La ENS 2010 informa por primera vez en Chile el gramaje promedio del trago estándar, el que resultó ser de 15,5 g (superior al utilizado por la OMS para estimaciones mundiales de 10 g). Esto último vuelve a evidenciar lo intensivo del consumo chileno en el contexto internacional y también sugiere que el tamizaje (pesquisa o *screening*) para la categoría de riesgo de dependencia utilizando el instrumento AUDIT se ha estado haciendo con un criterio poco sensible (75 g de alcohol y no 60 gramos en las preguntas respectivas del cuestionario). El puntaje AUDIT en Chile entonces, es un indicador de consumo agudo muy excesivo (sobre 75 g) o un riesgo de consecuencias específicas de salud mental (dependencia al alcohol), sin embargo, sus puntos de corte no son sensibles para identificar a la población con consumo crónico excesivo –entre 20 y 60 g– que presenta riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares y cáncer, entre otras. Esta última población es la mayoritaria, sin embargo, no es suficientemente vigilada ni abordada por los indicadores y políticas públicas actuales.

### **Evidencia sobre políticas públicas universales exitosas para disminuir los efectos dañinos del beber riesgoso**

Dado el impacto del consumo de alcohol en el desarrollo y la salud pública de los países, existe un progresivo y fuerte interés por avanzar en materia de políticas o estrategias que aborden adecuadamente este tema. En particular, las políticas sobre alcohol pueden ser definidas como el conjunto de decisiones tomadas por los gobiernos que se expresan en leyes, reglas y reglamentos que tienen relación con el alcohol, la salud y el bienestar social (Babor, 2010; Longest, 2002). Desde esa perspectiva, las políticas sobre alcohol se proponen contribuir a los objetivos de la salud pública y bienestar integral de la sociedad, abordando distintos aspectos del problema, incluyendo, entre otros, los determinantes sociales, entornos y patrones de consumo de alcohol, hasta el enfrentamiento de las consecuencias del mismo.

Existe una variedad de posibilidades o estrategias para abordar una política sobre alcohol. En ese sentido, la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol<sup>9</sup>, ratificada por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010, plantea un conjunto de intervenciones

que deben tenerse en cuenta para su ejecución en cada país como parte integral de las políticas nacionales, así como en el marco más amplio del desarrollo de los países. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), las estrategias eficaces para enfrentar el consumo riesgoso de alcohol se agrupan en diez áreas: (1) liderazgo, concienciación y compromiso, (2) respuesta de los servicios de salud, (3) acción comunitaria, (4) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol, (5) disponibilidad de alcohol, (6) marketing de las bebidas alcohólicas, (7) políticas de precios, (8) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica, (9) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal, y (10) seguimiento y vigilancia. Todas ellas han sido avaladas con amplia evidencia científica (OMS, 2014), y fueron consideradas para la elaboración de la priorización propuesta más adelante en este documento.

En América Latina y el Caribe se ha desarrollado un proceso que busca integrar estrategias costo-efectivas en materia de políticas de alcohol. En 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el primer Informe Regional sobre Alcohol y Salud Pública (Rehm & Monteiro, 2005; Monteiro, 2007), incluyendo una compilación de investigaciones al respecto en la región, tanto epidemiológicas como sobre la efectividad de políticas y programas (Babor & Caetano, 2005). Más recientemente, el Reporte Global sobre Alcohol y Salud en las Américas (OMS, 2014) provee información relevante sobre el estado de situación de las dimensiones centrales de política de alcohol en los países de la región.

### **Política de alcohol: situación en Chile**

Chile tiene una larga historia respecto a procurar enfrentar el consumo de alcohol y sus consecuencias como un problema social y de salud pública. Si se analizan los avances en materia de regulaciones hasta 2008, se encuentra, por ejemplo: (1) La Ley 18.455 de 1985, sobre la producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y otros, con foco en regular aspectos críticos sobre la legalidad, calidad y distribución de productos que contienen alcohol, entre otros factores; (2) la Ley 19.925 sobre expendio y consumo (2004), o (3) la Ley 20.068 de Tránsito (2005) que es-

8 Elaboración propia en base a ENS 2010. Ver Anexo Tabla 1.

9 Disponible en: [http://www.who.int/publications/list/alcohol\\_strategy\\_2010/es/](http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/)

tablece regulaciones concernientes a la conducción de vehículos o maquinarias bajo el efecto del alcohol. Sin embargo, también hubo retrocesos, como la baja de impuestos a los destilados con motivo del ingreso de Chile a tratados de libre comercio en 1995<sup>10</sup> (Organización Mundial de Comercio, 1999).

En el caso de la atención sanitaria, ya en 1957 surgió el primer programa nacional al respecto para implementarse en el ya creado Servicio Nacional de Salud. A contar de 1991, se va incorporando el uso de herramientas de tamizaje, como el EBBA (Escala Breve de Beber Anormal, Orpinas et al., 1991) en la atención primaria. Más recientemente, se desarrolla un nuevo esfuerzo para intervenciones preventivas y terapéuticas en atención primaria, y se comienza a utilizar el *Alcohol Use Identification Test* (AUDIT), reemplazando al EBBA.

El año 2008 se visibiliza con mayor fuerza la necesidad de contar formalmente con una Estrategia Nacional sobre Alcohol. El Ministerio de Salud, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lidera un proceso para concretar la elaboración de dicha estrategia. En ese contexto, solicitó al Centre for Addiction and Mental Health, de Ontario, Canadá, la colaboración, incluyendo un análisis de la evidencia existente sobre políticas de alcohol en el mundo (Giesbrecht et al., 2009). En base a dicha revisión, en línea con lo que propone la Estrategia Mundial y en consideración al contexto chileno, se propuso un conjunto de recomendaciones para el país, incluyendo la importancia de incorporar un enfoque poblacional que considerara los determinantes sociales de la salud así como un énfasis en poblaciones vulnerables. Teniendo en cuenta dichas recomendaciones y tras un proceso de discusión y análisis del contexto local que involucró a una diversidad de actores relevantes, a comienzos de 2010 se presenta la primera Estrategia Nacional sobre Alcohol (Minsal, 2010). Dicha estrategia propuso nueve líneas de acción<sup>11</sup> avaladas por la evidencia internacional y que consideraban la particular realidad del contexto chileno. El proceso vivido se describe en el artículo de Giesbrecht et al. (2013).

A comienzos de 2011, poco después de que surgiera la Estrategia Nacional sobre Alcohol, se crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda)<sup>12</sup> que incorporó la temática de alcohol, además de las drogas ilegales que eran el foco tradicional de la institucionalidad previa (Conace, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes). Senda desarrolla la denominada Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014, proponiendo reducir la demanda de alcohol en un 15%, especialmente en los grupos más vulnerables y jóvenes, y reducir en un 20% los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2011). Este cambio en el contexto ofrecía la oportunidad de dar más fuerza al tema, pero –al mismo tiempo– significaba una cierta incertidumbre para el desarrollo de la original Estrategia Nacional de Alcohol, cuyo proceso de desarrollo había estado a cargo del Ministerio de Salud. Si bien la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol desarrollada por Senda incorporó varias de las recomendaciones que se habían propuesto en la Estrategia Nacional de Alcohol, existía el potencial de que el tema alcohol perdiera integralidad y fuerza, al haber un proceso de intenso cambio institucional y de roles respecto al tema.

De acuerdo a fuentes consultadas<sup>13</sup>, el Minsal en estos últimos cuatro años avanzó fuertemente en la integración, sistematización y financiamiento de tamizaje e intervenciones breves para personas con consumo nocivo de alcohol en Atención Primaria –tamizaje con AUDIT y consejería breve–. Igualmente, continuó aportando lineamientos técnicos en materia de alcohol y salud pública. Por su parte, Senda focalizó sus esfuerzos en el área de conducción de vehículos y consumo de alcohol, a través de la implementación de la denominada Ley de Tolerancia Cero al Manejo con Alcohol, que fue promulgada en marzo de 2012. Esta política ha sido considerada exitosa, pues en el primer año después de implementada hubo una disminución de 28% en la mortalidad por accidentes respecto al año previo, incluso superior a la estimada por los expertos (Conaset, 2013; Ameratunga et al., 2006). Al mismo tiempo, el

10 Para mayor información sobre la participación de Chile en la Organización Mundial de Comercio, ver: [http://www.wto.org/spanish/thewto\\_s/countries\\_s/chile\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/thewto_s/countries_s/chile_s.htm)

11 (1) Información a la población y control de publicidad; (2) disponibilidad de alcohol; (3) impuestos al alcohol y precios de venta al detalle; (4) expendio de alcohol y políticas de venta al detalle; (5) tránsito, accidentes y consumo nocivo de alcohol; (6) consumo riesgoso de alcohol y atención de salud; (7) acción comunitaria y gobiernos locales (municipios); (8) educación, formación de personal y capacitación; y (9) monitoreo y evaluación.

12 El Senda fue creado por la Ley 20.502, promulgada el 21 de febrero de 2011.

13 Entrevistas en profundidad realizadas por los autores a Sr. Alfredo Pemjean y Sr. Jorge Rodríguez (Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile) y Sr. Felipe Leighton (Senda). Agradecemos sinceramente su colaboración.

alcohol fue tomando mayor espacio en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación de Senda<sup>14</sup>. En resumen, se constatan algunos avances en dos áreas centrales que debiese cubrir una política moderna de alcohol: detección e intervención breve respecto a consumo de riesgo de alcohol en atención primaria y prevención de consumo de alcohol y sus consecuencias en el contexto de la conducción de vehículos motorizados. Ambas instituciones coinciden hoy en la necesidad de realizar un trabajo más cercano respecto al consumo de riesgo de alcohol y manifiestan su voluntad de avanzar integralmente al respecto.

En el contexto de la Reforma Tributaria aprobada en 2014, es importante señalar que la propuesta original presentada por el actual gobierno ya incluía el aumento de los impuestos al alcohol. Previo a los cambios realizados a fines de septiembre de 2014, el impuesto a los vinos y cervezas era de 15%; y de un 27% al pisco, whisky, aguardiente y destilados. La propuesta inicial de reforma incluía una tasa base de 18% a los alcoholes, más 0,5% del valor neto por cada grado de alcohol y una sobretasa de 0,03 UTM por cada cien litros de alcohol puro. Finalmente, y luego de presentadas indicaciones que modificaron el proyecto original, se aprobaron tasas impositivas fijas para cervezas y vinos de 21,5% y para los destilados de 31,5%. Según estimaciones preliminares, este incremento impositivo tendría como efecto máximo, si se transfiere todo el gravamen al precio de venta, un aumento de 5% en el precio al consumidor, lo que es bajo y probablemente insuficiente para lograr impacto sanitario.

## Una propuesta de priorización de políticas públicas sobre alcohol para Chile

### 1. Avanzar hacia una política nacional de alcohol integral con foco en el beber riesgoso

La OMS en 2011 frente a los presidentes del mundo reunidos en Naciones Unidas se refirió al alarmante aumento de las enfermedades crónicas, y se hizo ver que las leyes y políticas relacionadas con el alcohol son parte de las intervenciones poblacionales factibles y con mayor costo-efectividad existentes (Alwan, 2011). Cuando un fenómeno tiene tan amplio alcance, merece una política nacional.

Chile ha generado una Estrategia Nacional de Alcohol con muy buena evidencia y lineamientos técnicos claros, lo que es un extraordinario logro. Sin embargo, las estrategias generalmente planteadas con metas a corto plazo y las leyes que regulan la tributación y comercialización de alcohol, deberían ser instrumentos al servicio de una política. Esta debería tener entonces una visión global de más largo plazo y la posibilidad de guiar e influir en diversos instrumentos intersectoriales, como estrategias y leyes, no necesariamente específicas de alcohol, como por ejemplo estrategias ligadas al fomento de exportaciones, leyes que protegen la actividad o diversificación de la actividad de Pymes, fomento al empleo y recreación juvenil, iluminación de espacios públicos, refuerzo de vigilancia, fiscalización y seguridad pública.

La existencia de una política de Estado permite que las leyes se articulen y sean concordantes con las estrategias. Por otra parte, se facilitaría la integración de esfuerzos que no articulados generan reduccionismo o falta de integralidad del abordaje conjunto a nivel nacional. Un ejemplo que ilustra este fenómeno en Chile es la brecha nacional existente respecto a medidas poblacionales de mayor impacto, como la regulación de la disponibilidad económica y física, y publicidad relacionada al alcohol. Dicha brecha se ha ido generando al priorizar el abordaje preventivo con foco predominantemente individual en el tema de adicciones y seguridad pública respecto a alcohol –dependencia al alcohol y accidentes de tránsito–, sin abordar preventivamente con la fuerza necesaria y a nivel poblacional la carga de enfermedad asociada a alcohol que se relaciona con las enfermedades crónicas como cáncer, cardiovasculares y digestivas, lo que requiere una definición de riesgo más sensible, sobre 20 gramos. Al respecto, es sintomático el hecho de que exista una Estrategia Nacional de Alcohol que viene desde el Minsal y, al mismo tiempo, una Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas que viene desde Senda. Se requiere entonces una política nacional con foco en el beber riesgoso en su definición más sensible como telón de fondo necesario para articular diversas estrategias y leyes intersectoriales.

Chile se encuentra en una fase de oportunidad en la cual tanto el Minsal como Senda reestructuran sus pro-

14 Este programa “tiene como objetivo brindar el tratamiento adecuado a las personas beneficiarias del sistema público de salud que consultan por problemas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas, en los centros de tratamiento públicos y privados acreditados por alguno de los Servicios de Salud de todo el país, los que se encuentran interrelacionados en una red asistencial local, zonal y/o regional”. Fuente: Senda (<http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/transferencias/programa-tratamiento/>).



gramas y líneas de acción. En el Minsal se plantea relanzar la estrategia en 2014 con énfasis en una fase 2 de la Estrategia Nacional de Alcohol donde se propone ampliar la acción hacia los municipios trabajando con los temas de disponibilidad. Por otra parte, Senda busca un fortalecimiento y ampliación de su Programa Nacional de Alcohol, con acción y recursos también dirigidos a municipios. Es el momento propicio entonces para generar una sola gran política nacional sobre el beber riesgoso de alcohol.

## 2. Jerarquizar las líneas de acción: dar prioridad a medidas poblacionales

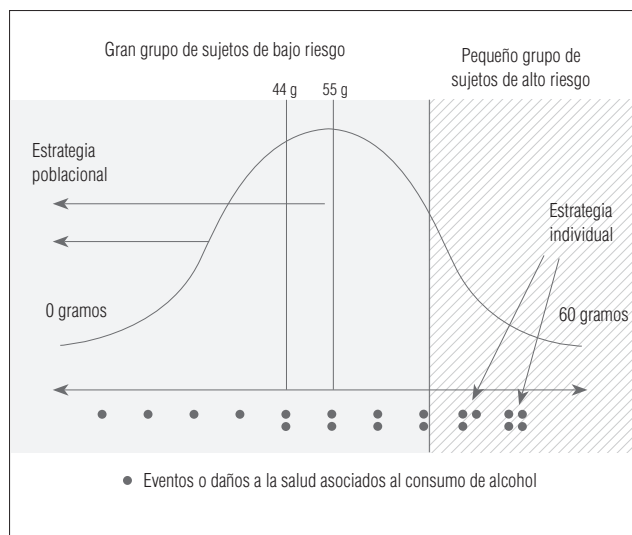
Las medidas planteadas en la Estrategia Nacional de Alcohol deberían ser jerarquizadas. Estas deberían considerar, al menos, el tamaño del efecto esperado, el tiempo que puede demorar ese efecto en manifestarse como un beneficio para el país y el costo de implementación. Es importante tener en cuenta el óptimo a alcanzar, planteando un camino hacia el estándar más alto que sea factible. Para una adecuada jerarquización, sugerimos clasificar las medidas planteadas en dos grupos: estrategias poblacionales y estrategias individuales.

- Las *medidas poblacionales* o también llamadas universales o estructurales, son indiferenciadas, es decir, afectan a la sociedad en su conjunto y no a grupos específicos de mayor riesgo. Estas medidas poblacionales son las que tienen el mayor potencial de impacto sobre los indicadores resumen del estado de salud de la población en su conjunto y su cobertura es cercana al 100% de la población objetivo, por definición (Rose, 2001; Alwan, 2011). En el caso del alcohol, estas medidas incluyen a aquellas que involucran cambios en la disponibilidad económica como el precio de venta final o física, como la densidad de locales y horarios de venta, y las medidas que regulan la publicidad de productos con alcohol.
- Las *medidas individuales* o también llamadas focalizadas, son aquellas dirigidas a subgrupos poblacionales de mayor riesgo. Son generalmente aplicadas en una modalidad individual “cara a cara” y requieren de un porcentaje de cobertura crítico para ser efectivas. Las medidas de alto riesgo acercan los indicadores de salud de los grupos de riesgo a los niveles promedio del país. Sin embargo, en ausencia de medidas poblacionales, no son capaces de alterar suficientemente los indicadores del país en su conjunto. Por otra parte, al ser implementadas en la modalidad “cara a cara”, o

individual, suelen tener mayor costo y baja cobertura. Por ejemplo, en el caso del alcohol, una medida focalizada o individual serían los programas preventivos dirigidos a adolescentes en situación de alto riesgo o a *barmans*, y la implementación de tamizaje de consumo de alcohol de alto riesgo en la Atención Primaria.

- Chile necesita con urgencia desplazar la distribución o curva de consumo medida en gramos de consumo en un día habitual hacia la izquierda (foco poblacional), y para esto se requiere de medidas poblacionales (Figura 4). No se plantea abandonar el componente de alto riesgo, que también tiene relevancia en el enfrentamiento del tema (por ejemplo, la importancia de ofrecer tratamiento oportuno y de calidad a quienes tienen un problema de adicción al alcohol), sino que enfrentar decididamente el rezago que existe en materia de estrategias poblacionales, buscando la adecuada prioridad y complementariedad entre las medidas poblacionales y las de alto riesgo, de acuerdo a la dinámica realidad epidemiológica del tema en discusión.

Figura 4 | Gramos de alcohol puro diario consumidos en adultos chilenos, ENS 2010



Fuente: esquema adaptado para esta temática a partir de Rose, G. (2001).

Se considera, entonces, que las medidas relativas al precio, disponibilidad física y publicidad, deberían ser prioritarias, ya que ellas son de tipo poblacional, y por ende, las que tienen el más alto potencial de impacto y costo-efectividad, por lo que requieren de mención especial.

### 2.1. El precio de venta, un tema central

Actuar a través de precios –impuestos u otro– tiene la gran ventaja de ser una acción universal de implementación inmediata y de asegurar una cobertura de la medida cercana al 100% de la población. No requiere de aprendizaje ni procesos culturales de implementación ni aumento de fiscalización y, además, a diferencia de la publicidad, no descansa tan importantemente en factores individuales de tipo psicológico. El tema de precios es una de las medidas más eficaces en cuanto a las políticas de alcohol (Purshouse et al., 2010; Wagenaar et al., 2009).

En relación al tabaco, al menos hoy la evidencia apunta a que esta sería la mejor medida en cierta fase de las epidemias, especialmente en la fase “sensible al precio”. Hay que recordar que esta sensibilidad se pierde; las naciones más desarrolladas hoy son menos sensibles al precio. Incluir esta medida permitiría acortar la fase de maduración de la epidemia de exposición al alcohol en Chile y constituiría una garantía de impacto en indicadores que son medibles y objetivables en la evaluación de los objetivos sanitarios. No incluirla constituye una pérdida de oportunidad, una prolongación predecible e innecesaria de la epidemia ligada al alcohol y finalmente, un fracaso también esperable al momento de evaluar los objetivos sanitarios que Chile hoy se ha planteado para la década.

Respecto a la forma de regular los precios, el aumento de impuestos es una medida basada en la evidencia y sería muy pertinente en Chile. Por otra parte, en las últimas décadas se podría decir que el efecto neto de las modificaciones a los impuestos al alcohol en el transcurso de distintos gobiernos no ha logrado disminuir el consumo interno y, eventualmente, ha facilitado su incremento. En particular, los cambios de impuestos que han experimentado bebidas de alta graduación alcohólica como el pisco, whisky y resto de destilados en Chile, han favorecido la perpetuación de un precio bajo a bebidas de altísimo contenido de alcohol puro (Organización Mundial del Comercio, 1999). El incentivo neto poblacional de largo plazo ha sido hacia el aumento del gramaje de alcohol puro de nuestro trago estándar –hoy de 15 gramos– (ENS 2009-10), y un mayor consumo de alcohol puro en la población bebedora.

Hoy, un tercio del gramaje medio de alcohol puro per cápita consumido por la población de 15 o más años proviene de los destilados, un tercio de la cerveza, y el otro tercio es aportado por el vino. Incluso en los países

europeos de alto consumo de alcohol per cápita como Francia, no se puede encontrar en el *retail* destilados de alta graduación a tan bajo precio como aquí. En Chile, el gramo de alcohol puro de pisco se puede encontrar a precios tan bajos como 10 pesos/g.

Cabe mencionar que la debilitada propuesta de reajuste a los impuestos asociados al alcohol que recientemente se ha aprobado en el Parlamento chileno, generaría un alza estimada de precios que no superaría el 5% (estimando 100% de transferencia del impuesto al consumidor), lo que constituye una importante pérdida de oportunidad, considerando que los impactos más consistentes en disminución de muerte y discapacidad asociada a alcohol se han producido en comunidades o países que han aumentado el precio final de venta en al menos 10% (Chisholm et al., 2004). El precio base del gramo de alcohol en Chile es bajo, por lo cual alzas de 2-5% corresponden a aumentos absolutos pequeños.

Se suele aludir a argumentos económicos en países productores para limitar estas alzas, sin embargo, los estudios económicos en Chile muestran que el costo que significa la carga de enfermedad asociada a alcohol supera entre 2 y 4 veces el aporte económico global que le genera la industria al país (Minsal, 1998; Rehm, 2014).

Se ha mencionado, en el caso particular de Chile, que la medida impositiva podría afectar a diversas Pymes (Pequeñas y medianas empresas) productoras, como por ejemplo cerveceros del sur y pisqueros de la cuarta región; sin embargo, existen diversos mecanismos de regulación –incentivos y facilidades para exportar y diversificar– que tanto el Estado subsidiario como las grandes industrias comercializadoras pueden ejercer para mitigar estos efectos puntuales.

### 2.2. Disponibilidad física

Regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante políticas, leyes y programas, sigue siendo un medio importante para reducir el nivel general de uso nocivo del alcohol. Se plantean varias posibilidades en este campo, incluyendo: (i) regulación de la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas, imponiendo límites pertinentes a la distribución de alcohol y al funcionamiento de los puntos de venta de alcohol –densidad de patentes de alcohol–, pudiendo incluir un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales para las ventas con orientación de salud pública; la regulación de los puntos de venta –número y ubicación–, horario; (ii) estableci-

miento de una edad mínima apropiada para comprar y/o consumir alcohol, limitando así el acceso de los jóvenes al alcohol; (iii) adopción de políticas para impedir la venta a personas en situación de ebriedad y a las que no han cumplido la edad mínima legal; (iv) regulación del consumo en lugares públicos; (v) prevención y abordaje de la producción y venta ilegal.

La recomendación anterior está apoyada por diversa evidencia, por ejemplo, respecto a los efectos beneficiosos de regular la densidad de los puntos de venta (Campbell et al., 2009), limitar días y horarios para la venta (Hahn & Samet, 2010; Middleton et al., 2010), o establecer una edad mínima para comprar y/o consumir alcohol (Elder et al., 2007).

El abordaje de esta materia requiere la adecuada comprensión del contexto local. Uno de los riesgos a tomar en cuenta respecto a esta medida es el potencial incremento de la producción y venta ilegal de alcohol. Es muy importante la prevención activa y coordinada de dicho riesgo.

### 2.3. Publicidad, equidad y responsabilidad social empresarial

Es fundamental regular activamente la publicidad relacionada al alcohol con foco de salud pública, desarrollo y equidad. Por ejemplo, la publicidad directa relacionada con el alcohol en implementos deportivos que puedan ser utilizados por niños no está permitida en varios países desarrollados y Chile también debiese hacer algo al respecto.

En apoyo a lo indicado en el párrafo anterior, es importante señalar que existen numerosos estudios longitudinales que muestran que las personas jóvenes que han sido expuestas a la publicidad y/o marketing del alcohol presentan una mayor probabilidad de comenzar a consumir alcohol, o si ya lo consumen, de hacerlo en cantidades mayores (Anderson et al., 2009). Diversos países están fortaleciendo el énfasis de sus políticas y regulaciones respecto a alcohol en cuanto a proteger a los niños y adolescentes de la exposición a tal publicidad, como por ejemplo Australia (Australian National Preventive Health Agency, 2014).

Por otra parte, el alcohol es un producto que no debería ser objeto de marketing con grandes ofertas, ni asociaciones junto a otros productos no alcohólicos (“combos”). Se debe cuidar también su precio relativo a otros bienes. En diversos países del mundo ocurren momentos en el año en que se producen bajas del precio del alcohol, como por ejemplo *wine fairs* y fiestas patrias en Chile, y se puede observar entonces las relaciones de precio entre el ml de alcohol puro y otros productos. La relación vino/leche por ejemplo, es en estos periodos 7:1, 6:1 y 2:1 para Inglaterra, Francia y Chile respectivamente<sup>15</sup>, lo que es conceptualmente inaceptable. Numerosas comunas y países en Europa, incluyendo a Bélgica, Francia, Portugal y España, no permiten rebajas de precios (ofertas, *happy hours*) (Rabinovich et al., 2009).

Algunas empresas relacionadas al alcohol utilizan el concepto de responsabilidad social empresarial cuando abordan la prevención de daño asociado a alcohol. Sin embargo, basta revisar la gama de actividades preventivas que la industria promueve, para darse cuenta de que ellas suelen ser justamente las medidas de menor impacto sobre el consumo de alcohol y muchas de ellas no tienen evidencia científica que las sustente. Por ejemplo, diversas páginas web con publicidad, eventos, auspicio y ofertas ligadas a la industria de alcohol indican que solo pueden ser accedidas por mayores de 18 años o realizan actividades que promueven el beber responsable o beber moderado, junto con la promoción de la marca de la industria. Un fenómeno similar se ha vivido en el mundo con la industria del tabaco (*smoke light*).

Actualmente se discuten en Chile importantes modificaciones legales<sup>16</sup> respecto a la temática de publicidad y etiquetado, lo que también es una oportunidad. El Reporte Global sobre Alcohol y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) propone un conjunto de orientaciones sobre publicidad y responsabilidad empresarial para los países en la misma línea que la recomendación aquí presentada. Igualmente, se discute allí la evidencia existente y la realidad del tema en los distintos países.

15 Estimación preliminar de elaboración propia, comparando precios de oferta en septiembre de 2014 en supermercados Carrefour (Francia), Waitrose (Inglaterra) y Líder (Chile).

16 Proyecto de ley que “Establece modificaciones a la legislación sobre expendio, comercialización y producción de bebidas alcohólicas, ingresado en junio de 2002 y que actualmente se encuentra en segundo trámite constitucional en el Senado (Boletín N° 2973-11). Ver Noticia Senado: Cambios a la ley de alcoholes: solicitan énfasis en la prevención y rehabilitación. Disponible en: [http://www.senado.cl/cambios-a-la-ley-de-alcoholes-solicitan-en-fasis-en-la-prevencion-y-rehabilitacion/prontus\\_senado/2014-06-27/110052.html](http://www.senado.cl/cambios-a-la-ley-de-alcoholes-solicitan-en-fasis-en-la-prevencion-y-rehabilitacion/prontus_senado/2014-06-27/110052.html)

### 3. Aprender de la experiencia vivida en Chile con el tabaco

El alcohol y el tabaco como factores de riesgo para la salud y productos que se comercializan en el mercado, poseen muchos elementos comunes que son útiles de destacar. Ambos producen daño directo al consumidor e indirecto al no consumidor y ambos muestran sensibilidad al precio y marketing. Chile implementó múltiples medidas y esfuerzos para bajar el consumo de tabaco en los últimos 30 años. Sin embargo, no se lograron resultados suficientemente promisorios sino hasta que se incorporaron fuerte e integralmente medidas poblacionales, como aquellas relativas a la disponibilidad física –regulación de ambientes libres de humo y restricción a lugares de venta– y a la disponibilidad económica (aumento del precio en 2010<sup>17</sup>).

### 4. Perfeccionamiento del sistema de vigilancia y evaluación de la Estrategia Nacional de Alcohol

Los indicadores relacionados con el consumo y consumo de riesgo de alcohol en Chile necesitan ser fortalecidos y armonizados. Es positivo que Chile disponga de encuestas seriadas de consumo de alcohol y drogas en población general y escolares; sin embargo, se requiere perfeccionar estos indicadores, tanto para encuestas de vigilancia epidemiológica en población general (Senda y ENS) como para su uso en clínica para detección temprana.

Se debe perfeccionar o complementar el indicador poblacional de litros per cápita en base a ventas, por ejemplo, dividiendo por 80 y no por 365 días de consumo nacional. Se requiere de un indicador para identificar consumo de 20 o más gramos (daño crónico) y también diseñar una consejería individual concordante a este riesgo. Por otra parte, se necesita perfeccionar el uso de las herramientas de tamizaje evitando subestimar a los bebedores de más de 60 gramos –identificación de *binge drinking*<sup>18</sup> y riesgo de dependencia al alcohol– y poder derivarlos adecuadamente<sup>19</sup>. Se sugiere dar importancia

al monitoreo de los gramos promedio de consumo en un día de consumo, indicador más específico de riesgo que el consumo de último mes. Se sugiere también sofisticar el análisis de tendencia del consumo de último mes para interpretarlo adecuadamente. El éxito de las políticas de alcohol debería tener como una meta central el reducir el gramaje promedio en un día habitual de consumo y la proporción de población expuesta tanto a riesgo crónico como agudo (más de 20 y 60 g respectivamente). La ENS 2010 muestra que el 47% de los adultos no consumió alcohol en la última semana, sin embargo, entre quienes bebieron esa semana, el promedio en un día habitual de consumo alcanzó los 80 g en jóvenes. Esta dualidad en los indicadores debe entonces considerarse.

### 5. Mayores recursos sanitarios destinados a detección y tratamiento de la dependencia al alcohol

Hoy existe un programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) para diversas patologías, que incluye diagnóstico, tratamiento y seguimiento para todos los chilenos, lo que representa un beneficio importante para la población. Sin embargo, los recursos y garantías destinados en Chile para abordar el abuso y dependencia de drogas son todavía extremadamente bajos<sup>20</sup>. Si bien han aumentado en la última década, existe una brecha importante. Por lo tanto, es fundamental que se priorice adecuadamente el problema del alcohol al momento de definir recursos para enfrentar los problemas de salud (Drummond et al., 2011).

### 6. Acción comunitaria integral y coordinada para enfrentar el consumo riesgoso de alcohol

Internacionalmente se promueve el involucramiento comunitario para responder eficazmente al consumo riesgoso de alcohol, donde el contexto es esencial. Estudios controlados han permitido determinar el impacto positivo de las intervenciones multicomponente de acción comunitaria integral respecto a disminuir los da-

17 En el primer año de implementando el aumento de impuestos, el precio de venta al público de los cigarrillos se habría incrementado entre un 23% y un 33%. Fuente: Diario La Tercera, 17 de mayo de 2011: <http://diario.latercera.com/2011/05/17/01/contenido/negocios/10-69345-9-precio-de-cigarros-en-chile-sube-por-tercera-vez-en-un-ano-por-alza-de-impuesto.shtml>

18 De acuerdo a Senda (2011), *binge drinking* corresponde a episodios en que un individuo consume una cantidad lo suficientemente elevada como para llegar a concentraciones de alcohol en sangre de 0,8 g/l o más; ello podría ser alcanzado con el consumo de 5 o más tragos en un periodo de aproximadamente 2 horas, lo que corresponde a aproximadamente 60 g de alcohol puro.

19 Para los lugares que aún están utilizando la versión del AUDIT no ajustada a la realidad chilena, habría que cambiar el fraseo de una pregunta: ¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?, bajando el número de tragos estándar mencionados a más de 3 tragos en la mujer o 4 tragos en el hombre.

20 Se estima en menos de 100.000 las intervenciones individuales terapéuticas realizadas en un año para personas con adicción al alcohol o a otras drogas y se tratan individualmente en Chile aproximadamente 750.000 diabéticos todos los años. Sin embargo, la diabetes y las adicciones tienen prevalencias globales bastante similares (cerca de 9% en adultos mayores de 15 años).



ños asociados a alcohol (Holder et al., 2000; Leifman et al., 2013). Existe una oportunidad única, considerando los planes en este campo tanto de Senda como del Minsal, para avanzar sostenidamente en este camino, incluyendo el trabajo con municipios para progresar en la temática de patentes de alcohol, densidad de puntos de venta, horarios y publicidad. Se requiere un trabajo coordinado, basado en las realidades locales, que se nutra de la mejor evidencia disponible, culturalmente apropiado, participativo e intersectorial, y concatenado con una política nacional de alcohol. Este esfuerzo debe ser evaluado, siendo fundamental el desarrollo de procesos de intercambio de conocimientos y experiencias exitosas y el fortalecimiento continuo de las acciones comunitarias, considerando el aprendizaje.

#### **7. Formación de recursos humanos de salud con habilidades para consejería breve y tratamiento inicial de adicciones**

La mayoría de los profesionales de la salud al egresar saben manejar enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, pero han desarrollado escasamente competencias para el abordaje del beber riesgoso y consumo de sustancias adictivas. Es fundamental fortalecer la formación de pre y postgrado, así como la de quienes ya están trabajando en los servicios, respecto al problema de alcohol, tanto en los profesiones del área de la salud como en las demás, pues se trata de un fenómeno complejo que requiere un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Lo anterior está respaldado por múltiple evidencia respecto a la importancia de fortalecer los servicios de salud en cuanto a la prevención, detección y manejo de problemas asociados al consumo de alcohol (Angus et al., 2014).

#### **8. Abogacía y sensibilización social para contribuir a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso riesgoso del alcohol**

Se requerirá de décadas para aumentar la percepción de riesgo y modificar las creencias y representaciones sociales asociadas al consumo de alcohol en Chile. Sin embargo, es posible lograrlo, al menos por analogía, ya que este fenómeno está ocurriendo respecto al consumo de tabaco en nuestro país. Pero para ello se requiere un abordaje culturalmente apropiado, planificado y sistemático, con fuertes desincentivos económicos al consumo y otras estrategias poblacionales, junto a consistencia a todo nivel, desde las políticas públicas hasta el seno más íntimo de la crianza familiar. La consistencia e integridad generan confianza, y esta, a su vez, promueve

un ambiente que facilitaría el bienestar general y desarrollo comunitario saludable en Chile.

Los modelos sociales son fundamentales. Mientras haya adultos que beban riesgosamente o manifiesten conductas y comentarios positivos hacia la ingesta de alcohol habrá jóvenes que reproduzcan la conducta. Es preocupante que en Chile se asocie culturalmente la ingesta de alcohol a diferentes situaciones e interacciones sociales, siendo asociado con instancias de diferente índole, como compañerismo, celebración, decaimiento, etc. Se podría decir que el consumo de alcohol en Chile constituye una estrategia de afrontamiento indiferenciada.

Esta recomendación es particularmente relevante de acuerdo a los planteamientos del Reporte Mundial sobre Alcohol y Salud (OMS, 2014) y requiere un abordaje sociocultural pertinente al contexto local.

#### **9. Fiscalización**

Como elemento complementario a las recomendaciones previas, se requiere inversión de recursos para asegurar la adecuada fiscalización de las leyes y estrategias que se implementen. Si bien existe una alta formalidad de la industria del alcohol chilena, bajo nivel de evasión tributaria, venta ilegal, etc., resulta fundamental fortalecer tanto la regulación como la fiscalización.

Finalmente, es importante considerar que existen herramientas de modelamiento, como por ejemplo el denominado *Sheffield Alcohol Policy Model* (SAPM) (Brennan et al., 2014), que permiten estimar el impacto potencial de distintas medidas de política pública respecto al consumo riesgoso de alcohol.

Chile tiene una oportunidad única de avanzar en políticas y estrategias que permitan disminuir el consumo riesgoso de alcohol y sus consecuencias. Debemos valorar el enorme nivel de evidencia e información local disponible para la toma de decisiones (la mayor parte de los países latinoamericanos no disponen de ello). Creemos que la Universidad tiene un rol fundamental en la transferencia de este conocimiento tanto a tomadores de decisión como a la comunidad, ya que finalmente es esta la que debería generar, en un proceso *bottom up*, las políticas públicas necesarias para mejorar la calidad de vida y el desarrollo sustentable de los chilenos.

## Anexo

Tabla 1 | **Consumo de alcohol episódico excesivo (*binge drinking*) en bebedores de última semana, según edad y sexo. ENS Chile 2009 - 2010**

EDAD	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	n	PREVALENCIA	n	PREVALENCIA	n	PREVALENCIA
15 - 24	136	40,5 (29,3-52,7)	99	34,7 (23,4-47,9)	235	38,5 (30,1-47,7)
25 - 44	340	42,5 (32,9-52,7)	277	27,8 (19,9-37,2)	617	37,3 (30,3-44,9)
45 - 64	314	33,0 (25,1-42)	247	21,1 (14,1-30,3)	561	28,7 (22,9-35,2)
≥ 65	135	22,2 (13-35,4)	95	11,2 (3,5-30,7)	230	18,0 (11,2-27,8)
TOTAL	925	37,7 (32,2-43,6)	718	25,5 (20,7-31)	1.643	33,4 (29,4-37,7)

Fuente: elaboración propia en base a ENS 2010, consumos de última semana de al menos un episodio superior a 60 g en hombres o 40 g en mujeres.

## Referencias

- Alwan, A.** (ed), 2011. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization. Disponible en: <http://www.cabdirect.org/abstracts/20113168808.html>.
- Ameratunga, S., Hijar, M. & Norton, R.**, 2006. Road-traffic injuries: confronting disparities to address a global-health problem. *Lancet*, 367(9521), 1533–1540. doi:10.1016/S0140-6736(06)68654-6.
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., Hastings, G.**, 2009. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 229–243. doi: 10.1093/alcalc/agn115.
- Angus, C., Latimer, N., Preston, L., Li, J. & Purshouse, R.**, 2014. What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, DOI: 10.3389/fpsy.2014.00114.
- Australian National Preventive Health Agency**, 2014. *Alcohol Advertising: The effectiveness of current regulatory codes in addressing community concern*. Draft. Disponible en: <http://www.anpha.gov.au/internet/anpha/publishing.nsf/Content/draft-report-alcohol-advertising>.
- Babor, T.**, 2010. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford University Press. Disponible en: <http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=PEgfRm-JYKisC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Alcohol:+No+Ordinary+Commodity&ots=ro95-EhFgA&sig=eVnGFIJZ0mc-3cXQ4DExw96uscMw>.
- Babor, T.F. & Caetano, R.**, 2005. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 18(4-5), 327–337.
- Babor, T.F. Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G.**, 2001. *The alcohol use disorders identification test. Guidelines for Use in Primary Care*, 2. Disponible en: [http://files.medilav.net/200000023-394a23a470/WHO\\_ALCOOL%20%20MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://files.medilav.net/200000023-394a23a470/WHO_ALCOOL%20%20MSD_MSB_01.6a.pdf).
- Brennan, A., Meier, P., Purshouse, R., Rafia, R., Meng, Y., Hill-McManus, D., Angus, C. & Holmes, J.**, 2014. The Sheffield Alcohol Policy Model: A Mathematical Description, *Health Economics*, DOI: 10.1002/hec.3105.
- Campbell, C., Hahn, R., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J.**, (...), 2009. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 556–559.
- Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M. & Monteiro, M.**, 2004. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 782–793. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito de Chile, CONASET, 2013.
- Díaz, V., Cumsille, M.A. & Bevilacqua, J.A.**, 2003. Alcohol and hemorrhagic stroke in Santiago, Chile. A case-control study. *Neuroepidemiology*, 22(6), 339–344. doi:72923.
- Drummond, C., Pilling, S., Brown, A., et al.**, 2011. Alcohol-use disorders: The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. *Clinical Guideline*, 115. London: National Collaborating Centre for Mental Health, NICE.
- Elder, R.W., Lawrence, B., Janes, G., Brewer, R.D., Toomey, T.L., Hingson, R.W., et al.**, 2007. Enhanced enforcement of laws prohibiting sale of alcohol to minors: systematic review of effectiveness for reducing sales and underage drinking. *Transportation Research E-Circular (E-C123)*, 181–8.
- Ferrari, P., Licaj, I., Muller, D.C., Andersen, P.K., Johansson, M., Boeing, H., (...) Romieu, I.**, 2014. Lifetime alcohol use and overall and cause-specific mortality in the European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (EPIC) study. *BMJ Open*, 4(7), e005245. doi:10.1136/bmjopen-2014-005245.
- Giesbrecht, N., Marquez, J. & Sapag, J.C.**, 2009. *A National alcohol strategy for reducing high-risk drinking and damage from alcohol in Chile*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

- Giesbrecht, N., Sapag, J.C., Pemjean, A., Márquez, J., Khenti, A., Rehm, J., & Minoletti, A.**, 2013. A national alcohol strategy for Chile: Rationale, development, content and status of implementation. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 2(2), 17–29. doi:10.7895/ijadr.v2i2.128.
- Hahn, J.A., Samet, J.H.**, 2010. Alcohol and HIV disease progression: weighing the evidence. *Curr HIV/AIDS Rep*, 7, 226–233. doi: 10.1007/s11904-010-0060-6.
- Holder, H.D., Gruenewald, P.J., Ponicki, W.R.**, 2000. Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA*, 284, 2341–2347.
- IARC**, 2010. *Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate*, 96.
- Leifman, H., Sundelin, M., Raninen, A.**, 2013. *General recommendations on community based alcohol and drug prevention, Generic ADPY report 2013*. Stockholm, CAN: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Longest, B.B.**, 2002. *Health policymaking in the United States*. Disponible en: [http://www.just.edu.jo/CoursesAndLabs/introduction%20to%20health%20policy\\_ph%20731/Syllabus\\_Health\\_Policy.doc](http://www.just.edu.jo/CoursesAndLabs/introduction%20to%20health%20policy_ph%20731/Syllabus_Health_Policy.doc).
- Middleton, J.C., Hahn, R.A., Kuzara, J.L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., et al.**, 2010. Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*, 39, 575–589. doi: 10.1016/j.amepre.2010.09.015.
- Minsal**, 1998. *Impacto económico del uso de alcohol en Chile*.
- Minsal**, 2008. *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Departamento de Epidemiología.
- Minsal**, 2010. *Estrategia Nacional sobre alcohol: reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Un desafío bicentenario para Chile*. Documento de Trabajo, Comité Interministerial. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=563360&indexSearch=ID>.
- Minsal**, 2011. Consumo de alcohol y problemas relacionados. En: capítulo V.2.6. *Informe final Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009 - 2010*. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública**, 2011. Conace. *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*.
- Monteiro, M.G.**, 2007. *Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción*. Biblioteca Sede OPS-Catagación En La Fuente. Washington, DC: OPS. Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy/CIPA/Ponencias/301106-MMonteiro-Presidencia.pdf>.
- OMS**, 2010. *Global strategy to reduce harmful use of alcohol*. Accedido el 5 de enero de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/).
- OMS**, 2014. *Global status report on alcohol and health*. Accedido el 5 de enero de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).
- Organización Mundial del Comercio**, 1999. *Chile: impuestos a las bebidas alcohólicas*. Disponible en: <http://regimenjuridicodelcomercioexterior.com/pdf/Chile%20-%20Impuestos.pdf>.
- Orpinas, P., Valdés, M., Pemjean, V., Florenzano, R., Noqueira, R. & Hernández, J.**, 1991. Validación de una escala breve para la detección de beber anormal (EBBA) [Validation of a brief scale to detect abnormal drinking (EBBA)]. In: R. Florenzano, N. Horwitz, M. Penna, & M. Correa (Eds.), *Temas de salud mental y atención primaria de salud [Issues of mental health and primary health care]* (pp. 185-193). Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria.
- Purshouse, R.C., Meier, P.S., Brennan, A., Taylor, K.B. & Rafia, R.**, 2010. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*, 375(9723), 1355–1364. doi:10.1016/S0140-6736(10)60058-X.
- Rabinovich, L., Brutscher, P.B., de Vries, H., Tiessen, J., Clift, J., & Reding, A.**, 2009. *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the Link between Alcohol Affordability, Consumption and Harms*. Cambridge: Rand Corporation. Disponible en: <https://www.firma-web.ch/docs/558291841f59148f091e1497f9b9c45f/Eutechnicalreport.pdf>
- Rehm, J.**, 2014. Russia: lessons for alcohol epidemiology and alcohol policy. *The Lancet*, 383(9927), 1440–1442. doi:10.1016/S0140-6736(14)60038-6.
- Rehm, J., & Monteiro, M.**, 2005. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 18(4-5), 241–248.
- Rose, G.**, 2001. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427–432; discussion 433–434.
- Ruidavets, J.B., Ducimetière, P., Evans, A., Montaye, M., Haas, B., Bingham, A., (...) Ferrières, J.**, 2010. *Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME)*. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c6077.

- Senda**, 2014. *Observatorio chileno de alcohol y drogas. Décimo estudio de drogas en población escolar*. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo-escolares-2013.pdf>
- Senda**, 2013. *Observatorio chileno de alcohol y drogas. Décimo estudio en población general*. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf>
- Senda**, 2011. Victimización y alcohol: Asociación entre frecuencia mensual y consumo intenso de alcohol con reporte de eventos violentos. *Boletín Número 5, Observatorio Chileno de Drogas*. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/boletines/boletin05/>.
- Silveri, M.M.**, 2012. Adolescent brain development and underage drinking in the United States: identifying risks of alcohol use in college populations. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 189–200. doi:10.3109/10673229.2012.714642.
- Valdivia, G. y Margozzini, P.**, 2012. Encuestas Nacionales de Salud: un ejemplo de instrumentos esenciales para contribuir al diseño de políticas de salud. *Persona y Sociedad*, 24(1), 147-174. Universidad Alberto Hurtado.
- Wagenaar, A.C., Salois, M.J. & Komro, K.A.**, 2009. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* (Abingdon, England), 104(2), 179–190. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x





PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

# Centro UC

## Políticas Públicas

**[www.politicaspUBLICAS.uc.cl](http://www.politicaspUBLICAS.uc.cl)**  
**[politicaspUBLICAS@uc.cl](mailto:politicaspUBLICAS@uc.cl)**

### **SEDE CASA CENTRAL**

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.  
Teléfono (56) 22354 6637.

### **SEDE LO CONTADOR**

El Comendador 1916, Providencia.  
Teléfono (56) 22354 5658.

### **CENTRO UC DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

- Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina