

Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol

Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol

2011 - 2014



ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS Y ALCOHOL 2011 - 2014



ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS Y ALCOHOL 2011-2014

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile

Santiago, Chile. 2011

El contenido de esta publicación fue elaborado por un equipo interdisciplinario de CONACE, con la colaboración de otras instituciones que trabajan en la problemática de drogas y alcohol.

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
I. PRESENTACIÓN	9
PARTE 1	
II. RESUMEN EJECUTIVO	13
III. CRITERIOS ORIENTADORES	21
IV. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL EN CHILE	23
V. CÓMO ENFRENTAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS Y EL ALCOHOL EN CHILE	27
VI. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS Y ALCOHOL Y SU MODELO DE ACCIÓN	29
PARTE 2	
I. PREVENIR	33
II. RECUPERAR	43
II.1 TRATAR Y REHABILITAR	44
II.2 INTEGRAR	49
III. EJES TRANSVERSALES	51
REFERENCIAS	53

PRÓLOGO

El Gobierno del Presidente Sebastián Piñera, inspirado en el anhelo de construir una sociedad de oportunidades, de seguridades y de valores, está trabajando para enfrentar todos y cada uno de los desafíos que tenemos como país, con la más plena convicción de que cada uno de los chilenos merece una vida mejor, más próspera y segura.

Prevenir el consumo de drogas y la ingesta nociva de alcohol es así una de nuestras prioridades y para ello estamos trabajando día a día de manera clara y decidida. Una sociedad con menos droga es una sociedad más segura y que se compromete con el desarrollo y el futuro de sus niños y jóvenes.

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014, nace como la primera en el país que aborda de manera conjunta la prevención y tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol, poniendo a disposición de todo el país múltiples políticas, programas, proyectos y acciones que se implementarán progresivamente con la mirada puesta siempre en tener un impacto real en las personas, familias y la comunidad en general.

La Estrategia guiará el trabajo del Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, creado por la ley 20.502, que será el continuador de Conace. Senda, como llamaremos a esta nueva institución, dotará al país de más y mejores herramientas para la construcción de una política pública efectiva y coherente en esta materia, cuyos principales ejes serán la Prevención -en escuelas, en lugares de trabajo y en la comunidad- y la Recuperación de las personas que tienen un consumo problemático de sustancias, a través del tratamiento y de la integración social. En este último punto nos hemos propuesto un avance sustantivo para ir más allá de la sola rehabilitación, ofreciendo nuevas oportunidades a quienes hayan sufrido las consecuencias de un consumo problemático, entregándoles la posibilidad de retomar su vida, trabajo, estudios y lazos familiares y sociales, muchas veces deteriorados por esta situación. Sabemos que este camino no es fácil y que compromete no solo la decisión y voluntad de este Gobierno, sino también el fuerte compromiso de todos los chilenos.

Este documento presenta metas e indicadores concretos a lograr en materia de reducción de la demanda de drogas y alcohol, hacia el fin del período de este gobierno. Nuestro mayor esfuerzo se concentrará en los grupos más vulnerables y jóvenes.

Como Ministro del Interior y Seguridad Pública, me enorgullezco en presentar esta nueva herramienta y agradezco a todos los ciudadanos, expertos, alcaldes, parlamentarios, autoridades, y funcionarios del Conace y el Ministerio de Salud que colaboraron con la elaboración de la Estrategia.

Nuestras esperanzas están puestas en que, prontamente, el nombre de Chile ocupe una posición privilegiada en términos de logros en la disminución de los niveles de consumo de drogas y de alcohol, y que todos los chilenos, pero especialmente los más jóvenes y los que más lo necesitan, sean beneficiados.



RODRIGO HINZPETER K.
Ministro del Interior y Seguridad Pública

I. PRESENTACIÓN

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol define las líneas de acción a desarrollarse en este ámbito en el período de gobierno 2011-2014. Ésta, busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para lograr estos objetivos, la Estrategia contempla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo hasta intervenciones complejas de tratamiento, rehabilitación e integración de los consumidores problemáticos de estas sustancias.

Esta estrategia se presenta como un plan de acción integral que involucra a todos los grupos comprometidos con la temática, con base en la mejor evidencia científica y considerando los estudios de costo-efectividad disponibles.

La Estrategia fue desarrollada durante el año 2010 por los equipos técnicos del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), y del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, basándose en el programa de gobierno del Presidente Sebastián Piñera. Se incorporaron, asimismo, como antecedentes, documentos como la evaluación de la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008, la Estrategia Nacional sobre Alcohol desarrollada por el Ministerio de Salud, y el trabajo conjunto realizado durante el año 2010 entre el Ministerio del Interior y la bancada parlamentaria Chile Libre de Drogas.

Además, durante el mes de octubre y noviembre de 2010, se realizó un proceso de Consulta Pública para verificar que las principales líneas de acción definidas en la Estrategia tuvieran correspondencia con las necesidades de la población. A través de una encuesta en línea, la ciudadanía opinó sobre los principales objetivos y lineamientos en materia de prevención, tratamiento-rehabilitación e integración. Paralelamente, se analizaron en profundidad experiencias extranjeras relacionadas con el diseño de estrategias y planes nacionales de drogas y alcohol, entre las cuales se pueden mencionar los casos de Canadá, Brasil, Estados Unidos, Australia, España y el Reino Unido.

Esta Estrategia nos asegura como país, la definición de una ruta clara de trabajo en todos los ámbitos identificados como relevantes para lograr la reducción de pérdida de libertades y vidas asociadas al consumo de drogas y de alcohol, asegurar niveles más altos de seguridad pública y avanzar en la meta impuesta de un desarrollo social con seguridades y oportunidades. Además, se refleja la necesidad de un trabajo coordinado y sinérgico entre el Ministerio del Interior y los Ministerios de Salud, de Educación, de Justicia, de Trabajo, de Vivienda y de Transportes y Telecomunicaciones (a través de la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito, CONASET), para dar una respuesta frontal y decidida a esta problemática.

La Estrategia se estructura de la siguiente manera:

En una primera parte se presenta el resumen ejecutivo con un diagnóstico del problema actual de consumo de drogas y alcohol en Chile, los objetivos, las áreas temáticas prioritarias y los grupos de la población en los que se focalizarán las principales políticas, programas y acciones a desarrollar con el fin de lograr los objetivos propuestos. Además, se establecen los criterios que orientarán cada uno de los programas y acciones que se desprendan de la mencionada Estrategia.

En una segunda parte, se profundiza en el diagnóstico, objetivos y contenidos de cada una de las áreas temáticas donde se desarrollarán iniciativas. A la vez, en esta sección se presentan medidas complementarias a las descritas en el resumen ejecutivo. Aún cuando estas medidas adicionales, no son las propuestas rectoras de la Estrategia, constituyen un apoyo imprescindible para la concreción exitosa de éstas últimas.



FRANCISCA FLORENZANO VALDÉS,
Secretaria Ejecutiva
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol
2011 - 2014

Parte



II. RESUMEN EJECUTIVO

1. El problema de consumo de drogas y alcohol en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes ni para todos los grupos de edad o niveles socioeconómicos, sino que se focaliza en el alto nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente, el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto nivel de consumo de riesgo de alcohol en toda la población.
 - a. Reducir un 15% la prevalencia anual de consumo de marihuana en población escolar.
Línea base: 15,1% de alumnos de Octavo Básico a Cuarto Medio.
Número total actual: 145.905 estudiantes.
Número a reducir: 21.886 estudiantes.
 - b. Disminuir un 15% la prevalencia anual de consumo de pasta base en población vulnerable.
Línea base: 1,42%.
Número total actual: 45.220 personas.
Número a reducir: 6.783 personas.
 - c. Disminuir un 10% la prevalencia anual de consumo de cocaína en población escolar.
Línea base: 3,4%.
Número total actual: 33.039 estudiantes.
Número a reducir: 3.304 estudiantes.
 2. El consumo de marihuana y de alcohol en edades tempranas ha sido identificado como la puerta de entrada hacia otras drogas más complejas que producen mayor nivel de adicción, trayectorias de consumos más largas y problemáticas y consecuencias sociales más adversas. Por ello, el primer gran desafío es actuar precoz y eficazmente durante la niñez y adolescencia temprana, con especial énfasis en políticas destinadas a evitar que estos grupos etarios consuman tales sustancias.
 3. En el caso del consumo problemático de pasta base y cocaína, aún cuando tienen prevalencias más bajas en la población general, son drogas que poseen un alto poder adictivo y un alto grado de consumo en la población infractora de ley. Por tal motivo, la segunda meta será la reducción del consumo problemático de estas sustancias en poblaciones más vulnerables.
 4. El consumo de riesgo de alcohol resulta problemático, principalmente por las consecuencias sociales y sanitarias derivadas de éste, y en particular por su directa relación con la comisión de delitos de mayor connotación social, entre los cuales destacan agresiones y accidentes de tránsito, y enfermedades y discapacidades. Así, la tercera meta será la modificación del patrón de consumo de alcohol, en términos de conseguir una importante reducción de la cantidad, frecuencia e intensidad dicho consumo por parte de los chilenos.
 5. En el ámbito de las drogas ilícitas, las metas a lograr, a Marzo de 2014, son las siguientes:
 - d. Reducir un 15% la prevalencia anual de consumo de alcohol en población escolar.
Línea base: 57% de alumnos de Octavo Básico a Cuarto Medio.
Número total actual: 552.698 estudiantes.
Número a reducir: 82.905 estudiantes.
 - e. Disminuir un 15% la prevalencia anual de consumo de riesgo de alcohol en la población mayor de 18 años.
Línea base: 16.8%.
Número total actual: 947.464 personas.
Número a reducir: 142.119 personas.
 - f. Reducir un 20% los accidentes de tránsito vinculados al consumo de alcohol en población general.
Línea base: 8.2%.
Número total actual: 4.626 accidentes.
Número a reducir: 925 accidentes.
- En el ámbito del alcohol, las metas a lograr, a Marzo de 2014, son las siguientes:

Tanto el logro de estas metas como la implementación de las acciones que se proponen en la Estrategia, serán coordinados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).

PRINCIPALES LÍNEAS DE ACCIÓN

PREVENCIÓN

6. La prevención del consumo de drogas y alcohol se define como un “conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo”¹. El énfasis en esta materia estará orientado a que los menores de edad en Chile no consuman drogas ni alcohol.
7. Los esfuerzos de prevención en Chile se han centrado principalmente en medidas universales e inespecíficas con logros dispares y poco apreciables en los estudios de consumo de drogas en población escolar. Las principales dificultades de la actual oferta programática preventiva se deben a la parcelación y descoordinación entre los diferentes ámbitos de intervención, la duplicidad de programas con diferentes enfoques teóricos y la falta de evaluación de las iniciativas.
8. El nuevo Sistema Integrado de Prevención, Chile Previene, sistematiza la política de prevención que hasta ahora se había desarrollado en el país, y la transforma en un sistema que, por una parte gestiona, implementa y evalúa las iniciativas programáticas existentes; y, a la vez, diseña, coordina, y monitorea programas e intervenciones más específicos y acordes a las necesidades de las poblaciones más vulnerables y complejas. Así, se busca obtener una visión sistémica, integral y organizada de la prevención de consumo de drogas y alcohol en el país, que tenga su expresión y correlato en los distintos ámbitos donde se desenvuelve la vida de las personas y en donde prevenir ha demostrado ser efectivo: Escuela, Comunidad y Trabajo.

CHILE PREVIENE EN LA ESCUELA.

9. Chile Previene en la Escuela es un modelo de gestión y desarrollo de oferta programática específica que pretende lograr en los establecimientos educacionales un trabajo articulado, coherente y que responda de forma efectiva a las necesidades de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. El objetivo de este sistema es aumentar la percepción de los riesgos que conlleva el consumo de drogas y alcohol, y evitar que los estudiantes desarrollen conductas de riesgo asociadas que generalmente derivan en violencia, infracciones a la ley, problemas de salud mental y física y deserción escolar. El trabajo detrás de esta propuesta está planificado con una duración de tres años en cada establecimiento educacional, más un cuarto año de acompañamiento para apoyar la autogestión de las prácticas instaladas y aumentar la probabilidad de que éstas se mantengan en el tiempo. A partir de 2012, este modelo de gestión de prevención se pondrá a disposición de todos los establecimientos educacionales del país, para que éstos puedan aplicarlo con asesoría técnica del CONACE.

El sistema Chile Previene en la Escuela logrará, a Marzo de 2014, llegar a todos los establecimientos educacionales del país, sean estos municipales, particulares subvencionados o particulares pagados.

10. La Certificación de Escuelas Preventivas tiene por objetivo habilitar a los establecimientos educacionales para el diseño e implementación de un proyecto educativo con un componente efectivo de prevención y establecer estándares que reflejen el nivel de aplicación de dicho proyecto educativo. Este trabajo se realizará coordinadamente con el Ministerio de Educación. Para su certificación, los establecimientos deberán realizar acciones en cuatro ámbitos del quehacer educativo, cada uno de los cuales tendrá actividades específicas a desarrollar. Los ámbitos de acción son: integración curricular y competencias preventivas, involucramiento escolar, gestión escolar e integración con el medio.

Para Marzo de 2014, se espera llegar a certificar 1.500 establecimientos de todo el país.

11. La inclusión curricular de temáticas preventivas se fundamenta en el giro conceptual de la prevención adoptado el CONACE, donde los énfasis transitan desde un foco de atención en la conducta-problema, hacia una apuesta por el desarrollo de habilidades, saberes y actitudes dirigidos a fortalecer los factores protectores, y reducir de ese modo los factores de riesgo en la población escolar.

Se entiende por inclusión curricular el proceso de instalación de temáticas preventivas en los distintos espacios pedagógicos (contenidos mínimos obligatorios, objetivos fundamentales transversales, reuniones de apoderados, consejos de curso, entre otros), de manera que se garantice que tanto los niños, niñas y adolescentes, en general, de un establecimiento educacional dado, así como sus familias, sean sujetos de prevención.

La inclusión curricular se articulará en torno a tres estrategias de instalación progresivas: cursos de formación preventiva a la comunidad educativa, guía didáctica estratégica de prevención y rediseño del contenido y metodologías de aplicación del Programa Continuo Preventivo.

CHILE PREVIENE EN LA COMUNIDAD

12. Las dinámicas, causas y consecuencias sociales del consumo de drogas y alcohol ocurren mayoritariamente en el territorio comunal y/o barrial. Allí confluyen los sectores residenciales, los locales de expendio de alcohol y el tráfico de drogas ilícitas. Además, las comunas son el espacio natural e inmediato de la vida cotidiana y de la participación de la ciudadanía.

Hasta 2010, 204 comunas se han incorporado al Programa Comunal de Prevención, conocido también como Previene. Este programa nació con la finalidad de instalar una política de drogas a nivel comunal, a través de oficinas, profesionales y actividades del CONACE, en convenio con los municipios, y el objetivo de implementar acciones coordinadas para prevenir el consumo en territorios y comunidades.

En la actualidad, este programa se ha convertido en una estructura fija de traspaso de recursos financieros a las comunas, con logros importantes en ciertos ámbitos de instalación de una política preventiva en algunos municipios del país. Pero también enfrenta serias limitaciones para cumplir el objetivo inicial del programa de instalar y consolidar una política antidroga, con metas claras de corto, mediano y largo plazo, y con un sistema de seguimiento, evaluación y sistematización de esta experiencia deficiente.

Dado los antecedentes presentados, el Programa Chile Previene en la Comunidad, componente clave en la articulación de la tríada del Chile Previene, se presenta como un modelo de gestión y desarrollo de oferta programática específica. Por medio de él se pretende apoyar a los gobiernos locales y a la comunidad civil para que ellos definan y lleven a cabo un trabajo planificado, articulado, coherente y que responda de forma costo-efectiva a las necesidades preventivas del consumo de drogas y alcohol de los habitantes de sus comunas y barrios. Los puntos centrales del Chile Previene en la Comunidad son los siguientes:

13. **Desarrollo de un plan local de drogas y alcohol:** A partir del 2011, se comenzará a trabajar en el desarrollo de planes de drogas y alcohol a nivel local, con la respectiva planificación de su proceso de implementación. Este trabajo será coordinado por los encargados de prevención comunal y se apoyará en la creación de comisiones comunales de alcohol y drogas que contarán con la participación de representantes del municipio y de la comunidad local. Un punto crítico de este plan es la definición de un diagnóstico acabado de la situación comunal y barrial, con el fin de definir los programas y planes de acción, además de una cartera de proyectos específicos para las necesidades de cada territorio.
14. **Creación de un Centro de Análisis Comunal y Barrial de factores de riesgo, protectores y distribución espacial de las características contextuales que inciden en estos fenómenos:** El objetivo de este centro es la generación de información periódica y actualizada sobre la realidad del fenómeno de drogas y alcohol a nivel local, para ponerla a disposición de las respectivas oficinas comunales y regionales de CONACE, como también, para estar en condiciones de ofrecerla a todas las organizaciones y grupos de interés del país que así lo requieran.
15. **Apoyo a iniciativas locales de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social de personas en riesgo:** Como una manera de apoyar el desarrollo diferenciado y de flexibilizar el marco de acción de los programas comunales y barriales del Programa Chile Previene en la Comunidad, se creará un Fondo Nacional de Financiamiento Concursable al que accederán aquellas municipalidades que desarrollen planes de lucha contra las drogas y el alcohol, presenten diagnósticos comunales y elaboren carteras de proyectos a financiar con dichos recursos. La idea fundamental de este instrumento concursable es recoger las necesidades específicas del territorio y financiar aquellos proyectos que aborden la particularidad de la región o comuna que postula, complementando los programas diseñados a nivel central.

16. Sistema de **Certificación del Programa Chile Previene en la Comunidad**, cuyo objetivo será poder acreditar el desarrollo e implementación de un componente efectivo de prevención en las comunas y barrios, con definición de orientaciones técnicas claras y estándares de calidad que reflejen el nivel de avance de los municipios y las organizaciones sociales en la materia.
17. Junto a lo anterior, se trabajará en la identificación y compilación de un conjunto de iniciativas y programas preventivos efectivos desarrollados en el territorio nacional, que pueden ser considerados **“Buenas Prácticas en el ámbito de la Prevención en Chile”**. El objetivo de este proyecto es poner a disposición de los municipios, organizaciones sociales y otras instituciones involucradas en el trabajo preventivo comunitario, un conjunto de iniciativas cuyos diseños estén basados en la mejor evidencia nacional e internacional disponible, y que tengan evidencia empírica de logro de resultados y de impacto esperado.

CHILE PREVIENE EN EL TRABAJO

18. Los objetivos de la intervención preventiva en este espacio son: desincentivar el consumo de drogas, disminuir el consumo de alcohol de trabajadores y trabajadoras, y entregar conocimientos y herramientas para empoderarlos como agentes preventivos del consumo de drogas y alcohol al interior de su espacio de trabajo y en sus familias.
19. El programa Chile Previene en el Trabajo se basa en tres líneas estratégicas fundamentales: a) una mirada sistémica de la prevención que permitirá vincular la estrategia de intervención laboral tanto con el contexto escolar (Chile Previene en la Escuela), como con el comunitario (Chile Previene en la Comunidad); b) la focalización de las intervenciones en la micro y pequeña empresa, dado que este segmento concentra a la población de mayor vulnerabilidad y condiciones más precarias de trabajo; y c) la incorporación de programas y recomendaciones basadas en evidencia, así como la evaluación de los procesos e impacto de cada programa en particular.
20. Chile Previene en el Trabajo tendrá tres ámbitos de aplicación: a) acción preventiva, dirigida a toda la población laboral; b) atención a la demanda, detección precoz y derivación a tratamiento; y c) reinserción laboral orientada a la continuidad al puesto de trabajo una vez finalizado el tratamiento. Este programa se implementará, a Marzo de 2014, en 2.000 organizaciones públicas y privadas a lo largo de todo el país.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN GENERAL

21. Los esfuerzos de prevención del consumo de riesgo de alcohol se concentrarán en el fortalecimiento de una cultura de sana convivencia con el alcohol, y evitar el consumo problemático de éste. Para lograr este objetivo, se trabajará en: a) restricción de la disponibilidad física de alcohol; b) disminución de la disponibilidad económica de bebidas alcohólicas; c) aumento de medidas preventivas y sancionadoras de la conducción bajo los efectos del alcohol; y d) fortalecimiento de estrategias de información masiva y educación al respecto para toda la población.

22. Los esfuerzos de prevención del consumo de riesgo de alcohol se concentrarán en el fortalecimiento de una cultura de sana convivencia con el alcohol, y evitar el consumo problemático de éste. Para lograr este objetivo, se trabajará en: a) restricción de la disponibilidad física de alcohol; b) disminución de la disponibilidad económica de bebidas alcohólicas; c) aumento de medidas preventivas y sancionadoras de la conducción bajo los efectos del alcohol; y d) fortalecimiento de estrategias de información masiva y educación al respecto para toda la población.
23. La disponibilidad física de las bebidas alcohólicas -vale decir, oferta y acceso a las mismas- es un factor que incide fuertemente en el consumo nocivo de alcohol³. Los esfuerzos en este ámbito se pondrán en: a) revisión y redefinición del actual sistema de concesiones de patentes para la venta de diferentes bebidas alcohólicas; b) estricta aplicación del cumplimiento de la ley que prohíbe la venta de alcohol a menores de edad en el país (acompañada de severa fiscalización de la edad mínima para adquirir alcohol); y c) restricción del horario de venta de alcohol en los diferentes recintos autorizados para ello.
24. Como una primera medida en este ámbito se trabajará en la revisión y redefinición del actual sistema de concesiones de patentes para la venta de diferentes bebidas alcohólicas. Dentro de las medidas claves a incluir en esta redefinición están mejorar los estándares de exigencias del proceso de otorgamiento de las patentes de alcohol, reconsiderar la autorización de patentes de expendio de alcohol por tiempos limitados, el aumento del actual valor de dichas patentes y la disminución del número máximo de patentes de expendio de bebidas alcohólicas por número de habitantes. A la vez, se trabajará en el desarrollo de un sistema centralizado de planificación y fiscalización del otorgamiento de patentes de alcohol, y de generación de información del ciclo de vida de las patentes que delimite duración, prórroga o caducidad de éstas.
25. En Chile la edad mínima fijada por ley para la venta de alcohol es de 18 años. Sin embargo, la fiscalización de esta ley es muy limitada y el consumo de alcohol en el último año en menores de edad se ha mantenido en alrededor de un 50% del universo posible en la última década. Con el fin de dar fiel cumplimiento de la normativa legal vigente relativa a la venta de alcohol a menores de 18 años, se fortalecerá el rol fiscalizador y sancionador de los municipios y de Carabineros de Chile en estas materias.
26. En el ámbito de la restricción de la disponibilidad económica del alcohol, los estudios demuestran que el costo de acceso a las bebidas alcohólicas es un factor determinante del nivel y patrón de consumo de un país. El aumento en el precio al detalle del alcohol se traduce en una disminución de las tasas de consumo, principalmente en personas que beben en exceso, poblaciones socio-económicamente vulnerables y en consumidores jóvenes⁴.
27. Para disminuir los niveles de consumo de alcohol per cápita se evaluará, dentro del Gobierno y en conjunto con el Ministerio de Hacienda, el incremento del costo de acceso a bebidas alcohólicas al detalle mediante un aumento del impuesto al alcohol.
28. En cuanto a **la conducción bajo los efectos del alcohol**, se trabajará en la implementación del Plan "Calles sin Alcohol", el que se basa en medidas tanto legislativas como administrativas que tienen por finalidad cambiar los hábitos de conducción bajo los efectos del mismo y reducir por esta vía de manera sustantiva los accidentes ligados a su consumo en exceso en calles y carreteras. Las principales medidas legislativas son el endurecimiento de penas para la conducción bajo efectos del alcohol y la reducción del nivel de alcohol en la sangre permitido para la conducción de vehículos y maquinarias.
29. Para desincentivar la conducción en estado de ebriedad o bajo la influencia de las drogas, se propondrá una modificación legal que permita distinguir entre la reacción de carácter punitivo (penal) que adopta el Estado, de la reacción administrativa, en los casos de conducción bajo la influencia del alcohol. Dicha modificación legislativa buscará establecer que todo aquel que conduzca con una dosificación superior a 0,3 gramos por mil de alcohol en la sangre sea sancionado con la suspensión de la licencia de conducir. Esta sanción, de carácter administrativo, será independiente del resultado que ocasione esta conducta. A esto se le suma que el Plan Chile Seguro cuenta con dos medidas legislativas que contemplan el endurecimiento de las penas previstas para este delito.
31. Las medidas administrativas del Plan son: a) el fortalecimiento y reorientación del plan de fiscalización de conducción bajo los efectos del alcohol en calles y carreteras del país; y b) el fortalecimiento de mecanismos eficientes de transmisión masiva y continua de información sobre los efectos del alcohol y otras drogas.
- La evidencia ha demostrado que la fiscalización a través de sistemas de alcotest aleatorio produce un impacto relevante en la reducción de los accidentes⁵. El Plan "Calles sin alcohol" incluirá la revisión de los procedimientos actuales de fiscalización y el aumento de recursos humanos y financieros para llevar a cabo este trabajo. También contemplará la habilitación de un fono denuncia para reportar conductores bajo los efectos del alcohol que sean identificados por la comunidad en calle y carreteras. Y supone, a su vez, inversión en tecnología de punta que contribuya a la fiscalización de conductores, en especial de aquellos con antecedentes de conducción en estado de ebriedad. Esto se hará por medios directos (a través, por ejemplo, de etilómetros de interrupción de encendido para vehículos y programas de rehabilitación complementarios) o en forma indirecta, con alcotest de última generación en cantidades necesarias para que sean útiles.
32. Finalmente, en el ámbito del fortalecimiento de mecanismos eficientes de transmisión masiva y continua de información sobre los efectos nocivos del alcohol y otras drogas, se realizarán campañas comunicacionales de alto impacto y de cobertura nacional. A la vez, se ampliará el actual ámbito de competencias temáticas del Fonodrogas y del Bibliodrogas de CONACE, para incluir el tema de los riesgos del alcohol.
- Fonodrogas es un servicio de CONACE gratuito, anónimo, confidencial y disponible las 24 horas del día para personas afectadas por el consumo problemático de drogas, sus familiares, amigos o cercanos. Desde el 2012, este servicio también incorporará a su atención todas las materias

relacionadas con el tema de consumo de alcohol y sus problemas asociados.

En Bibliodrogas se trabajará, asimismo, en la consolidación de la biblioteca especializada en drogas y alcohol.

RECUPERACIÓN

33. El proceso de recuperación de una persona que presenta consumo problemático de drogas y/o alcohol, es una trayectoria con foco en las necesidades individuales, las que determinan sus requerimientos particulares de acceso a una serie de recursos y servicios que lo apoyen en su trayecto. Cada persona presenta un "capital de recuperación" propio, que la diferencia de otros, lo que señala la necesidad de contar con ofertas diferenciadas de apoyo de acuerdo a estos perfiles.

Uno de los grandes desafíos que se presentan en esta Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol, en sus componentes de tratamiento, rehabilitación e integración social, es el desarrollo de un Sistema Integral de Recuperación para personas con consumo problemático de drogas y alcohol. Este sistema será el encargado de brindar todos los apoyos necesarios en las diferentes etapas del proceso de recuperación hasta lograr la plena integración de la persona a la sociedad.

Para una mejor comprensión de las propuestas definidas para lograr la creación del sistema integral de recuperación, el trabajo a realizar se presentará en base a los dos subsistemas que lo componen: el sub-sistema de tratamiento y rehabilitación y el sub-sistema de integración especial de personas con consumo problemático de drogas y alcohol.

TRATAR Y REHABILITAR

34. El tratamiento de problemas de drogas y alcohol puede ser definido como un conjunto de intervenciones y prestaciones, de carácter resolutivo, con especificidades de acuerdo al tipo y la complejidad del problema de salud enfrentado. El tratamiento y rehabilitación estará orientado principalmente al logro y mantención de la abstinencia, o cambios en el patrón de consumo de estas sustancias.

En Chile, hoy existe una brecha importante entre las necesidades de tratamiento de problemas de drogas y alcohol de la población, y la capacidad de respuesta que el Estado está siendo capaz de brindar a través de sus diversas instancias. La oferta de tratamiento que existe actualmente aún no responde a las diferencias en el capital de recuperación y perfiles de la población. Además, no se encuentran totalmente cubiertas las necesidades de algunos grupos como: niños y jóvenes, población laboral, mujeres embarazadas, población de zonas rurales, o de aquellos que se encuentran a disposición de la justicia penal.

Los énfasis en el ámbito de tratamiento y rehabilitación estarán puestos en:

35. La consolidación de un **Sistema Nacional de Tratamiento de Calidad**, ajustado a los distintos perfiles de personas con dependencia y abuso de drogas y/o alcohol y su compromiso

biosicosocial, en la red de salud pública y privada solidaria pre-existente.

36. **Detección precoz e intervenciones breves.** El año 2011 se implementará un sistema global e integrado de prestación de servicios a nivel comunal en diferentes contextos (sanitario, laboral, jurídico, barrial y educacional), que contempla la detección temprana de personas con consumo riesgoso o problemático de sustancias, estrategias de intervención y tratamiento breve y, en los casos que se requiera, referencia a un tratamiento más especializado. Para la adecuada implementación de este programa, EL CONACE trabajará coordinadamente con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia. El proyecto considera la incorporación de equipos clínicos comunitarios que trabajen en coordinación con los programas de prevención selectiva existentes en las comunas.
37. Establecer el **tratamiento de adicciones para población infractora de ley** como alternativa efectiva a la privación de libertad, especialmente a través de la institucionalización y ampliación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas, estableciendo para ello un órgano del Estado encargado de diseñar, implementar y seguir los resultados del programa, y expandiendo la actual cobertura de esta propuesta de justicia restaurativa a lo largo de todo el país.

Con estas acciones, se espera contar en 2014 con un sistema de calidad integrado, en el cual todas las personas que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas y manifiesten intención de comenzar un tratamiento, lo puedan obtener. La cobertura nacional proyectada al final del período es de al menos 45.000 personas con acceso a tratamiento y la creación de alrededor de 30 nuevos centros distribuidos, de acuerdo a las necesidades específicas, a nivel de todo el país. Además, se buscará que un número mayor de personas de la población general e infractores de ley, completen exitosamente sus tratamientos y puedan continuar sus procesos de recuperación a través de la oferta programática de integración social.

INTEGRAR

38. La integración de las personas que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol se entiende como parte del proceso de recuperación de estas mismas. El trabajo a realizar en este ámbito apunta a recuperar y superar los déficits más relevantes dentro de cada tipo de capital: a) social: necesidad de contar con el apoyo de la familia y de la comunidad; b) físico: relevancia de contar con un lugar seguro para vivir; c) humano: relevancia de mantener control sobre los logros de abstinencia, síntomas de la dependencia, problemas de salud concomitantes, y aumentar los niveles de capacitación y estudios, así como ser capaz de desarrollar itinerarios laborales, entre otros; y, d) cultural: participación ciudadana e involucramiento con su contexto inmediato. Actualmente, no existe dentro de la institucionalidad del Estado chileno una línea formal y sistemática de trabajo de integración social para personas que hayan logrado rehabilitarse de su consumo problemático de drogas y/o alcohol. Es por esto, que todo el desarrollo de este ámbito es un camino nuevo que se comenzará a forjar y recorrer. Los énfasis del subsistema de integración social estarán puestos en:

39. El desarrollo de un modelo de **casas de apoyo a la integración**, que son soluciones habitacionales temporales que acogen a un grupo de personas que han sido exitosos en el proceso de tratamiento de sus adicciones, y que necesitan un espacio protegido donde vivir mientras se consolidan sus procesos de recuperación.
40. El desarrollo e implementación a nivel nacional del **modelo de competencias para la empleabilidad de personas en proceso de rehabilitación**, basado en el conocimiento y evidencia generada en el proyecto diseñado por CONACE, con el apoyo técnico de la Fundación Chile. Este modelo busca, a través de talleres formativos, acompañar las transiciones laborales de las personas usuarias de los centros de tratamiento, desarrollando habilidades necesarias para su desempeño laboral. El objetivo de este proyecto es lograr la transición exitosa desde la formación y el estímulo de habilidades hacia un fortalecimiento de las capacidades laborales que permita incluso generar posibilidades de autoempleo o emprendimiento.

las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de las drogas. Como resultado de este proceso, se espera fortalecer la cooperación con agencias responsables de las políticas de drogas y alcohol en el mundo y aumentar las capacidades nacionales en aspectos esenciales de la Estrategia, a través de intercambio de investigación, conocimiento, tecnologías y formación de recursos humanos.

EJES TRANSVERSALES

41. El trabajo sobre la base de ejes transversales tiene por finalidad apoyar el desarrollo de las líneas de acción planteadas para alcanzar los objetivos y logros de la Estrategia. Los ejes transversales son el fortalecimiento de los recursos humanos, generación de conocimiento y cooperación internacional.

En materia de recursos humanos y de generación de conocimiento, se trabajará en cuatro líneas: a) desarrollo de un Fondo de Tesis para pre y posgrado, de manera de incentivar la generación de investigaciones acordes a las acciones y objetivos de la Estrategia, llegando, en la perspectiva del año 2014, a financiar 45 tesis; b) desarrollo de un Sistema Nacional de Capacitación en Drogas y Alcohol, que ofrezca un proceso de capacitación para los profesionales y técnicos vinculados a los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas y alcohol, a través de una plataforma e-learning que estará disponible a partir del año 2012; c) fomento de la inserción curricular de la temática de drogas en universidades y centros de formación; y, d) desarrollo del Proyecto de Alto Impacto para fortalecer los programas preventivos del consumo de drogas y alcohol en las Fuerzas Armadas y de Orden, a lo largo del país.

42. En relación al Observatorio Nacional de Drogas y Alcohol, se consolidará el componente de oferta de drogas, que permita ofrecer un diagnóstico permanente del mercado de la droga en Chile, sirviendo de insumo para la propuesta y evaluación de las políticas de control, así como en la focalización de las medidas de prevención y tratamiento. Para el desarrollo de esta parte del Observatorio, se trabajará de manera intersectorial con todos los organismos involucrados en el control de drogas, tanto en la recopilación como en la formulación de los informes y entrega de datos resultantes de las observaciones periódicas. Para el año 2014 el componente de oferta estará consolidado dentro del Observatorio Nacional de Drogas y Alcohol.
43. El otro gran eje transversal está basado en la necesidad profundizar la cooperación internacional con el fin de fortalecer

TABLA 1: CUADRO RESUMEN DE LA ESTRATEGIA

Ámbito de intervención eje		Programas y acciones
CHILE PREVIENE	ESCUELA	SISTEMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN CHILE PREVIENE EN LA ESCUELA.
		SISTEMA DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PREVENTIVOS.
		ACTUALIZACIÓN, MODERNIZACIÓN E INSERCIÓN CURRICULAR DEL MATERIAL PEDAGÓGICO PREVENTIVO PARA LOS DIFERENTES CICLOS EDUCACIONALES DEL PAÍS.
	COMUNIDAD	DESARROLLO DE UN PLAN LOCAL DE DROGAS Y ALCOHOL.
		CENTRO DE ANALISIS COMUNAL Y BARRIAL.
		FONDO DE APOYO A INICIATIVAS LOCALES.
		SISTEMA DE CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA CHILE PREVIENE EN LA COMUNIDAD.
	TRABAJO	PROGRAMA CHILE PREVIENE EN EL TRABAJO.
	PREVENCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN GENERAL	RESTRICCIÓN DE DISPONIBILIDAD FÍSICA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
		RESTRICCIÓN DE DISPONIBILIDAD ECONÓMICA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
		AMPLIACIÓN DE FONODROGAS Y BIBLIODROGAS A LA TEMÁTICA DE ALCOHOL.
		CONDUCCIÓN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL Y/O DROGAS.
	CHILE RECUPERA	TRATAR Y REHABILITAR
DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIONES BREVES.		
TRATAMIENTO DE ADICCIONES A POBLACIÓN INFRACTORA DE LEY.		
INTEGRAR		MODELO DE COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD.
		CASAS DE ESTADÍA INTERMEDIA.
EJES TRANSVERSALES	RECURSOS HUMANOS, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO.	BECAS DE APOYO AL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CURSOS DE FORMACIÓN DE COMPETENCIAS DIFERENTES PROFESIONALES.
		DESARROLLO DEL COMPONENTE DE OFERTA DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE DROGAS Y ALCOHOL.
	COOPERACIÓN INTERNACIONAL	CONVENIOS INTERNACIONALES DE INVESTIGACIÓN.

III. CRITERIOS ORIENTADORES

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol se sustenta en un conjunto de criterios que estarán presentes en cada uno de los programas y acciones que se desprendan de él.

1. Enfoque integral

Para una adecuada comprensión del consumo problemático de drogas y alcohol en nuestra sociedad es necesario adoptar un enfoque multidimensional del fenómeno, abordando las causas próximas y contextuales y las consecuencias que éste tiene sobre el individuo, la comunidad y la sociedad. Por esto, las propuestas consideran la interacción entre estas diferentes dimensiones, como también integrar equipos multidisciplinarios en el proceso de elaboración e implementación de las líneas de trabajo a seguir.

2. Corresponsabilidad nacional e internacional en la reducción de la demanda de drogas y alcohol.

Las causas y consecuencias del consumo problemático de drogas y alcohol se encuentran en una serie de factores que se dan tanto dentro del país como fuera de sus fronteras.

En el ámbito nacional, la corresponsabilidad constituye la base de la acción conjunta entre los diferentes poderes del Estado, la sociedad civil y la ciudadanía. A cada uno de estos actores le corresponde cumplir deberes y funciones en el campo de la reducción de la oferta y de la demanda de los elementos mencionados.

Por otra parte, en el ámbito internacional, la corresponsabilidad es el eje que orienta la acción bilateral y/o multilateral con respecto al consumo de drogas y alcohol y tráfico de sustancias ilícitas. Esto implica el compromiso político de cooperar y tratar en conjunto problemas que atraviesan regiones y Estados más allá de sus límites, en un marco de respeto a la soberanía e integridad nacional.

3. Derechos humanos, libertades y necesidad de seguridad pública

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol adhiere a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. En dicho contexto, es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia⁶. Éste debe cumplir con su responsabilidad de utilizar los medios que contempla la ley para resguardar la seguridad pública, lo que implica establecer un sistema eficiente de control del consumo de drogas y alcohol, cuidando que cada una de las acciones no atenten contra las libertades individuales y los derechos humanos.

A la vez, la Constitución chilena establece el derecho a la protección de la salud, por lo que el Estado debe procurar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo, tarea contemplada en todos los programas y acciones de reducción de demanda de drogas y alcohol de esta Estrategia⁷.

4. Grupos con necesidades especiales y diversidad cultural

Respetar y considerar las diferencias socioculturales relacionadas con el género, el territorio, los grupos étnicos y segmentos etarios son acciones que constituyen la base de la efectividad e impacto de los planes, programas y acciones que buscan reducir el consumo de drogas y alcohol.

5. Diseño de políticas y programas basados en la mejor evidencia disponible y con evaluación continua

Se priorizará el diseño de políticas y programas basados en la mejor evidencia científica y empírica disponible, y se promoverá el desarrollo de un sistema de evaluación continua que permitirá –en conjunto con consideraciones de costo, eficacia, y eficiencia– orientar y desarrollar las futuras intervenciones.

IV. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL EN CHILE

Dada la importancia de contar con información fidedigna y representativa del país, Chile cuenta, desde 1994, con los Estudios Nacionales de Drogas en Población General que se realizan bienalmente los años pares. Asimismo, desde el año 2001, existe una serie de Estudios Nacionales de Drogas en Población Escolar realizados en los años impares. Ambas series de investigaciones han permitido obtener información sobre el consumo de sustancias y acerca de problemas asociados que orientan las políticas públicas en este tema.

También existen estudios que dan cuenta tanto de la prevalencia de consumo de alcohol, de los consumos problemáticos asociados y de sus consecuencias sanitarias y sociales. Destacan, entre ellos, la Encuesta Nacional de Salud, realizadas el año 2003 y 2010; la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, en sus ediciones 2000 y 2006; y los estudios de Carga de Enfermedad, llevados a cabo durante los años 1996 y 2007.

1. Magnitud y tendencias del consumo de drogas y alcohol

De acuerdo al Informe Anual 2010 de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD), cuyas estadísticas reportadas corresponden a los años 2005-2006, la marihuana es la droga de mayor consumo en el mundo, alcanzando una prevalencia de último año de 3,8% entre las personas de 15 a 64 años⁸. En América Latina, un estudio comparativo con seis países de la región (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay) muestra a Chile como el país con la mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol y el segundo con mayor prevalencia de consumo de cocaína de la región⁹.

En Chile, el consumo de marihuana de último año alcanza un 6,4% de la población entre 12-64 años y un 17% de la población entre 19-25 años. El consumo de marihuana ha aumentado en un 160%, desde 1994 hasta el 2008. Como en otros lugares, el consumo de marihuana es mayor entre los jóvenes y tiende a bajar de manera abrupta después de los 25 años: la prevalencia del grupo 26-34 años ha sido en forma constante la mitad o menos de la que existe entre jóvenes de 19-25 años y ha tendido a permanecer estable en la última década¹⁰.

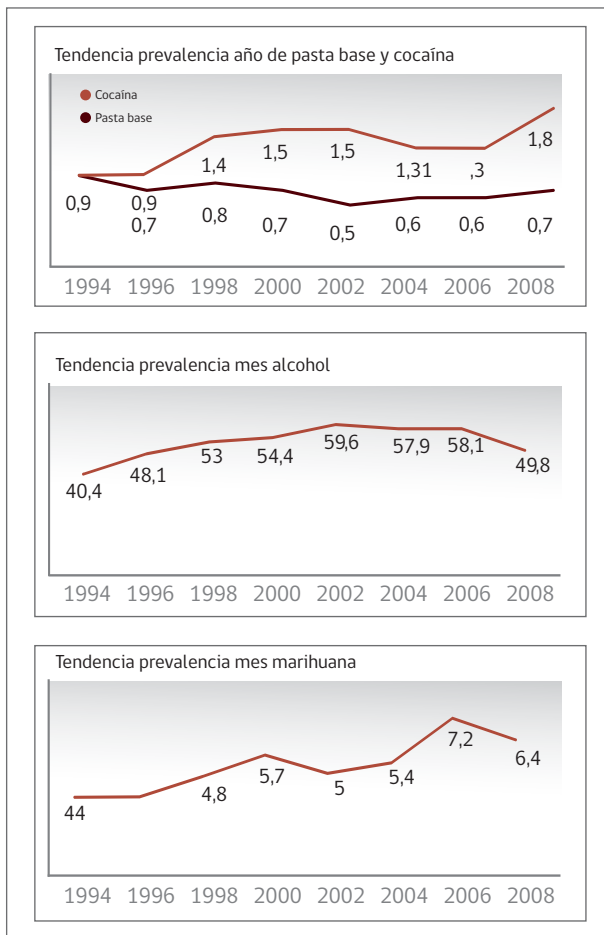
En relación con el consumo de cocaína, un 1,8% de la población refiere haber consumido al menos una vez esta droga en el último año, lo que refleja un aumento del 200%, con respecto al año 1994. Entre las razones que se han planteado para explicar el alza en el consumo de esta droga, se encuentra la disminución en el precio a lo largo de los años, asociado a una menor pureza de la droga que finalmente se comercializa. Las declaraciones de uso de pasta base de cocaína (PBC)¹, por su parte, alcanzan al 0,7% de la población y su prevalencia se ha mantenido estable¹⁰.

En el caso del alcohol, la prevalencia declarada de consumo en último mes creció fuertemente desde el año 1994 hasta el año 2002 (punto más alto de la tendencia), para estabilizarse posteriormente. En el 2008, uno de cada dos chilenos de entre 12 y 64 años informó haber bebido alcohol durante el último mes. Los hombres presentan una mayor prevalencia en todos los períodos entre el año 1994 y el 2008 y el grupo de entre 19 a 34 años es el que presenta la

¹ PBC es el primer subproducto que se obtiene durante el proceso de extracción, la que técnicamente es la sal amónica de la cocaína. a obtenida mediante precipitación del alcaloide de una solución ácida

mayor prevalencia (60%) desde el año 2000¹⁰. Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009, muestran que entre bebedores de última semana, el consumo per cápita alcanzaría a los 8,8 litros¹¹.

Figura 1: Tendencia de consumo de sustancias entre 1994 y 2008 en Chile



Fuente: Elaboración propia a partir de Serie de Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile. Conace

Frente a la necesidad de evaluar el impacto social del consumo de drogas y alcohol, se ha medido no solo la magnitud del consumo sino también el uso problemático de estas sustancias. Esto permite optimizar y focalizar las políticas preventivas y asistenciales, y poner de relieve que ciertas sustancias no son inocuas, además de estimar parámetros sobre los problemas sociales y de salud asociados al consumo de éstas.

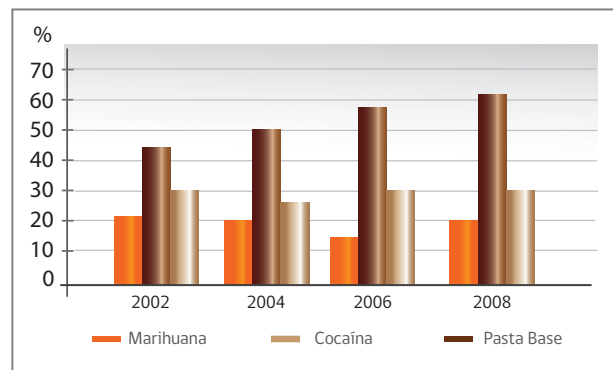
Los estudios en población general de CONACE han utilizado una medida de aproximación a la dependencia y al abuso de drogas ilícitas y de alcohol.¹²⁻¹³ En relación a drogas ilegales, se utiliza el concepto de consumo problemático que incorpora tanto al consumo abusivo como la dependencia. Para el caso del alcohol se utilizará el concepto de consumo de riesgo de alcohol¹⁴, que incluye además de la dependencia y el abuso, el consumo que si bien aún no han causado algún tipo de daño en el individuo o en terceros, aumenta significativamente la probabilidad de ocurrencia de estos daños.

Basados en estos criterios, se estima que en Chile hay 246.132 personas con consumo problemático de sustancias ilícitas. Este

número representa el 25,1% de los consumidores de último año de marihuana, mientras que la proporción de los consumidores de pasta base y cocaína de último año con dependencia es de 43,8% y 22,7%, respectivamente¹⁰.

La pasta base es la droga que revela un mayor porcentaje de usuarios con signos de dependencia. Esto ha sido explicado por la vía de administración pulmonar que se utiliza en este caso y porque contiene sustancias tóxicas derivadas de hidrocarburos, las que podrían tener algún rol en la severidad de la adicción. También se ha estudiado que los consumidores de pasta base de cocaína (PBC) presentan una mayor prevalencia de conductas de riesgo tales como precocidad y promiscuidad sexual, autolesiones, intentos de suicidio, comisión de delitos, porte de arma y problemas con la justicia¹⁵⁻¹⁶.

Figura 2: Tasas de abuso en Marihuana, Pasta Base y Cocaína según Criterios DSM-IV. en Población General



Fuente: Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile CONACE 2008

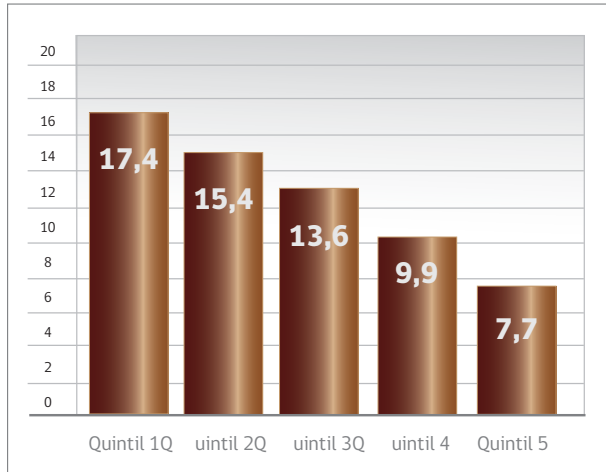
Con respecto al alcohol, la prevalencia de consumo de riesgo en el último año en población mayor de 15 años, está calculada en 10,9%¹⁰. Si bien Chile tiene un consumo per cápita promedio calificado por estándares internacionales como medio (8,2 litros de alcohol puro al año por habitante mayor de 15 años), el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes lo hace ubicarse entre las naciones con alto grado de riesgos y daños derivados¹⁷.

Uno de los principales indicadores de riesgo, en el caso del alcohol, es la experiencia de tomar cinco o más tragos en una salida habitual, la que está presente en el 12% de los escolares entre Octavo Básico y Cuarto Año Medio, con una progresión muy rápida de 1º medio (1 de cada 13 alumnos) a 3º medio (1 de cada 6)¹⁸.

Considerando a aquellas personas que declaran beber alcohol el último mes, una de cada ocho personas presenta probable abuso de alcohol (cinco o más síntomas clínicos), sin embargo, entre las personas de 19 a 35 años el porcentaje se eleva al doble (uno de cada cuatro). A la vez, en la población general mayor de 15 años, una persona de cada 6 ha presentado alguna vez uno o más problemas en los ámbitos de salud, familiar o laboral derivados de su hábito de consumo¹⁰.

La incidencia del consumo de riesgo de alcohol en la generación de pobreza y/o persistencia en ella parece muy evidente, aunque las mediciones han sido más bien indirectas. Un dato nacional relevante es que si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos, son estos últimos los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol (Figura 3).

Figura 3: Tasa (%) de bebedores problema de alcohol, según quintil de ingreso



Fuente: Estrategia Nacional de Alcohol. Documento de trabajo. Minsal 2009

Algo similar ocurre con el uso de drogas ilícitas: las estimaciones de dependencia para marihuana, por ejemplo, alcanzan a alrededor del 27% en el nivel socio-económico bajo, mientras que en el alto se obtienen registros de sólo 19%. En los casos de cocaína y, sobre todo de pasta base, los niveles de dependencia son similares en los distintos niveles socio-económicos, pero las prevalencias de ambas drogas son más altas en los estratos más pobres¹⁰.

2. Consecuencias sociales del consumo de sustancias

La droga y el consumo de riesgo de alcohol constituyen un problema social que debe ser evitado ya que genera consecuencias negativas a nivel personal, de la comunidad y del país. Entre ellas se encuentran:

2.1 Consecuencias sanitarias del consumo de drogas y alcohol

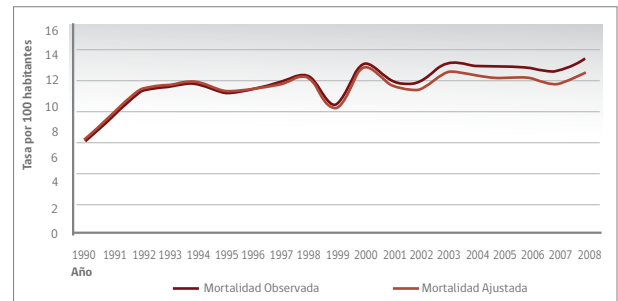
Los problemas sanitarios derivados del consumo de drogas y alcohol son múltiples e impactan no solo en términos del número de personas atendidas en el sistema de salud, sino también en el perfil epidemiológico de los países y en el sistema económico de estos.

En Chile es un tema pendiente el contar con información sobre las consecuencias sanitarias del consumo de drogas ilícitas. Estudios internacionales relacionan el consumo de cocaína con la morbilidad y mortalidad cardiovascular, con actos violentos y accidentes¹⁹⁻²⁰. Por otro lado, el consumo de marihuana podría gatillar episodios psicóticos y aumentar el riesgo de esquizofrenia y enfermedades del sistema respiratorio²¹.

En el caso específico del alcohol, existe evidencia que relaciona el consumo problemático con múltiples enfermedades tales como algunos tipos de cáncer -hígado, esófago y boca-; enfermedad isquémica del corazón; accidentes vasculares hemorrágicos; problemas hepáticos y trastornos mentales; como también accidentes y eventos traumáticos. El Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en Chile el año 2007 mostró que la dependencia de alcohol -por sí sola- es la cuarta causa de la pérdida

de años de vida saludables (AVISA)¹¹ y responsable directa del 4% del total de muertes en el país. A su vez, el consumo de alcohol fue responsable de un 12% del total de la carga de enfermedad, doblando al factor de riesgo que lo sigue (obesidad, 6%)²². Entre 2000 y 2008, el 8% de todos los siniestros de tránsito y sobre el 20% de todas las muertes inmediatas (dentro de las 24 horas) ocurrieron bajo la influencia del alcohol en peatones, conductores o pasajeros. De una manera similar, en un 20% de los atropellos el peatón mostró alcoholemias positivas²³.

Figura 4: Mortalidad por accidentes de tránsito observada y ajustada. Chile, 1990-2008



Fuente: Estrategia Nacional de Alcohol. Documento de trabajo. Minsal 2009

2.2 Consecuencias en seguridad pública

Dentro de los aspectos que han caracterizado el fenómeno del consumo de sustancias, las consecuencias en la seguridad pública son probablemente las que han tenido mayor notoriedad.

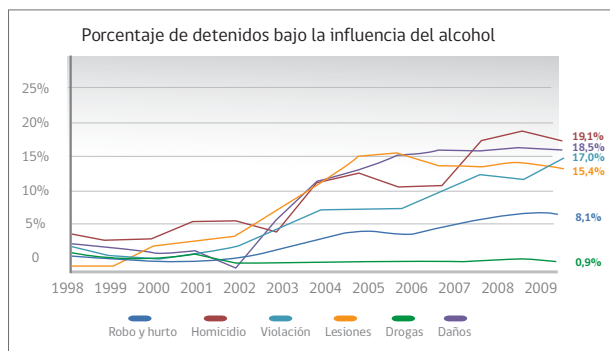
La violencia en los barrios es un costo social que se asocia con el abuso de drogas y alcohol, y está relacionada con la distribución y venta de estas sustancias en espacios urbanos donde, unida a situaciones de vulnerabilidad social y económica, constituye la base para la articulación de grupos criminales ligados al tráfico de sustancias ilícitas. A causa de ello, estos barrios se transforman en zonas con altos niveles de inseguridad ciudadana.

La investigación sobre la relación droga/delito muestra una asociación positiva entre el uso y abuso de drogas y las probabilidades de riesgo delictual.

En Chile, se ha observado un aumento en la población que es detenida por homicidios, violaciones y lesiones cometidas bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad²⁴. Un estudio reciente sobre porcentajes atribuibles en la relación droga/delito, concluye que el 32,4% de los delitos perpetrados por adolescentes puede atribuirse a drogas o alcohol, y que en el caso de los adultos, esta conexión se eleva a 53,6%²⁵. El alcohol juega un rol preponderante en los delitos violentos (homicidios, lesiones y agresión sexual). Si bien en Chile no se han realizado estudios específicos que relacionen el consumo de bebidas alcohólicas con la violencia intrafamiliar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estudiado la relación entre ambos fenómenos en el mundo y la evidencia encontrada señala que el alcohol incrementa la ocurrencia y la severidad de la violencia dentro de los hogares²⁶.

¹¹ El indicador carga de enfermedad es medido por los años de vida perdidos por muerte o discapacidad que, considerando la expectativa de vida de cada población, mide la pérdida de vidas y calidad de vida como resultado de una enfermedad, sus secuelas o de un determinado factor de riesgo, permitiendo comparar los efectos entre diferentes enfermedades o factores de riesgo (como el consumo de alcohol).

Figura 5: Evolución del porcentaje de aprehendidos bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad según tipo de delito

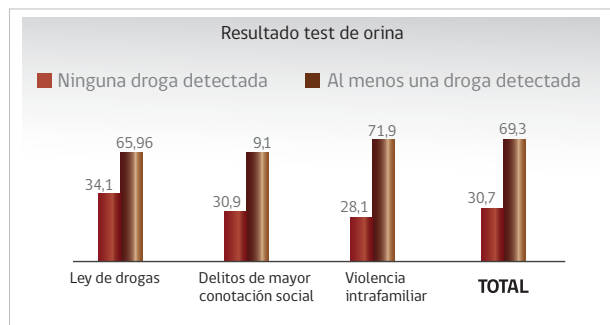


Fuente: Elaboración propia, Ministerio del Interior

Las drogas ilícitas, por su parte, intervienen muy decisivamente en los delitos contra la propiedad, generalmente por parte de jóvenes que financian una adicción a través del robo²⁷.

Un estudio en población penal adulta muestra que el 35% de los infractores adultos ingresa a la cárcel con síndrome de dependencia hacia alguna droga, principalmente cocaína y/o pasta base, cifra que puede alcanzar un 43% entre condenados jóvenes menores de 25 años²⁷. A la vez, de acuerdo a un estudio sobre consumo de drogas en detenidos por delitos, un 69,3% de las personas detenidas en flagrancia de la Fiscalía Sur de Santiago, arrojaron positivo para alguna droga examinada (marihuana, cocaína y metanfetaminas)²⁸.

Figura 6: Consumo de drogas en detenidos según los resultados del Test de Orina



Fuente: Paz Ciudadana. Consumo de drogas en detenidos: metodología I-Adam en Chile. 2010 robo, hurto, homicidio, violación, lesiones (delitos de mayor connotación social, DMCS)

2.3 Consecuencias económicas asociadas al consumo de drogas y alcohol

En la estimación de los costos generados por el uso y tráfico de drogas ilícitas y por el consumo de riesgo de alcohol, se consideran todos los recursos invertidos en los programas implementados para desestimular su uso, los costos asociados a las consecuencias sociales derivadas del fenómeno y los gastos e inversiones que deben hacerse en salud y en el sistema penal para dar respuesta a estas consecuencias sociales.

En el año 2006, se estimó que en nuestro país hubo un gasto de 271.188 millones de pesos a causa del tráfico de drogas y consumo de drogas y alcohol. La mayor parte de estos costos obedece a medidas de control y pérdidas de productividad. Un 66% (\$178.152.000) de estas pérdidas son directamente atribuibles al consumo y tráfico de

drogas, mientras que el 34% restante (\$93.035.000) corresponde a lo que el país perdió –o dejó de percibir– como consecuencia indirecta del consumo problemático de drogas y alcohol. En el mismo estudio se establece que el costo generado por el consumo de alcohol representa más de dos tercios del total.

A modo de síntesis, se puede afirmar que el problema de consumo de drogas y alcohol en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes, sino que se focaliza en el nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente, el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto nivel de consumo de riesgo de alcohol en toda la población.

El consumo de marihuana y de alcohol en edades tempranas ha sido identificado como la puerta de entrada hacia el consumo de otras drogas más complejas y que producen mayor nivel de adicción, como la pasta base y la cocaína. Es por esta razón que la reducción de la prevalencia de consumo de marihuana y alcohol en los adolescentes es el primer gran desafío de la Estrategia de Drogas y Alcohol.

En el caso del consumo problemático de pasta base y cocaína, por el alto potencial adictivo de estas drogas y el impacto que su consumo produce en la sociedad, sobre todo en materia de seguridad pública, es que se hace prioritaria una focalización en la reducción de sus niveles de consumo y el tratamiento e integración social de las personas con consumo problemático de estas sustancias. El consumo de riesgo de alcohol resulta, a su vez, principalmente nocivo por el daño físico que produce y por su directa relación con la accidentabilidad y la proliferación de enfermedades.

V. CÓMO ENFRENTAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS Y EL ALCOHOL EN CHILE

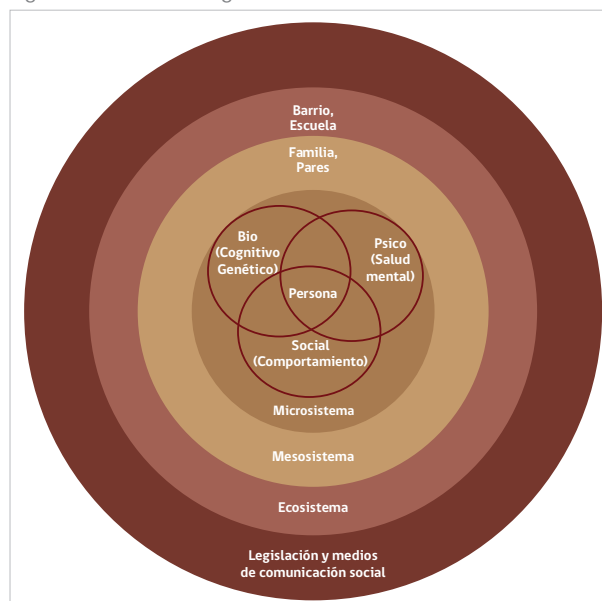
La adecuada comprensión de las causas del uso de drogas ilícitas y el consumo de riesgo de alcohol permite identificar las áreas temáticas y los niveles de agregación donde es necesario el desarrollo de planes, programas y acciones, cuyo objetivo sea contrarrestar los factores que estarían generando estas conductas y potenciar aquellos que las evitan.

Dentro de los modelos que buscan dar cuenta de los factores individuales, del entorno y de las características de los contextos que inciden en el consumo de drogas y el consumo de riesgo del alcohol se encuentra el Modelo Ecológico³⁰⁻³². Su postulado básico es que el desarrollo de las personas supone una acomodación mutua progresiva entre un ser humano activo y las propiedades cambiantes de los entornos mediatos e inmediatos en los que vive. Esta dinámica se produce a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los contextos en los que participa el individuo y las características propias de éstos (ver Figura1).

Concretamente, se postulan cuatro niveles con sus respectivos subsistemas que operarían conjuntamente y afectarían directa e indirectamente el desarrollo de consumo de drogas y/o alcohol:

- Individuo: patrón biológico, genético y de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en el entorno determinado en el que participa.
- Familia y pares: interrelaciones del individuo con uno o más de sus entornos más cercanos y en los cuales desarrolla su vida cotidiana.
- Barrio, escuela y trabajo: se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo está incluida directa o indirectamente.
- Sistema sociocultural, legal y económico: la estructura social, económica y legislativa de un país actúa como determinante del consumo de drogas y alcohol y de sus consecuencias sociales. A mayor disponibilidad, sea económica (precios bajos por exceso de oferta), física (mayor disponibilidad de drogas, alto número de patentes y locales de expendio de alcohol) o cultural (publicidad incitante, mensajes en medios de comunicación que normalizan el consumo de drogas y alcohol), mayor consumo y mayor frecuencia de accidentes, violencia, delitos y enfermedades asociadas al consumo de estas sustancias.

Figura 7: Modelo Ecológico



Fuente: Elaboración propia a partir de Bronfenbrenner 1979, 1986, 1999.

Las características propias de estos cuatro niveles y subsistemas que estarían incidiendo en la presencia o ausencia del consumo de drogas ilícitas y consumo de riesgo de alcohol, han sido denominadas factores de riesgo y factores protectores, respectivamente.

Los factores de riesgo se definen como aquellas condiciones adversas individuales y/o del entorno que aumentan la vulnerabilidad de desarrollar conductas negativas³³⁻³⁵. Los factores protectores, por su parte, son aquellas características de los individuos y del entorno, que al estar presentes aumentan las posibilidades de que no se inicie el consumo de drogas, y en el caso del alcohol, de que su consumo no se torne riesgoso. El resumen de los factores de riesgo y protectores más relevantes se sintetizan en la Tabla2:

Un beneficio adicional de este modelo es que junto con ser un buen identificador de las causas que estarían incidiendo de manera directa o indirecta en el consumo problemático de drogas y de riesgo de alcohol, nos permite delimitar claramente los diferentes ámbitos donde se hace necesario desarrollar iniciativas, programas y actividades para los objetivos de la Estrategia, los que se presentan a continuación.

TABLA 2: Factores protectores y Factores de Riesgo asociados a conductas de riesgo en adolescentes

Factores de Riesgo		Factores Protectores	
Comunidad		Comunidad	
Disponibilidad de drogas.		Provisión de Oportunidades en la comunidad	
Disponibilidad de armas de fuego.		Provisión de Reconocimiento en la comunidad.	
Medios de comunicación con contenido violento.		Vínculo o apego con la comunidad.	
Transiciones y movilidad.			
Leyes y normas comunitarias favorables al uso de drogas, posesión de armas y crimen.			
Bajo apego barrial y desorganización comunitaria.			
Pobreza extrema o indigencia.			
Familia		Familia	
Historial familiar de problemas en el comportamiento.		Vínculo o apego con la familia.	
Problemas de manejo familiar.		Provisión de Oportunidades en familias	
Conflictos familiares.		Provisión de reconocimiento familiar.	
Actitudes parentales e involucramiento favorable a los problemas de comportamiento.			
Escuela		Escuela	
Mal desempeño académico.		Provisión de Oportunidades en escuelas	
Falta de compromiso con la escuela.		Provisión de Reconocimiento en escuelas.	
		Vínculo o apego con la escuela.	
Individuos		Individuos	
Comportamiento antisocial precoz y persistente.		Religiosidad	
Rebeldía.		Habilidades Sociales	
Amigos involucrados en los problemas de comportamiento.		Creencias en el orden moral	
Involucramiento en pandillas.			
Actitudes favorables a los problemas de comportamiento.			
Iniciación temprana en los problemas de comportamiento.			
Factores constitucionales			

Fuente: Communities That Care, C. (2009). Communities That Care Prevention Strategic Guide. Communities That Care.

VI. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS Y ALCOHOL Y SU MODELO DE ACCIÓN

1. Objetivos

Los objetivos de la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol abarcan la reducción del nivel de consumo de drogas ilícitas y alcohol y de las principales consecuencias sociales y sanitarias asociadas a éstos.

En el ámbito de las drogas ilícitas, las metas a lograr, a Marzo de 2014, son las siguientes:

- a. Reducir un 15% la prevalencia anual de consumo de marihuana en población escolar.
Línea base: 15,1% de alumnos de Octavo Básico a Cuarto Medio.
Número total actual: 145.905 estudiantes.
Número a reducir: 21.886 estudiantes.
- b. Disminuir un 15% la prevalencia anual de consumo de pasta base en población vulnerable.
Línea base: 1,42%.
Número total actual: 45. 220 personas.
Número a reducir: 6.783 personas.
- c. Disminuir un 10% la prevalencia anual de consumo de cocaína en población escolar.
Línea base: 3,4%.
Número total actual: 33.039 estudiantes.
Número a reducir: 3.304 estudiantes.

En el ámbito del alcohol, las metas a lograr, a Marzo de 2014, son las siguientes:

- a. Reducir un 15% la prevalencia anual de consumo de alcohol en población escolar.
Línea base: 57% de alumnos de Octavo Básico a Cuarto Medio.
Número total actual: 552.698 estudiantes.
Número a reducir: 82.905 estudiantes.
- b. Disminuir un 15% la prevalencia anual de consumo de riesgo de alcohol en la población mayor de 18 años.
Línea base: 16,8%.
Número total actual: 947.464 personas.
Número a reducir: 142.119 personas.

- c. Reducir un 20% los accidentes de tránsito vinculados al consumo de alcohol en población general.
Línea base: 8,2%.
Número total actual: 4.626 accidentes.
Número a reducir: 925 accidentes.

2. Modelo de acción

El logro de los objetivos planteados requiere, junto con una clara delimitación teórica-conceptual, de un despliegue efectivo de iniciativas, programas y acciones que han sido agrupadas en dos grandes ejes temáticos: prevención y recuperación. Todas las medidas que se definan en cada uno de estos ejes se apoyarán, a su vez, en un conjunto de líneas transversales, las que se relacionan con: a) la necesidad de tener información integrada y fidedigna; b) recursos humanos idóneos; c) una fuerte coordinación con diversos organismos internacionales especializados, tendientes a abordar de manera multilateral este fenómeno; y d) un enfoque de gestión focalizado en las comunas y barrios como unidades básicas de intervención.

Figura 8



En lo que resta de este documento se describirán las acciones y programas que conforman la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol. Siguiendo con el esquema recién presentado, estos se han clasificado dentro de los dos grandes ejes temáticos señalados -prevenir y recuperar-, y seis sub-ejes: escuelas, comunidad, trabajo, sociedad, tratamiento e integración.

Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol
2011 - 2014

Parte



I. PREVENIR

La prevención del consumo de drogas y alcohol se define como un “conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo”³⁶.

Los objetivos planteados a nivel de prevención son:

- a. Evitar el consumo de drogas ilegales.
- b. Aumentar la percepción de riesgo de consumo de drogas y alcohol en toda la población infante-adolescente.
- c. Evitar el consumo de alcohol en menores de 18 años y el consumo de riesgo de alcohol en población adulta.

El logro de estos objetivos se impulsará mediante la promoción de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo que predicen conductas de riesgo, en niños, niñas y adolescentes, y por medio del aumento de la capacidad de gestión del propio riesgo en mayores de 18 años, en materia de consumo de alcohol.

El desafío de prevenir el desarrollo de ciertas conductas no es fácil, ya que implica cambiar hábitos y costumbres difíciles de modificar en el corto plazo. Sin embargo, la creencia de que “prevenir es mejor que curar” no es solo un concepto intuitivo y políticamente correcto, sino que, en materia de drogas y alcohol, existe evidencia que demuestra que las acciones de prevención pueden ser costo-eficientes. De hecho, se han llegado a comprobar resultados tales como que por cada peso invertido en prevención, se pueden obtener ahorros de hasta 10 pesos en tratamiento para abuso de drogas, alcohol u otras sustancias³⁷.

Los desafíos de todo programa de prevención son:

- a. Potenciar factores protectores y disminuir factores de riesgo que están relacionados con problemas de abuso de drogas y alcohol.

- b. Hacer frente de manera conjunta a las múltiples formas de abuso de drogas y alcohol.
- c. Adaptarse para hacer frente a riesgos específicos de la población objetivo según edad, sexo y etnia.
- d. Focalizarse simultáneamente en dos o más ambientes en donde transcurre la vida de las personas.
- e. Proyectar un trabajo de largo plazo con intervenciones repetidas en el tiempo para reforzar los objetivos originales de la prevención.
- f. Los ámbitos de prevención son múltiples y todos relevantes. Sin embargo, son las escuelas, las comunidades y el ámbito laboral los que han cobrado mayor relevancia durante los últimos años.

Los esfuerzos de prevención en Chile se han centrado principalmente en medidas universales inespecíficas y el logro de los objetivos en la materia ha sido dispar debido, principalmente, a:

- Focalización en la conducta específica del consumo de drogas: Los programas de prevención de drogas en Chile se han focalizado en el consumo de sustancias ilegales como un fenómeno diferente y aislado de la aparición de otras conductas. Sin embargo, la evidencia demuestra que muchos factores protectores y de riesgo asociados al consumo de drogas en niños y adolescentes también son buenos predictores de otras conductas que se desarrollan en estos grupos de edad, como consumo de alcohol, violencia y deserción escolar.
- Descoordinación de las acciones de diferentes programas de prevención existentes en el ámbito escolar: Hoy en día, diversos organismos públicos y privados proveen una cantidad importante de oferta preventiva que no se encuentra coordinada entre sí ni con otra oferta programática preventiva de conductas de riesgo en niños y adolescentes.

- Escasa focalización en poblaciones de riesgo y vulnerables: Los programas preventivos universales desarrollados hasta ahora obedecen a una realidad de desarrollo de tendencias de consumo de drogas ilícitas incipientes. Sin embargo, durante la última década la realidad del problema ha cambiado, encontrándose información consistente que muestra niveles crecientes de uso de ciertas sustancias en ciertos grupos específicos de la población. Por esto, se requiere profundizar el desarrollo de intervenciones selectivas e indicadas, focalizadas en población de mayor riesgo y vulnerabilidad de consumo, aumentando así las probabilidades de éxito de dichas intervenciones preventivas.
- Falta de intervenciones de contexto: Las intervenciones que se han implementado han utilizado un foco más individual que ambiental, dejando de lado aspectos importantes como el contexto escolar, comunal y el involucramiento de los padres, entre otros. En relación al alcohol, nuestro país cuenta con propuestas de intervenciones que buscan incidir en el contexto, tales como las regulaciones sobre la industria del rubro; regulación de ventas, expendio y consumo; y controles sobre la conducción e ingesta de alcohol. Sin embargo, estas medidas son disposiciones aisladas que no se coordinan e implementan como debiesen y no se incluyen dentro de un plan nacional que priorice acciones y fije objetivos a lograr a través de ellas.
- Ausencia de indicadores de resultado e impacto de los programas: La política preventiva del consumo de drogas ilícitas implementada hasta ahora en Chile no cuenta con una medición de la situación base, indicadores y estudios que permitan evaluar su impacto en el logro de los objetivos planteados. En materia de alcohol, la disponibilidad y gestión de la información es un factor crítico. Existen buenas sistematizaciones de evidencia de medidas efectivas en materia de alcohol, sin embargo, no se han implementado, seguido y evaluado de manera consistente en el diseño de políticas públicas al respecto.

Sobre la base de escenario presentado y de la necesidad de impulsar programas efectivos, se crea un Sistema Integrado de Prevención, llamado Chile Previene, el cual busca transformar la manera parcelada de ver la prevención de drogas y alcohol en una visión sistémica, integral y organizada, que tiene su expresión en los distintos ámbitos donde se desenvuelve la vida de las personas y en donde prevenir ha demostrado ser efectivo: Escuela, Comunidad y Trabajo.

Chile Previene sistematiza la política de prevención que hasta ahora se había desarrollado y la convierte en un sistema de gestión que, por una parte, coordina, implementa y evalúa la oferta existente y, a la vez, diseña nuevos programas más específicos acordes a las necesidades reales de las poblaciones más vulnerables y complejas.

Chile Previene, en su inicio, tendrá tres ámbitos de acción, que abarcan los distintos escenarios donde transcurre la mayor cantidad de horas de vida de las personas y en donde se ha comprobado la efectividad de diferentes programas de prevención. Estos ámbitos son:

1. Chile Previene en la Escuela.
2. Chile Previene en la Comunidad.
3. Chile Previene en el Trabajo.

Cada ámbito se constituye en un subsistema de prevención, que se enfoca en grupos que están expuestos a factores de riesgo que podrían generar la aparición de conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol.

Figura 9



1. Chile Previene en la Escuela

El desarrollo de una cultura preventiva supone un énfasis formativo en aspectos que promueven la toma de decisiones informada, el autocuidado y el cultivo de relaciones sociales sanas. En este sentido, la Escuela se reconoce como un espacio privilegiado para el fomento de una cultura preventiva, entre otras razones porque³⁶:

- a) Ofrece la manera más eficiente y sistemática para llegar a los niños y jóvenes.
- b) Permite implementar un amplio espectro de políticas educativas.
- c) La prevención del uso de sustancias debe comenzar tempranamente, antes de que las creencias y expectativas sobre su uso se establezcan en los niños y jóvenes.

Dentro de la Escuela, el espacio que agrupa, organiza y dirige los saberes y habilidades a desarrollar por los estudiantes es el currículum, por lo que éste se convierte en la manera más efectiva y estratégica de instalar temáticas preventivas.

Bajo un enfoque de contexto, se entiende que hacer prevención en el sistema escolar implica no sólo abordar las condiciones que pueden estar actuando como factores de riesgo del consumo de drogas a nivel individual, sino también una gestión global del establecimiento que permita potenciar prácticas de convivencia escolar y espacios de participación que influyan en la generación de una cultura del autocuidado.

La experiencia internacional indica que los mejores resultados en prevención se obtienen abordando de manera conjunta una serie de factores de riesgo y factores protectores que predicen el desarrollo

de una serie de conductas de riesgo en niños y adolescentes, a través de modelos de trabajo compartidos entre equipos profesionales provenientes de instituciones de la sociedad civil, gobiernos locales, dirigentes sociales y organizaciones barriales.

Los sistemas integrados de prevención dirigidos a niños y adolescentes³⁵ aplicados en países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá, han demostrado que, junto con presentar efectos positivos en factores y conductas de riesgo, pueden tener efectos en las competencias sociales y académicas y en el desarrollo de futuras habilidades³⁸.

El Sistema Integral de Prevención, denominado Chile Previene en la Escuela, es un modelo de gestión y desarrollo de oferta programática específica que pretende desarrollar en los establecimientos escolares un trabajo articulado y coherente. Y que responda de forma efectiva a las necesidades de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Este sistema tendrá como objetivos:

1. Prevenir que los estudiantes manifiesten conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas y alcohol, la violencia y la deserción escolar.
2. Apoyar al equipo directivo en la articulación y/o integración de los programas psicosociales ya instalados en los establecimientos¹ en torno al Proyecto Educativo Institucional.
3. Articular las redes de derivación a servicios que exceden la capacidad de los establecimientos educacionales, tales como servicios de salud mental, y lograr una atención adecuada a aquellos estudiantes con alta concentración de factores de riesgo.
4. Involucrar a toda la comunidad educativa -alumnos, padres y apoderados, profesores, funcionarios y directivos- en acciones que promuevan una buena convivencia escolar.

Chile Previene en la Escuela se implementará en una primera etapa -entre 2010 y 2011- en las quince regiones del país, llegando a 186 establecimientos municipalizados y 45.000 estudiantes de 61 comunas. Esta cobertura será ampliada al menos a 80 nuevas comunas y sus establecimientos municipales y particulares subvencionados con alta vulnerabilidad social para el año 2014. La selección de los establecimientos se realizará mediante indicadores objetivos de consumo de drogas, ingreso de niños y jóvenes al Programa de Seguridad Integral 24 Horas y según el Índice de Vulnerabilidad Escolar.

El programa está planificado para durar tres años en cada establecimiento educacional, más un cuarto año de acompañamiento para apoyar la autogestión de las prácticas instaladas y aumentar la probabilidad de que éstas se mantengan en el tiempo.

En términos concretos, la intervención contempla cuatro etapas:

a. Etapa de Diagnóstico

- Aplicación de instrumentos estandarizados para medir prevalencias de factores de riesgo y factores protectores en el alumnado.
- Priorización, en conjunto con la comunidad escolar y sobre la base de los datos levantados con los instrumentos mencionados

¹ Como se mencionó, en general las escuelas vulnerables ya cuentan con programas y proyectos psicosociales provenientes de un amplio rango de ONGs y servicios municipales, del gobierno central, o consultores, pero sin una adecuada coordinación entre ellos.

anteriormente, de los problemas o conductas de riesgo a intervenir y de los factores protectores a potenciar.

b. Etapa de Intervención

- Sistema de medición: Registro de incidentes críticos, tales como la venta de drogas o las riñas en el establecimiento para monitorear su incidencia a lo largo del tiempo y la efectividad de las acciones emprendidas.
- Equipo de gestión: Creación y capacitación de un equipo gestor al interior de la escuela para la instalación de competencias con objeto de promover una sana convivencia escolar.
- Intervenciones focalizadas: Los equipos de gestión internos serán asesorados en el manejo de los diversos factores de riesgo detectados y se les transferirán herramientas de intervención adecuadas. Entre éstas pueden mencionarse instrumentos de diagnóstico más específicos según el problema o la situación, programas de prevención de consumo de drogas y de desarrollo de habilidades sociales y buenas prácticas para el manejo de problemas conductuales severos.
- Articulación de la red y seguimiento: Para casos de alta complejidad, el equipo del programa tendrá un rol activo en la derivación asistida y seguimiento de casos de alta complejidad en la red de servicios de salud. Del mismo modo el equipo operará como contraparte en el proceso de reinserción de estos casos en el contexto escolar.

c. Etapa de Evaluación

Se monitoreará periódicamente la evolución de los problemas priorizados en cada establecimiento, y al cabo de tres años se repetirá la aplicación de los instrumentos de medición de prevalencia de factores de riesgo.

El tiempo de intervención promedio programado es de tres años, período al cabo del cual se espera: 1) haber reducido el número de alumnos que presenta problemas conductuales o de consumo de drogas, la violencia en la escuela y la deserción escolar; 2) haber aumentado el número de alumnos que logra una derivación efectiva a redes de atención psicosocial en la comuna; y 3) haber mejorado los índices de convivencia escolar e integración y/o articulación de programas en los establecimientos educacionales.

d. Etapa de Acompañamiento

Durante el último año, se apoyará la autogestión del programa, disminuyendo la intensidad de apoyo externo. En esta etapa se realizará un seguimiento del programa y una evaluación final de éste, esperando terminar la instalación de capacidades en la misma escuela que dé continuidad al programa.

1.2 Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos

Los escolares del país están expuestos a distintos ambientes en que puede existir consumo y tráfico de drogas ilícitas, lo que puede afectar las condiciones educacionales en que se desenvuelven y sus trayectorias de vida. Por ello, es importante que todos los establecimientos asuman un rol protagónico en la prevención

de consumo de drogas ilícitas y de alcohol de sus estudiantes, a través de un sistema que aborde las características individuales y contextuales de las escuelas.

La evidencia en materia de prevención señala que es clave que los profesores y otros actores de la comunidad educativa estén capacitados en materias preventivas y participen activamente en la construcción e implementación de los programas. La evidencia también indica que los programas con mayor éxito son los que cuentan con una comunidad educativa comprometida (directivos, profesores, estudiantes y sus familias) y con normas claras para enfrentar situaciones de consumo al interior del establecimiento escolar.

Para promover un proceso de prevención continuo y sistemático del consumo de drogas y alcohol en los establecimientos escolares del país, CONACE ha desarrollado una Certificación de Establecimientos Escolares Preventivos. Esta iniciativa tendrá por objetivo habilitar a los establecimientos educacionales para construir e implementar un proyecto educativo con un componente efectivo de prevención y establecer estándares que reflejen su nivel de avance en la materia e indiquen a qué estado óptimo debiesen llegar.

Los establecimientos certificados deberán realizar acciones en cuatro ámbitos del quehacer educativo, cada uno de los cuales tendrá actividades específicas a desarrollar:

a. Integración curricular y competencias preventivas: entendida como el conjunto de acciones necesarias para integrar o relevar contenidos preventivos presentes en el currículum escolar y/u otros espacios educativos, incorporando temáticas basadas en evidencia de acuerdo a los avances en la ciencia de la prevención. Junto a ello, contempla la habilitación en competencias preventivas a los adultos significativos que pudieran tener influencia sobre la conducta de los estudiantes.

b. Involucramiento escolar: conjunto de acciones y actitudes por parte de los profesores, directivos y apoderados para que los niños y adolescentes generen vínculos con su establecimiento, y éste sea percibido como una verdadera comunidad escolar.

c. Gestión escolar: acciones destinadas a incluir contenidos preventivos en la organización del establecimiento, de manera que éste incorpore adecuaciones en sus instrumentos normativos y/o en las prácticas habituales de su gestión.

d. Integración con el medio: acciones preventivas que realiza el establecimiento con personas, autoridades e instituciones del entorno, promoviendo que el establecimiento cumpla un rol pro-activo en la relación con otras instituciones en temas de prevención.

El establecimiento que desee instalar el sistema puede optar a dos niveles de certificación -inicial o avanzada-, de acuerdo al nivel de desarrollo de las acciones en cada uno de los ámbitos.

Para suscribir la solicitud de certificación preventiva, el establecimiento escolar debe dar varios pasos:

- Realizar un diagnóstico que le permita identificar el nivel de riesgo y protección que enfrenta el establecimiento escolar y la comunidad educativa frente al consumo de alcohol y drogas.
- Formular un plan de acción que le permita abordar las debilidades y potenciar las fortalezas en materia de prevención, ya sea para alcanzar el nivel básico, progresar en materia preventiva o mantener los logros alcanzados.

Durante 2011 se establecerá un programa piloto en 100 establecimientos educacionales de la zona norte, centro y sur del país, seleccionados de acuerdo al nivel de vulnerabilidad establecido por la ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP). Para el 2012, se ampliará la convocatoria a 500 establecimientos con la meta ulterior de alcanzar una cobertura de 1.500 establecimientos en 2014. Paralelamente, desde el año 2012, se trabajará en un proceso de certificación preventivo para salas cunas y jardines infantiles.

1.3 Inclusión curricular de temáticas preventivas

La inclusión curricular de temáticas preventivas se fundamenta en el giro conceptual de la prevención adoptado por CONACE, donde los énfasis transitan desde un foco de atención en la conducta-problema, hacia una apuesta por el desarrollo de habilidades, saberes y actitudes dirigidos a fortalecer los factores protectores, y reducir de este modo los factores de riesgo en la población escolar.

Entendemos por “inclusión curricular” el proceso de instalación de temáticas preventivas en los distintos “espacios pedagógicos” (contenidos mínimos obligatorios, objetivos fundamentales transversales, reuniones de apoderados, consejos de curso, entre otros), de manera que se garantice que tanto los niños, niñas y adolescentes del establecimiento escolar, así como sus familias, sean “sujetos de prevención”. Las estrategias preventivas suponen una participación activa tanto de los profesores, estudiantes y sus familias, para el logro de los objetivos propuestos.

La propuesta de inclusión curricular se basa en una serie de principios en los que se sustentan los programas de prevención efectivos³⁹, que señalan que los programas deben ser: comprensivos, incluir distintos métodos de enseñanza-aprendizaje, proveer oportunidades para generar relaciones positivas, ser adecuados en su duración e intensidad, ser continuos y sostenidos, y ser relevantes desde una perspectiva sociocultural, entre otros.

Tomando como base estos principios, la inclusión curricular se articula en torno a tres estrategias de instalación progresiva, a saber: Curso de formación preventiva, Guía didáctica estratégica de prevención, y Rediseño del Programa Continuo Preventivo.

Curso de formación preventiva

Curso de prevención universal destinado a estudiantes de 5° y 6° básico que se ofrecerá para ser impartido en las horas de jornada extendida escolar. El foco en estos niveles escolares responde a que la evidencia muestra que existe un mayor impacto de la formación preventiva en edades tempranas⁴⁰. Los cursos ofrecidos en el horario de libre disposición se insertan en el marco de flexibilidad que otorga el marco curricular actual y son de libre elección para las escuelas, lo que permite encauzarlo como una actividad propia de las escuelas. Este curso contribuye a ampliar la oferta programática para las escuelas, proveyendo un espacio tradicional de instrucción e información en temáticas preventivas. La construcción de este curso supone la integración de dos vertientes principales: la pedagogía como fuente de principios rectores y organizadores de la propuesta, y la ciencia de la prevención como aporte de contenidos y orientaciones técnicas.

El curso contemplará un paquete de guías metodológicas, materiales didácticos, sistema de evaluación y contenidos actualizados, contextualizados y alineados con las lógicas de organización curricular escolar vigente.

Guía didáctica estratégica de prevención

La guía didáctica estratégica consiste en un paquete de orientaciones, contenidos y actividades que permiten el desarrollo de contenidos propios de las asignaturas a intervenir. El carácter estratégico de la propuesta responde a la focalización en sectores de aprendizaje cuyos contenidos mínimos obligatorios permitan un abordaje más eficaz y pertinente de los contenidos preventivos. De esta manera, la perspectiva preventiva no será forzada como un componente anexo a los contenidos escolares, sino que pasará a ser una forma de enfocar los mismos contenidos que los docentes deben tratar. Así, la guía se constituye en la estrategia de intervención más profunda en el currículum escolar.

Trabajos anteriores de sistematización curricular permiten identificar una mayor presencia de contenidos susceptibles de ser abordados desde la prevención en los sectores de aprendizaje de Comprensión de la Naturaleza, Orientación y Lenguaje y Comunicación⁴¹⁻⁴². La guía estratégica se enfocará en estos sectores.

Rediseño del Programa Continuo Preventivo

El programa de prevención universal Continuo Preventivo (CP) se viene trabajando en los establecimientos escolares desde el año 2001. Sin embargo, es 2003 cuando se proyecta consolidar la oferta actual de programas que abarca desde la educación preescolar hasta la enseñanza media. Los diferentes sub-programas que contiene el Continuo Preventivo son: "En busca del tesoro" (educación inicial); "Marori y Tutibú" (1° a 4° básico); "Quiero Ser" (5° y 8°); y "Yo decido" (Enseñanza Media). Estos programas están dirigidos tanto a los alumnos como a sus familias y sus profesores, con el fin de entregar herramientas concretas para abordar el tema de drogas.

La adaptación tiene por objetivo presentar una estrategia de prevención universal con contenidos y metodologías renovadas para lograr así una propuesta más eficaz y pertinente al contexto escolar actual. El proceso de rediseño se formula bajo los criterios relevados en la evaluación de los materiales durante el año 2010, los que indican la necesidad de reducción de información y la elaboración de una propuesta con mayor coherencia interna. Estos cambios afectan principalmente a los programas "Marori y Tutibú" y "Quiero ser", que son los que presentan las mayores debilidades. La revisión, rediseño, validación y entrega del CP 2.0 se realizará durante el año 2011, para estar operativo y a disposición de todas las escuelas del país a partir del primer semestre de 2012.

Como recurso de apoyo central para la implementación de este CP 2.0, se diseñará e implementará una plataforma virtual interactiva de contenidos preventivos, la que incorporará recursos destinados a ser utilizados en las otras estrategias de inclusión curricular.

2. Chile Previene en la Comunidad

Las dinámicas, causas y consecuencias sociales del consumo de drogas y alcohol ocurren mayoritariamente en el territorio comunal y/o barrial. Allí confluyen los sectores residenciales, los locales de expendio de alcohol y el tráfico de drogas ilícitas. Además, las comunas son el espacio natural e inmediato de la vida cotidiana y de la participación de la ciudadanía.

Para impulsar la descentralización y favorecer la toma de decisiones y adecuación de políticas y programas a la realidad de cada

localidad, es necesario fortalecer las capacidades locales para abordar y controlar el fenómeno del consumo de drogas y/o alcohol, de manera de aumentar la información y conocimiento que tienen los gobiernos locales y la ciudadanía sobre esta materia.

Hasta 2010, 204 comunas se han incorporado al Programa Comunal de Prevención, conocido también como Previene. Este programa nació con la finalidad de instalar una política de drogas a nivel comunal, a través de oficinas, profesionales y actividades de CONACE, en convenio con los municipios, y el objetivo de implementar acciones coordinadas para prevenir el consumo en territorios y comunidades. Esta oferta programática de CONACE a los municipios, consideró asistencia técnica y financiera para instalar el respectivo Programa Previene, y dotarlo de las condiciones mínimas para ponerlo en funcionamiento sobre la base de un convenio específico.

En la actualidad, este programa se ha convertido en una estructura fija de traspaso de recursos financieros a las comunas, con logros importantes en ciertos ámbitos de instalación de una política preventiva en algunos municipios del país. Pero también enfrenta serias limitaciones para cumplir el objetivo inicial del programa de instalar y consolidar una política antidroga, con metas claras de corto, mediano y largo plazo, y con un sistema de seguimiento, evaluación y sistematización de esta experiencia deficiente.

Dado los antecedentes presentados, el Programa Chile Previene en la Comunidad, componente clave en la articulación de la triada del Chile Previene, se presenta como un modelo de gestión y desarrollo de oferta programática específica. Por medio de él se pretende apoyar a los gobiernos locales y a la comunidad civil para que ellos definan y lleven a cabo un trabajo planificado, articulado, coherente y que responda de forma costo-efectiva a las necesidades preventivas del consumo de drogas y alcohol de los habitantes de sus comunas y barrios. Este programa rectifica el reconocimiento de las comunas y barrios como unidades básicas de intervención. Además, resalta el rol fundamental que las autoridades locales y la comunidad deben asumir en las políticas locales de prevención, por el nivel de conocimiento y vinculación que poseen con la problemática de droga y alcohol en su territorio.

Los puntos centrales del Chile Previene en la Comunidad son:

a. Desarrollo de un plan local de drogas y alcohol: A partir de 2011, se comenzará a trabajar en el desarrollo de planes de drogas y alcohol a nivel local, con la respectiva planificación de su proceso de implementación. Este trabajo será coordinado por los encargados de prevención comunal y se apoyará en la creación de comisiones comunales de alcohol y drogas que contarán con la participación de representantes del municipio y de la comunidad local. Un punto crítico de este plan es la definición de un diagnóstico acabado de la situación comunal y barrial, con el fin de definir los programas y planes de acción, además de una cartera de proyectos específico para las necesidades de cada territorio.

b. Creación de un Centro de Análisis Comunal y Barrial de factores de riesgo, protectores y distribución espacial de las características contextuales que inciden en estos fenómenos. El objetivo de la creación de este centro, es la generación de información periódica y actualizada sobre la realidad del fenómeno de drogas y alcohol a nivel local, para ponerla a disposición de las respectivas oficinas comunales y regionales de CONACE, como también, para estar en condiciones de ofrecerlas a todas las organizaciones y grupos de interés del país que así lo requieran. A la vez, se realizará un trabajo de registro y análisis de información primaria y secundaria

para apoyar el proceso de elaboración de diagnósticos locales. Asimismo, se buscará identificar los sectores dentro de las comunas donde este fenómeno se presente en forma más acentuada o tenga características específicas que indiquen la necesidad de desarrollar e implementar intervenciones diferentes.

c. Apoyo a iniciativas locales de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social de personas en riesgo: Como una manera de apoyar el desarrollo diferenciado y de flexibilizar el marco de acción de los programas comunales y barriales del Programa Chile Previene en la Comunidad, se creará un **Fondo Nacional de Financiamiento Concursable** al que accederán aquellas municipalidades que desarrollen planes comunales de lucha contra las drogas y el alcohol, presenten los respectivos diagnósticos y elaboren carteras de proyectos a financiar con dichos recursos. Estos fondos estarán destinados a financiar iniciativas de prevención en la población, a través de propuestas generadas desde los gobiernos locales, en conjunto con organizaciones territoriales, funcionales, sociales y entidades religiosas, entre otras. La idea fundamental de este instrumento concursable es recoger las necesidades específicas del territorio y financiar aquellos proyectos que aborden la particularidad de la región o comuna que postula, complementando los programas diseñados a nivel central.

d. **Sistema de Certificación del Programa Chile Previene en la Comunidad**, cuyo objetivo será poder acreditar el desarrollo e implementación de un componente efectivo de prevención en las comunas y barrios, con definición de orientaciones técnicas claras y estándares de calidad que reflejen el nivel de avance de los municipios y las organizaciones sociales en la materia.

e. Junto a lo anterior, se trabajará en la identificación y compilación de un conjunto de iniciativas y programas preventivos efectivos desarrollados en el territorio nacional e internacional, que pueden ser considerados **"Buenas Prácticas en el ámbito de la Prevención en Chile"**. El objetivo de este proyecto es poner a disposición de los municipios, organizaciones sociales, y otras instituciones involucradas en el trabajo preventivo comunitario, un conjunto de iniciativas cuyos diseños estén basados en la mejor evidencia nacional e internacional disponible, y que tengan evidencia empírica logro de resultados y de impacto esperado.

3. Chile Previene en el Trabajo

Esta Estrategia asigna un rol central al espacio laboral por dos aspectos principales: a) por ser un lugar privilegiado para intervenir y empoderar a madres y padres trabajadores/as en su rol de padres y como agentes de prevención para potenciar estrategias preventivas del consumo de drogas y alcohol en niños y adolescentes que se desarrollarán en otros contextos; y b) permite asegurar la continuidad de las intervenciones dado que se cuenta con una población relativamente cautiva.

La prevención del consumo de drogas y alcohol en el espacio laboral está altamente avalada por las repercusiones que tiene, tanto para la salud y bienestar de los trabajadores y sus familias, como para la productividad y calidad de vida laboral, la existencia de un porcentaje importante de trabajadores que presentan consumo de drogas y alcohol². Además, este espacio juega un rol estratégico para la prevención porque permite realizar actividades de detección precoz, asegurar la continuidad de las intervenciones y acceder a hombres y mujeres, padres y madres, que no se pueden abordar en otros espacios.

El consumo de alcohol y otras drogas en el contexto laboral tiene consecuencias negativas importantes tanto para las empresas como para los trabajadores/as, dado que sus efectos se expresan a través de aumento de enfermedades, accidentes laborales, ausentismo, incapacidad laboral y disminución de la productividad, entre otros. Para evitar estas situaciones, la evidencia señala que –como primer paso– toda empresa debe diseñar e implementar una política de prevención del consumo de alcohol y drogas.

La estrategia principal para abordar estos objetivos corresponde a la creación de un programa que considera la reformulación del Programa Trabajar con Calidad de Vida, que se aplica desde el año 2002. El objetivo de este programa era que organizaciones públicas y privadas contasen con una política preventiva y un plan de acción basados en un modelo de calidad de vida, para lograr ambientes laborales que promovieran el desarrollo integral de los trabajadores y sus familias. La evaluación del programa demuestra que, en términos de gestión y población objetivo, es necesario hacer modificaciones, ya que en el año 2008 tan solo el 14% de ellas implementaron efectivamente una política preventiva.

Chile Previene en el Trabajo tendrá tres ámbitos de aplicación: a) acción preventiva, dirigida a toda la población laboral; b) atención a la demanda, detección precoz y derivación a tratamiento; y c) reinserción laboral, orientada a la continuidad del puesto de trabajo una vez finalizado el tratamiento.

Los objetivos de la intervención preventiva en este espacio son desincentivar el consumo de drogas y disminuir el consumo de alcohol de trabajadores y trabajadoras, en general, y entregar conocimientos y herramientas para empoderarlos como agentes preventivos del consumo de drogas y alcohol al interior de sus familias, principalmente con respecto a sus hijos:

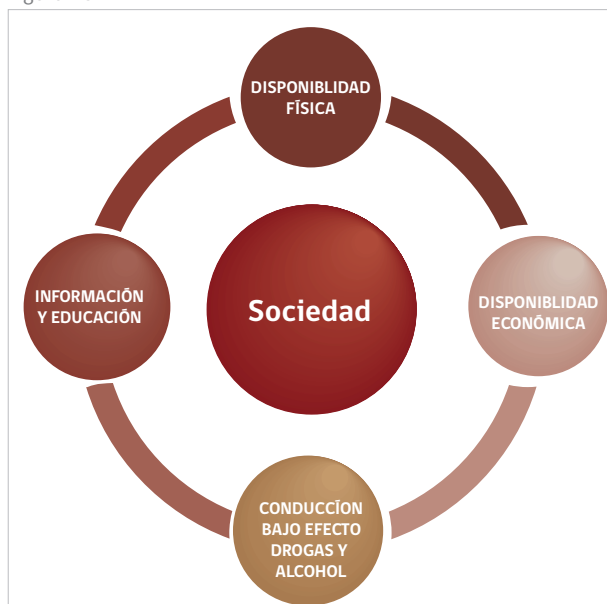
1. Desarrollar los mecanismos necesarios para abordar la diversidad de realidades del ámbito laboral, según las diferencias que se presentan en las organizaciones de acuerdo al ámbito productivo al cual pertenecen y el tamaño de la empresa, entre otros factores. Por ello, en colaboración con el mundo académico, se levantarán perfiles de riesgo que permitan diseñar una oferta diferenciada de intervención preventiva que sea capaz de asegurar una respuesta efectiva a la demanda existente.
2. Garantizar que las políticas preventivas y los planes de acción de organizaciones públicas y privadas cuenten con un sistema de derivación a una atención especializada que posibilite la rehabilitación de cualquier trabajador o trabajadora afectado con un consumo problemático de drogas y alcohol, y luego facilite el proceso de reinserción laboral final.
3. Asegurar el fortalecimiento del rol y habilidades preventivas de padres y madres trabajadoras, procurando que cada política preventiva y plan de acción contemple la integración del desarrollo de competencias parentales para la prevención del consumo en las familias de los/as trabajadores/as.

Este programa se implementará en 300 organizaciones públicas y privadas durante el año 2011, y la meta es avanzar hacia lograr que para el año 2014 sean 2.000 las organizaciones que estén dentro del mismo.

4. Prevención del consumo de riesgo de alcohol en población general

En conjunto con las líneas y acciones de prevención del consumo de alcohol en escolares y trabajadores descritas en los párrafos anteriores, se establecerán líneas y acciones globales destinadas a prevenir el consumo de riesgo de alcohol en nuestro país. Este plan, en materia de una droga legal como el alcohol, se plantea como un objetivo preventivo de largo plazo al favorecer una cultura de sana convivencia con el alcohol. Para lograr este objetivo, se trabajará en: a) restricción de la disponibilidad física de alcohol; b) aumento de medidas preventivas y sancionadoras de la conducción bajo los efectos del alcohol; y c) fortalecimiento de las estrategias de información y educación al respecto para toda la población.

Figura 10



4.1 Disponibilidad física de las bebidas alcohólicas

La disponibilidad física de las bebidas alcohólicas –vale decir, oferta y acceso a las mismas–, es un factor que incide fuertemente en el consumo de éstas, y por lo mismo, en el consumo nocivo de alcohol. A mayor disponibilidad, mayor consumo y viceversa. Los esfuerzos en este ámbito se pondrán en: a) revisión y redefinición del actual sistema de concesiones de patentes para la venta de diferentes bebidas alcohólicas; b) estricta aplicación del cumplimiento de la ley que prohíbe la venta de alcohol a menores de edad en el país (acompañada de severa fiscalización de la edad mínima para adquirir alcohol); y c) restricción del horario de venta de alcohol en los diferentes recintos autorizados para ello.

- a. Como una primera medida en este ámbito se trabajará en la revisión y redefinición del actual sistema de concesiones de patentes para la venta de diferentes bebidas alcohólicas. Dentro de las medidas claves a incluir en esta redefinición están mejorar los estándares de exigencias del proceso de otorgamiento de las patentes de alcohol, reconsiderar la autorización de patentes de expendio de alcohol por tiempos limitados, el aumento del actual valor de dichas patentes y la disminución del número máximo de patentes de expendio

de bebidas alcohólicas por número de habitantes. A la vez, se trabajará en el desarrollo de un sistema integrado de planificación y fiscalización del otorgamiento de patentes de alcohol, y de generación de información del ciclo de vida de las patentes que delimite duración, prórroga o caducidad de éstas.

- b. En Chile los 18 años es la edad mínima fijada por ley para la venta y consumo de alcohol. Sin embargo, el consumo de alcohol en el último año en menores de edad se ha mantenido en alrededor de un 50% del universo potencial de consumidores en la última década, y la fiscalización del cumplimiento de esta norma es muy débil. Con el fin de dar fiel cumplimiento de la normativa legal vigente relativa a la venta de alcohol a menores de 18 años, se fortalecerá el rol fiscalizador y sancionador de los municipios y de Carabineros de Chile en esta materia.
- c. De acuerdo a diferentes estudios internacionales, la reducción de las horas o días de venta autorizada de bebidas alcohólicas produce una notoria reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, incluyendo homicidios y agresiones.

En términos comparativos Chile tiene un horario extenso de venta de alcohol. Es por esto que se trabajará en la modificación de las disposiciones sobre horarios que establece la ley y, a la par de ello, se propondrán alianzas voluntarias con los alcaldes para que ejerzan sus facultades de acortar los horarios de ventas de alcohol en los locales de su comuna. La propuesta estará orientada a mantener las actuales disposiciones para aquellos locales en los que se vende alcohol para el consumo dentro del mismo junto con alimentos (restaurantes y otros), y restringir el horario de venta en botillerías, bares y discotecas.

4.2 Disponibilidad económica de las bebidas alcohólicas

En el ámbito de la restricción de la disponibilidad económica del alcohol, los estudios demuestran que el costo de acceso a las bebidas alcohólicas es un factor determinante del nivel y patrón de consumo de un país. El aumento en el precio al detalle del alcohol se traduce en una disminución de las tasas de consumo, principalmente en personas que beben en exceso, poblaciones socio-económicamente vulnerables y en consumidores jóvenes⁴.

Para disminuir los niveles de consumo de alcohol per cápita se evaluará, dentro del Gobierno y en conjunto con el Ministerio de Hacienda, el incremento del costo de acceso a bebidas alcohólicas al detalle mediante un aumento del impuesto al alcohol.

4.3 Conducción bajo los efectos del alcohol

Los accidentes de tránsito y lesionados debido a la conducción bajo los efectos del alcohol han aumentado durante la última década en nuestro país. Por ello, es necesario adoptar medidas reparatorias, fiscalizadoras y educativas efectivas que permitan reducir los efectos negativos de este tipo de conductas. El objetivo de nuestra política de alcohol es posicionar la cultura del “beber y manejar” como un atentado contra la vida que debe ser erradicado de la sociedad.

En cuanto a la conducción bajo los efectos del alcohol, se reorientará la aplicación de los procedimientos de fiscalización tendientes a controlar a quienes conducen bajo los efectos de estas sustancias, hasta alcanzar el nivel base que demuestre resultados positivos.

La evidencia ha demostrado que la fiscalización a través de sistemas de alcotest aleatorio produce un impacto relevante en la reducción de los accidentes⁵.

El propósito básico es trabajar, junto a Carabineros y los municipios, en la implementación del **Plan "Calles sin Alcohol"**, el que se basa en medidas tanto legislativas como administrativas que tienen por finalidad cambiar los hábitos de conducción bajo los efectos del mismo y reducir por esta vía de manera sustantiva los accidentes ligados a su consumo en exceso. Las principales medidas legislativas son el endurecimiento de penas para la conducción bajo efectos del alcohol y la reducción del nivel de alcohol en la sangre permitido para la conducción de vehículos y maquinarias. Las medidas administrativas del Plan son: a) el fortalecimiento y reorientación del plan de fiscalización de conducción bajo los efectos del alcohol y calles y carreteras del país; y b) el fortalecimiento de mecanismos eficientes de transmisión masiva y continua de información sobre los efectos del alcohol y otras drogas.

A la vez, se trabajará en acreditar la aplicación de la prueba de alcohol presente en el aire expirado (alcotest), realizada según un protocolo ad hoc, como prueba científica y legal suficiente, para fines procesales y administrativos. La aplicación de esta medida agilizará los procedimientos de fiscalización, ahora dificultados y, en alguna medida, inhibidos por la demora en la obtención de muestras de sangre en los centros asistenciales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca que es esencial para la eficacia de la legislación como medida disuasoria de conducción bajo efecto del alcohol, que se asegure el cumplimiento y dureza de las penas⁴³. Es por esto que para desincentivar la conducción en estado de ebriedad o bajo la influencia de las drogas, el Plan Chile Seguro cuenta con dos medidas legislativas que contemplan el endurecimiento de las penas previstas para este delito, regulándose una sanción de 18 meses de suspensión de licencia para quienes incurran en el mismo y la cancelación definitiva del documento, en caso de reincidencia.

En Chile, la legislación establece como conducción en estado de ebriedad una alcoholemia mayor a 1 gramo por litro de sangre (g/l), y conducción bajo los efectos del alcohol una alcoholemia mayor a 0,5 (g/l). La reducción del nivel de alcohol en la sangre permitido para la conducción de vehículos y operación de maquinarias debe ser mayor aún, dado que la evidencia ha demostrado que la disminución en los niveles permitidos de alcohol en la sangre a 0.3g/l, limita en forma importante la mortalidad por accidentes de tránsito.

4.4 Fortalecimiento de estrategias de información y educación para toda la población

Información y herramientas de apoyo:

Una de las mayores demandas sociales recogidas en la Consulta Pública sobre la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol fue contar con información fidedigna acerca de los riesgos asociados al consumo de alcohol y drogas.

En cuanto a la información social sobre drogas y alcohol, se crearán y mantendrán canales de comunicación a través de los cuales la población pueda acceder a la información correcta y necesaria sobre las tendencias, riesgos y consecuencias del consumo de drogas y alcohol. A través de la entrega de información, se buscará aumentar la percepción de riesgo y la actitud crítica frente al consumo de

drogas y alcohol en la población, favoreciendo un cambio a largo plazo en la valoración social del consumo de sustancias.

Junto a ello, se llevarán a cabo acciones para favorecer el Contacto Ciudadano otorgando herramientas de apoyo y ayuda entre las cuales se encuentran:

- **Fonodrogas:** Es un servicio gratuito, anónimo, confidencial y disponible las 24 horas del día para personas afectadas por el consumo problemático de drogas, sus familiares, amigos o cercanos. Para mejorar la calidad del servicio que actualmente se ofrece, se realizará durante el primer semestre del 2011, un catastro y análisis de buenas prácticas de líneas telefónicas de asistencia al público. Con el fin de elevar aún más la calidad de la atención, se revisarán los protocolos de atención, ficha de registro de llamadas y los flujos de información desde las áreas de apoyo. En diciembre de 2011, se pondrá en marcha el nuevo modelo de atención que incorporará indicadores de evaluación del servicio.
- **Bibliodrogas:** Consolidación de la biblioteca especializada en drogas y alcohol que estará disponible a breve plazo para la comunidad, con el propósito de brindar mayor acceso a información sobre los riesgos y efectos del uso y abuso de sustancias.

Finalmente, en el ámbito del fortalecimiento de mecanismos eficientes de transmisión de información útil respecto a los efectos nocivos del alcohol, tanto para público en general como para audiencias seleccionadas, se ampliará el actual ámbito de competencias temáticas del Fonodrogas y Bibliodrogas para incluir, entre sus competencias, el tema del alcohol.

Programa de regulación voluntaria de la publicidad de las bebidas alcohólicas:

Como es de público conocimiento, la publicidad de un producto dado tiene por objetivo motivar a la población hacia su consumo y el alcohol es una sustancia legal sobre la cual abunda el avisaje induciendo a su compra, tanto en los medios de comunicación como en la vía pública.

Existe creciente evidencia sobre la asociación entre el marketing y publicidad de bebidas alcohólicas y su impacto en los niveles de alerta, expectativas de beber y creación de actitudes favorables hacia el beber por parte de los jóvenes⁴⁴. A la vez, un estudio realizado en 20 países, a lo largo de 26 años, concluyó que las restricciones legales a la publicidad del alcohol influyen en un decremento del consumo de alcohol⁴⁵.

Por publicidad o promoción responsable se entiende aquella que no es incitante al consumo de riesgo y/o en menores de edad. Actualmente, la normativa que rige la publicidad de bebidas alcohólicas en Chile es débil y su eficacia, deficiente. Un tema crítico es la estrecha relación entre ésta y el patrocinio de actividades musicales o deportivas con gran influencia entre niños y jóvenes. Por ello, este programa tendrá por objetivo adoptar medidas que protejan a niños y jóvenes de la promoción de bebidas alcohólicas.

Se pondrá en marcha un programa de autorregulación de publicidad de bebidas alcohólicas, como en Estados Unidos y gran parte de los países de Europa, donde, en conjunto con la legislación, existen lineamientos acordados con la industria.

La autorregulación contendrá dos elementos básicos:

- Un código de prácticas y principios que regule el contenido de la publicidad.
- Un cuerpo independiente de la industria encargado de velar por el proceso de establecimiento, revisión y aplicación del código.

El código se trabajará en conjunto con el sector privado y fijará estándares éticos mínimos de publicidad de bebidas alcohólicas.

En cuanto al contenido, se establecerá como mínimo que la publicidad o promociones de consumo de alcohol cumpla con los siguientes requisitos:

- No debe asociarse al contenido alcohólico y sus efectos.
- No debe fomentar el consumo irresponsable y/o de riesgo de alcohol.
- No debe estar dirigida a menores de edad ni presentar a este grupo etario consumiendo alcohol.
- No debe establecer relaciones entre el consumo de alcohol y aumento de rendimiento físico en aspectos como la conducción de vehículos.
- No debe establecer vínculos entre el consumo de alcohol y el éxito social, amoroso y/o sexual.
- No debe sugerir que las bebidas alcohólicas tienen propiedades terapéuticas.
- No debe presentar a la abstinencia o a la moderación de un modo negativo.

En relación a la locación de la publicidad de estos productos, se establecerán también requisitos mínimos:

- Un estándar de los medios donde puede ser exhibida (determinado a partir, por ejemplo, del porcentaje de menores de edad que forman parte de la audiencia de determinado medio).
- Estándares de localización de publicidad en medios escritos.
- Limitación de publicidad en espectáculos deportivos o actividades culturales con gran concentración de menores de edad.

Estos lineamientos básicos permitirán establecer criterios de publicidad responsable en la industria del alcohol. Los estándares se desarrollarán durante el 2011.

La puesta en práctica de las medidas presentadas en los párrafos anteriores no es sencilla. Todas ellas cuentan con estudios de efectividad en la literatura internacional y/o se basan en recomendaciones de organismos expertos emitidas en el proceso de elaboración de la Estrategia Nacional de Alcohol, propuesta por el Ministerio de Salud. Todas estas medidas pueden tener efectos negativos que deben considerarse y evitarse en el minuto de profundizar la forma en que se tomarán cada una de las propuestas.

Finalmente, se desarrollará un **Plan de expendio responsable**, orientado a generar un modelo de expendio sin riesgo o "venta responsable", donde se incluyan medidas puntuales para prevenir la embriaguez al interior de los locales de venta de bebidas alcohólicas.

Entre éstas, se pueden mencionar las siguientes:

- Leyendas educativas en las cartas.
- Entrenamiento del personal que sirve y/o vende bebidas alcohólicas para promover la ingesta responsable del alcohol y planes de prácticas para prevenir la intoxicación y el consumo de alcohol en menores de edad
- Códigos voluntarios de práctica de venta al público
- Desarrollo de orientaciones para programas de capacitación del personal para la prevención y manejo de agresiones y otros problemas de conducta

Para fomentar la adherencia al plan, se implementarán mecanismos de reconocimientos e incentivos a los locales de expendio y consumo de alcohol que cumplan con ella.

II. RECUPERAR

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso y la dependencia de drogas y alcohol son enfermedades crónicas tratables. Sin embargo, la perspectiva que hoy en día impera en el país sobre tratamiento y que define la oferta programática para las personas que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol, se circunscribe principalmente al logro de objetivos terapéuticos medidos en términos del logro de la abstinencia o de cambio en el patrón de consumo.

El comprender el consumo problemático de drogas y/o alcohol como una enfermedad crónica o “evento de duración prolongada”, que permanece en forma manifiesta o latente en la vida de las personas durante gran parte de sus vidas, conlleva la necesidad de modificar la perspectiva imperante, y adoptar una visión en la cual se entienda la recuperación de un individuo con consumo problemático de sustancias, como un proceso cuyos logros van más allá de los objetivos terapéuticos clásicos y se enfoque en que la persona alcance la plena integración social.

El proceso de recuperación de una persona que presenta consumo problemático de drogas y/o alcohol, es una trayectoria que se debe enfocar en las necesidades de cada individuo, las que determinan sus requerimientos particulares de acceso a una serie de recursos y servicios que apoyen el proceso de recuperación. Cada persona presenta un “capital de recuperación” propio, que la diferencia de otros, lo que señala la necesidad de contar con ofertas diferenciadas de apoyo de acuerdo a estos perfiles.

El capital de recuperación está dado por el capital social (familia, grupo de pares y otros actores); físico (dinero, vivienda, alimentación, otros); humano (habilidades personales, salud mental y física, trabajo); y cultural (valores, creencias y actitudes)⁴⁶. El plan de trabajo individual debe identificar las áreas de trabajo necesarias para lograr la plena integración de la persona en su trayectoria completa de rehabilitación.

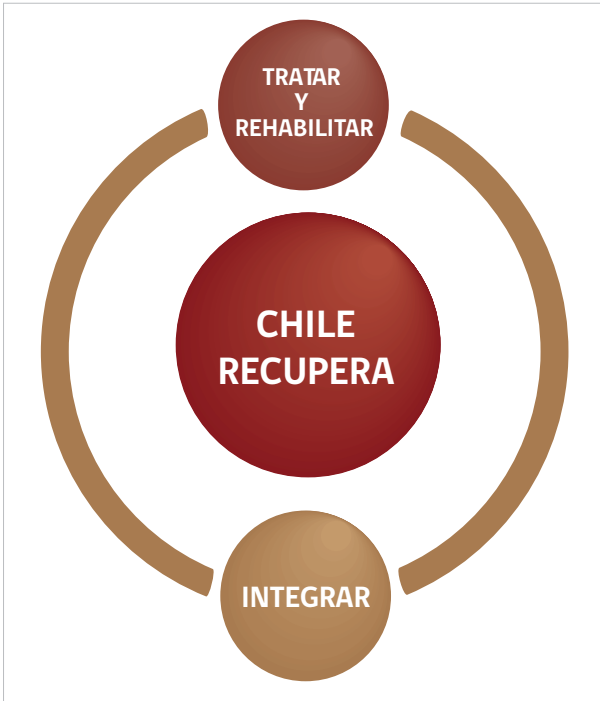
Las principales ventajas de esta perspectiva son: la posibilidad de basarse en los capitales fuertes para proyectar la recuperación; reforzar los déficits de capital, identificando así los obstáculos para la recuperación; evitar tratamientos intrusivos o, a la inversa, evitar tratamientos intensos cuando no es necesario; y generar el sentido de autoeficacia, entre otros. Además, para efectos de la política de recuperación que se presenta a continuación, este nuevo enfoque permite establecer con certeza la demanda nacional y específica de tratamiento y de integración social, ambos entendidos como aumento de capital de recuperación⁴⁷.

Así, el objetivo final del proceso de recuperación, es que la persona pueda desarrollar una vida libre de drogas y/o alcohol e integrada socialmente, en donde la rehabilitación clínica, pasa a ser uno de los componentes, entre otros tres más, que se señalan como parte clave de la recuperación: el bienestar o la calidad de vida; el involucramiento con la comunidad; y el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos de la persona⁴⁸.

Uno de los grandes desafíos que se presenta en esta Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol, en sus componentes de tratamiento, rehabilitación e integración social, es el desarrollo de un Sistema Integral de Recuperación para personas con consumo problemático de drogas y alcohol. Este sistema será el encargado de brindar todos los apoyos necesarios en las diferentes etapas del proceso de recuperación hasta lograr la plena integración de la persona a la sociedad.

Para una mejor comprensión de las propuestas definidas para lograr la creación del sistema integral de recuperación, en la siguiente sección se presentará el trabajo a realizar en materia de los dos subsistemas que lo componen: El sub-sistema de tratamiento y rehabilitación y el sub-sistema de integración para personas con consumo problemático de drogas y alcohol.

Figura 11



II.1 TRATAR Y REHABILITAR

El tratamiento de problemas de drogas y alcohol puede ser definido como un conjunto de intervenciones y prestaciones, de carácter resolutivo, con especificidades de acuerdo al tipo y la complejidad del problema de salud enfrentado. El tratamiento de los problemas con drogas y alcohol tiene una importancia particular, ya que se ha demostrado que ofrece resultados positivos tanto en la conducta de consumo como en la salud física, mental, conductas de riesgo y desempeño laboral del paciente⁴⁸.

Los criterios diagnósticos de abuso y dependencia de drogas y alcohol están centrados en la conducta adictiva y complicaciones derivadas del consumo, y no directamente en las cantidades de sustancia utilizada, existiendo diferentes criterios para evaluar el nivel de compromiso:

- **Consumo de riesgo:** se entiende como aquel hábito de consumir que aumenta las probabilidades de presentar consecuencias negativas para la persona, tanto en la salud como a nivel relacional, pudiendo ser una condición previa al consumo problemático.
- **Abuso de sustancias:** definido -de acuerdo a la clasificación diagnóstica DSM IV- como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados⁴⁹, durante un período de 12 meses.
- **Consumo perjudicial:** corresponde -según el CIE 10- a aquella forma de uso de sustancias que causa daño a la salud, el que puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias por vía parenteral, por ejemplo) o mental (trastornos depresivos secundarios debidos al consumo excesivo de alcohol u otras drogas, entre otros).

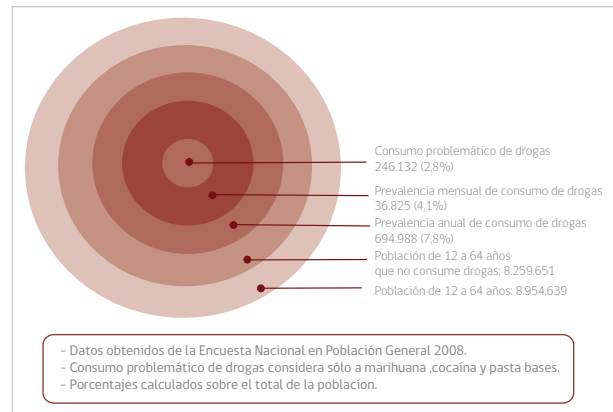
⁴⁸ En una de las siguientes cuatro áreas vitales: incapacidad para cumplir las obligaciones principales; consumo en situaciones peligrosas como la conducción de vehículos; problemas con la justicia; consumo a pesar de dificultades sociales o interpersonales asociadas.

- **Dependencia:** situación fisiológica en la que la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de sustancias, cuya suspensión brusca puede generar un síndrome de abstinencia. La dependencia puede afectar al organismo en general, denominándose en esos casos dependencia física, o bien a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.), denominándose en tales circunstancias dependencia psíquica.

En Chile, se ha optado por utilizar el concepto sugerido por la ONUDD, de consumo problemático para hacer referencia al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial -para la persona que las consume o su entorno- en la salud, relaciones interpersonales, cumplimiento de obligaciones, entre otros. Este concepto incluye el abuso, el consumo perjudicial y la dependencia, de acuerdo a las clasificaciones diagnósticas mencionadas, permitiendo focalizar eficazmente en la población el tratamiento, la rehabilitación y la inserción.

Se estima que alrededor del 20% de las personas que inician el consumo de sustancias, pueden convertirse en consumidores problemáticos (abuso y/o dependencia) y, por lo tanto, en potenciales demandantes de tratamiento. El último estudio nacional de drogas (CONACE, 2008), estima que en Chile 652.327 personas declaran haber consumido drogas ilícitas en el último año; de ellas, 246.132 personas presentarían consumo problemático y 27.504 declaran necesidad de tratamiento.

Figura 12 Consumo de drogas en Chile



Fuente: VIII Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población General. Conace, 2008

El desarrollo del tratamiento de la problemática de las drogas ilícitas y el alcohol, data en Chile desde la década del 50, cuando el Ministerio de Salud comienza a ocuparse de la atención a las personas con consumo problemático de alcohol y el surgimiento de los grupos de autoayuda, iniciándose así el trabajo estatal sistemático en el tema. Lo cual genera las bases para la instalación de un trabajo colaborativo entre las entidades gubernamentales y no gubernamentales a cargo del tema en el país.

Con el surgimiento del consumo de sustancias ilícitas como problema sanitario y de seguridad ciudadana, emerge la especialización de las intervenciones en tratamiento hasta llegar a la definición de modalidades de tratamiento para grupos de personas con características y necesidades específicas. Esto, con el propósito de disminuir las barreras de acceso al tratamiento y aumentar las probabilidades de alcanzar logros terapéuticos que se sostengan en el tiempo

El tratamiento sistemático de los problemas de drogas y alcohol ha sido enfrentado a nivel país por parte del Ministerio de Salud así como por CONACE. Esta última entidad lo ha hecho a través de brindar apoyo financiero y técnico a una serie de dispositivos públicos y privados a lo largo del país. Dicho esfuerzo resulta insuficiente, en la medida que hoy se expresa en un sistema fragmentado, con una ausenciade definición de estándares de calidad universales y consensuados para el tratamiento de las adicciones y un déficit importante de oferta de tratamiento para perfiles con necesidades diferentes de la población con consumo problemático.

Los avances en la instalación de este Sistema Nacional de Tratamiento han sido principalmente en materia de diseño de planes y programas, aumento de cobertura, supervisión técnica de la implementación y capacitación de recursos humanos. Sin embargo, aún existen deficiencias en las áreas de acceso, calidad y oportunidad del tratamiento, que se deben principalmente a:

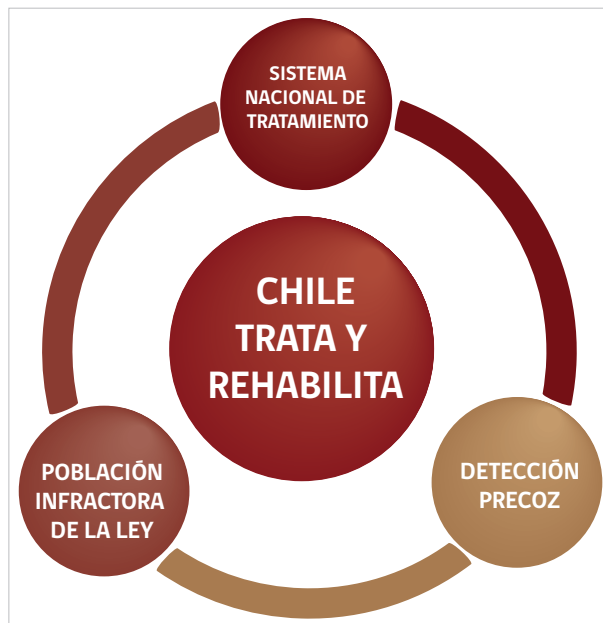
- Falta de definición de estándares de calidad universales y consensuados para el tratamiento de las adicciones, tanto en centros públicos como privados.
- Insuficiente oferta de tratamiento: La cantidad de cupos de tratamiento que existe actualmente aún no responde a las distintas necesidades y perfiles de población. El 80% de la oferta actual se encuentra concentrada en las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Bío-Bío. Además, no se encuentran totalmente cubiertas las necesidades de grupos como niños y jóvenes, indígenas, madres, población de zonas rurales, o de aquellos que se encuentran a disposición de la justicia penal^{III}.
- Falta de información y de evaluaciones de los programas: En cuanto a la información necesaria para la toma de decisiones -en aspectos de diseño, planificación y ejecución del programa-, actualmente no se cuenta con una adecuada estimación de la oferta, demanda y brechas de tratamiento. En relación a las evaluaciones, los programas carecen de mediciones de impacto.
- Inexistencia de un plan estratégico y sistemático de trabajo que permita focalizar los recursos del Estado en forma eficiente, para poder lograr una atención de calidad y con cobertura suficientemente amplia para atender a todos los grupos con mayor vulnerabilidad que requieren atención en adicciones.

Las líneas de acción para el tratamiento de drogas y alcohol propuestas en esta Estrategia buscan asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas en el consumo de drogas y alcohol. Todo esto a través de la consolidación de un sistema nacional de tratamiento y la promoción de intervenciones eficaces basadas en la mejor evidencia disponible. Para lograr este objetivo, se trabajará paralelamente en tres ámbitos diferentes:

- a. Consolidación de un Sistema Nacional de Tratamiento de Calidad, ajustado a los distintos perfiles de personas con dependencia y abuso de drogas y/o alcohol, en la red de salud pública y privada solidaria preexistente.
- b. Detección precoz e intervenciones breves en atención primaria y escuelas.

III Lo que comprende una mayor utilización de programas de remisión de casos por la justicia a fin de que las personas detenidas por delitos de menor cuantía relacionados con drogas puedan ser remitidas a una variedad de servicios apropiados de tratamiento.

Figura 13



- c. Posicionamiento del tratamiento de adicciones como alternativa efectiva de rehabilitación y sustitución de la privación de libertad.

Así es como se espera contar en 2014 con:

- Un sistema de calidad integrado y con mayor capacidad de cobertura en el que todas las personas que presenten consumo problemático y manifiesten intención de comenzar un tratamiento, lo puedan obtener. La meta es alcanzar al final del período una cobertura nacional proyectada de al menos 45.000 personas en tratamiento y la creación de al menos 30 nuevos centros distribuidos a nivel nacional.
- Un número mayor de personas de la población general e infractores de ley, que completen exitosamente su proceso de tratamiento y puedan continuar su proceso de recuperación a través de la oferta programática de integración social.

1. Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas y Alcohol

Una Red de Tratamiento se define como un conjunto de servicios de tratamiento de diversa complejidad, integrados en una red de prestadores públicos y privados que contribuyen a prestar este tipo de asistencia profesional.

Una red permite la integración sanitaria para la continuidad de la atención del individuo en todas sus dimensiones, tanto aquellas directamente asociadas al problema con drogas y alcohol, como la comorbilidad psiquiátrica altamente asociada a esta problemática, así como también aquellos otros problemas de salud netamente físico-biológicos asociados al consumo perjudicial de drogas y alcohol.

La red de tratamiento debe ser capaz de coordinar la continuidad de la rehabilitación de los pacientes, en relación a los determinantes estructurales de la problemática de las drogas y el alcohol, como son las redes familiares precarias o inexistentes, la cesantía y la habitabilidad, entre otros, en coordinación con las acciones de prevención e inserción social propuestas en esta Estrategia.

Por otra parte, la red debe también ser capaz de brindar tratamiento a aquellos pacientes que presentan conflictos con la justicia, manteniendo una coordinación expedita con los actores relacionados con este ámbito, como el Ministerio de Justicia, la Defensoría Penal, el Ministerio Público y el Servicio Nacional de Menores (SENAME), entre otros.

En este contexto, la Red Nacional de Tratamiento de Drogas y Alcohol, posee dos niveles de articulación: uno territorial y uno nacional. Por una parte, debe ser una red dentro de cada territorio que abarque el Servicio de Salud respectivo y sus establecimientos, los municipios y los prestadores privados existentes, mientras que, en un segundo nivel, debe ser una trama que articule el total del territorio nacional.

De este modo, la consolidación de la Red Nacional de Tratamiento debe ser entendida como un proceso que involucra cambios estructurales y relacionales entre los distintos actores, los cuales contemplan:

1. La articulación y coordinación de oferta actualmente existente en el país, en paralelo con una etapa de diseño de una red integrada.
2. La implementación de los cambios, la que debe ser planificada, socializada y adecuadamente difundida entre los actores involucrados.
3. La planificación del monitoreo y la evaluación como parte constitutiva del diseño.

El principal objetivo será otorgar un servicio de tratamiento integral de calidad, incorporando dentro de sus principales actividades el diseño, apoyo a la implementación y la evaluación sistemática, en el marco de un proceso de mejora continua de los “bienes y servicios” otorgados. De este modo, se asegurará la equidad en la oportunidad de acceso al tratamiento y la calidad de la atención dispensada.

Equidad en el acceso a tratamiento

Equidad en el acceso se define hasta hoy como “el igual acceso frente a la igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de atención para todos”⁴⁹.

En este marco, el primer paso y central es la identificación de las necesidades de la población, a lo largo del país, con énfasis en la diversidad regional, así como en la especificidad de ciertos grupos (mujeres, madres y gestantes, adolescentes, población trabajadora, personas en situación de calle y pueblos originarios, entre otros).

La equidad debe contemplar asimismo la sobreposición a las barreras de acceso existentes, pudiendo ser definidas como tales las barreras físicas, las financieras y, en particular, aquellas barreras dadas por la capacidad insuficiente del sistema de responder a las necesidades y demandas de la población.

Acceso y oportunidad del tratamiento

El acceso a la atención de salud se refiere, por una parte, a la posibilidad de ingresar al sistema, y, por otra, a la posibilidad de transitar dentro de éste en forma acorde a los servicios requeridos.

La oportunidad dice relación, por su parte, con la posibilidad de recibir los cuidados necesarios en estadios precoces de daño, así como el poder acceder a la atención en el momento indicado sin tiempos de espera que excedan lo técnicamente razonable.

Por el lado de la oferta, la red de tratamiento debe asegurar una disponibilidad suficiente, diversa y adaptada a los requerimientos de los distintos grupos poblacionales, como población estudiante y trabajadora, y mujeres madres, entre otros, así como una oferta distribuida en función de las necesidades de las poblaciones de los distintos territorios.

Los ejes en este ámbito estarán puestos en:

1. Levantamiento sistemático de la información para un diagnóstico de situación real de los recursos de tratamiento disponibles a lo largo del país, considerando su capacidad, cobertura territorial, fortalezas y debilidades, dado que en Chile no existe un diagnóstico preciso de la brecha entre la demanda y la oferta de tratamiento.
2. Cierre de la brecha existente, con un incremento, diversificación y adecuación de la oferta de tratamiento a nivel país, tanto a través de la ampliación de las capacidades de los centros existentes, como a través de la creación de nuevos centros de atención a lo largo del país.
3. Oferta de tratamiento para la población general, para los grupos específicos y grupos vulnerables identificados, así como para la población infractora de ley. Oferta esta última, de particular complejidad, ya que requiere de la alianza con el SENAME (Servicio Nacional de Menores), en el caso de adolescentes infractores, y de GENCHI (Gendarmería de Chile) para adultos, entre otros actores.
4. Capacitación de nuevos recursos humanos para el tratamiento específico de drogas y alcohol, una especialidad que está poco presente en las mallas curriculares de la educación superior respectiva.
5. Asegurar el flujo de atención expedito dentro de la red a través del desarrollo de una agenda de trabajo intersectorial, para lo cual CONACE trabajará, en conjunto con el Ministerio de Salud, en la construcción de los lineamientos jurídicos, técnicos, logísticos y estratégicos que permitan el desarrollo armónico y eficiente de una red de prestadores.
6. Diseño de programas acorde a las necesidades reales de la población, para lo cual se realizará un trabajo exhaustivo con el fin de determinar los perfiles de los grupos de la población con necesidades de tratamiento que requieren enfoques particulares y se trabajará en el diseño e implementación de una oferta variada y pertinente, que dé cuenta de sus necesidades. Este plan establece cinco líneas de oferta programática en materia de tratamiento y rehabilitación: programas de tratamiento para población adulta -hombres y mujeres-; infractores de ley; población infanto-adolescente y población en situación de calle, además de un programa de detección precoz e intervención temprana. En cada una de estas líneas se considera la ampliación y perfeccionamiento de la oferta vigente, de manera de adecuarse a la factibilidad de tratamiento de grupos particulares como población trabajadora, estudiantil y madres jefas de hogar, entre otros.

Estrategias particulares, como la atención vespertina, a través de la extensión horaria de los centros de tratamiento, y la creación de salas cunas accesorias para madres, son acciones planteadas dentro de este plan.

Calidad de la atención

La calidad de la atención, expresada particularmente en la calidad clínica de los tratamientos otorgados, es un componente medular en la fase terapéutica del tratamiento de todo problema de salud, y en particular de aquellos referidos al consumo problemático de drogas y alcohol.

Por una parte, la excelencia clínica debe estar dada por la promoción de los mejores tratamientos disponibles basados en la evidencia científica y empírica, con la elaboración y difusión de protocolos y orientaciones técnicas, y la actualización permanente de las mejoras e innovaciones en los tratamientos.

Para esto se llevarán a cabo acciones que apunten a:

1. La mejoría y elaboración de protocolos de tratamiento, normas y orientaciones técnicas, así como la capacitación continua y amplia de los tratantes, y la difusión y extensión de las buenas prácticas.
2. Orientar las intervenciones con la mayor evidencia empírica y científica. Para ello, se elaborará una guía de calidad sanitaria y de gestión que ayude a estandarizar los criterios de calidad, haciéndolos públicos y más claros para todos los centros de atención.
3. Se requiere, asimismo, el fortalecimiento de la capacidad de gestión técnica de estas supervisiones y asesorías a nivel regional, así como el incremento de la capacidad de los recursos humanos disponibles para ello. Con este objetivo, se proveerá de capacitación continua a los profesionales y técnicos a cargo de la rehabilitación para garantizar el nivel necesario de calidad de la atención.
4. La generación y aplicación de estándares de calidad de los centros de atención y sus profesionales. Esto a través, por un lado, de la humanización de la atención con objeto de preservar la dignidad del paciente, y por el otro, a través de la visualización del individuo como ente social y familiar. En la misma línea, la debida acreditación de los centros de atención es una meta planteada.
5. La evaluación y monitoreo permanente de la calidad de los servicios, pero con un énfasis puesto, en lo central, en la evaluación de los resultados. Evaluar los resultados, implica en este caso, por una parte, estar atentos al seguimiento de los pacientes tratados, monitoreando recaídas, reincidencia, nivel de integración, etc.. Pero también contempla la realización periódica de estudios de impacto, a fin de asegurar no sólo la eficacia de los tratamientos, sino el éxito real de la rehabilitación de la persona en cuestión.

Cabe destacar aquí entonces, la importancia de la existencia de sistemas de registros y análisis de información integrados, tanto dentro de la red, como entre instituciones específicas (por ejemplo, entre el CONACE y el Ministerio de Salud); Estos sistemas integrados deben asegurar la existencia de información confiable y oportuna para el monitoreo efectivo y la evaluación periódica de los logros.

2. Detección precoz del consumo de sustancias

Mientras más temprana es la intervención, mayor es su impacto, reduciendo además los costos asociados a los problemas vinculados al consumo. El objetivo es intervenir antes de que el problema se

vuelva más complejo o se extienda a otras áreas, como el rendimiento laboral o escolar, y las relaciones sociales o familiares.

En 2011, se implementará un sistema global e integrado de prestación de servicios, a nivel comunal, en diferentes contextos (sanitario, laboral, jurídico, barrial y educacional) que contempla la detección temprana de personas con consumo riesgoso o problemático de sustancias. Para, a partir de allí, generar estrategias de intervención breve y, en los casos que se requiera, referencia a un tratamiento más especializado.

Para la adecuada implementación de este programa, CONACE trabajará coordinadamente con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia.

El proyecto contempla la incorporación de equipos clínicos comunitarios que trabajen en la comuna en coordinación con los programas de prevención selectiva existentes. Para asegurar los resultados esperados, se llevará a cabo una evaluación de proceso y resultados de la gestión de este sistema y una evaluación de impacto de la intervención terapéutica ofrecida. Para el año 2014, se espera otorgar oferta en 50 comunas y una cobertura de 3.000 personas atendidas.

Además, se desarrollará una línea especial para la detección precoz de consumo de sustancias en mujeres embarazadas, de manera de prevenir y evitar posibles consecuencias no deseadas en el recién nacido. En esta línea de acción, el programa Chile Crece Contigo, monitoreado por el Ministerio de Planificación, se encuentra preparado para iniciar, durante el año 2011, en su componente de salud, un proyecto piloto dirigido al "espectro alcohólico fetal". En función de sus resultados, este acuerdo puede extenderse a más comunas en los años siguientes.

3. Tratamiento de adicciones a población infractora de la ley

Entre los grupos poblacionales focalizados está el de las personas con consumo problemático de sustancias que, además de ello, presenta problemas con la justicia. Si bien, la mayoría de las personas que registran problemas de consumo problemático de sustancias no comete delitos, la literatura internacional y los estudios realizados señalan que la prevalencia de consumo declarado de drogas ilícitas en las personas que han cometido infracción de ley, triplican la prevalencia de la población general.

Los estudios e investigaciones llevadas a cabo en población infractora de ley demuestran que existe una fuerte correlación entre el consumo de drogas y alcohol y la comisión de delitos. Estudios nacionales revelan que en detenidos por delitos de mayor connotación social -hurtos, robos, lesiones, violación y homicidio-, 60% presentaba resultados positivos medidos a través de pruebas de laboratorio para cocaína o pasta base y 38% para marihuana. En el caso de las personas detenidas por Ley de Drogas, los resultados positivos ascendieron a 75% para cocaína o pasta base y 47% para marihuana. Por otra parte, entre 24% y 34% de la población penal presenta consumo abusivo de cocaína o pasta base y 27% da señales de abuso de marihuana. Los resultados también muestran que 42% de las infracciones a la ley cometidas por la población adulta pueden ser atribuidas al uso de drogas ilícitas. Cuando se agrega el uso de alcohol, las cifras se elevan a 52%²⁸.

Las acciones que se desarrollen con esta población tendrán por objetivo posicionar el tratamiento de adicciones como una

alternativa efectiva a la privación de libertad. Entre las iniciativas que se desarrollarán en este campo, se encuentran las siguientes:

a. Tribunales de Tratamiento de Drogas. Los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) se fundamentan en la hipótesis de que un tratamiento de drogas en un infractor de ley con consumo problemático de drogas reduce la reincidencia. Esta hipótesis se sustenta en datos internacionales que establecen que los usuarios de este tipo de programas presentan una recaída de 16,4%, mientras que quienes han seguido un procedimiento tradicional presentan 43,5%. Adicionalmente, el costo de mantener a una persona privada de libertad asciende a aproximadamente \$250.000 mensuales en el sistema tradicional, comparado con los \$140.000 mensuales estimados para un tratamiento ambulatorio intensivo de rehabilitación de drogas y/o alcohol.

En la actualidad, existen 18 programas pilotos de Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) en el país, más una sola experiencia relacionada con adolescentes infractores de ley. Estos tribunales imponen el tratamiento como condición de una suspensión condicional del procedimiento. Durante 2010, se atendieron 212 personas en programas de TTD adultos y 40 en TTD adolescentes.

La gran dificultad que existe para proyectar los tribunales de tratamiento de drogas como una política de Estado es la ausencia de una institución pública encargada del programa. Esto implica que no existe un órgano del Estado que tenga el mandato de supervisar su cumplimiento. Esta tarea es de por sí compleja y supone varios pasos. Por ejemplo, fomentar su instalación, coordinar a los demás actores involucrados, resolver la dependencia de los profesionales que gestionan el programa en el territorio y dar directrices sobre la forma de encuadrarlos bajo criterios comunes. También debería considerar un sistema de información que permita monitorear y evaluar el programa de forma permanente, planificar su expansión, velar por la reducción de costos y mejoras en efectividad, sistematizar las buenas prácticas y realizar ajustes al modelo de trabajo, de acuerdo a los resultados obtenidos.

Para lograr situar a los tribunales de tratamiento como una política pública efectiva, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Se realizará una evaluación de costos del programa, liderado por el Ministerio de Justicia, así como una evaluación de impacto encabezada por CONACE.
- Se sistematizará el funcionamiento de las experiencias piloto existentes y se realizará una propuesta organizacional y legal para permitir una ampliación exitosa de su cobertura territorial.
- Se evaluará la incorporación del tratamiento como posible condición de cumplimiento de la Libertad Vigilada Intensiva –figura que se crea por medio de la modificación introducida a la Ley 18.216–, extendiendo los mecanismos de aplicación del principio de los TTD a estos casos a través del establecimiento de un plan de intervención individual que contemple la posibilidad de derivación a tratamiento de rehabilitación de drogas y/o alcohol.

Se extenderá la cobertura del programa de los TTD paulatinamente hasta cubrir las quince regiones del país en 2014. Asimismo, se extenderá la cobertura del programa de TTD para adolescentes a las principales regiones del país.

b. Expansión de programas de tratamiento y rehabilitación en establecimientos penitenciarios. La implementación de este programa data de diciembre del año 2000 en virtud de un convenio de colaboración técnica y financiera entre CONACE y Gendarmería de Chile.

Actualmente, el programa otorga tratamiento y rehabilitación especializados en 13 centros ambulatorios y residenciales instalados al interior de nueve unidades penales del sistema cerrado y abierto de ocho regiones del país (Arica, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Maule, Bío-Bío, Araucanía y Metropolitana).

Las principales dificultades en la implementación de este programa han sido la situación de hacinamiento de los recintos penitenciarios y la escasa oferta de reinserción social disponible para población penal.

Para lograr un tratamiento de calidad en esta población es necesario contar con espacios físicos segregados del resto de la población penal y apoyar el proceso de reinserción social. En base a este objetivo, se han contemplado las siguientes acciones:

- Integrar el tratamiento de adicciones al proceso general de reinserción social de la población que cumple sanción, tanto en medio libre como en privativo de libertad.
- Extender la cobertura de atención a sectores más amplios de la población penal, para lo cual se requiere de un compromiso compartido con Gendarmería de Chile y Ministerio de Justicia, de manera de dar cumplimiento a las condiciones necesarias para su ejecución.
- Generar una oferta de tratamiento en drogas, diferenciada para la población adolescente y joven que ingresa a las cárceles en secciones juveniles y que tiene necesidades diferentes a la de la población penal general adulta.
- Generar un modelo de intervención integral para población juvenil que cumple condena en las secciones juveniles de gendarmería, que incorpore el modelo de reinserción social de CONACE.

c. Programa de tratamiento y rehabilitación para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y/o drogas y otros trastornos de salud mental (en base a Ley 20.084).

La reforma procesal penal, a través de la Ley 20.084, establece la facultad del juez para determinar como sanción accesoria (siempre que sea necesario) someter al procesado a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas y/o alcohol. Del mismo modo, el artículo N° 17 establece que se deberá proveer de oferta específica a aquellos adolescentes que, no siendo condenados con sanción accesoria, requieren de tratamiento en adicciones.

En el medio privativo de libertad, los equipos de tratamiento desarrollan su trabajo al interior de los centros de SENAME a través de una unidad de hospitalización de corta estadía en el medio libre. Los planes ambulatorios intensivos y residenciales son desarrollados por equipos de tratamiento que se instalan en centros públicos o privados de salud mental y, si es necesario, en las unidades de corta estadía en hospitales generales.

Los principales desafíos actuales de este programa son:

- Sensibilizar y difundir los objetivos del programa y la oferta terapéutica a las diferentes instancias judiciales, socioeducativas y sanitarias, con el fin de ampliar la cobertura de este programa.
- Fortalecer y ampliar la coordinación con los sectores que tengan relación con la satisfacción de las necesidades de atención de los jóvenes, de manera de lograr complementariedad entre el trabajo realizado por los equipos de tratamiento y los demás equipos que intervienen en el proceso de integración social de los usuarios, avanzando hacia la integralidad real de la intervención.
- Mejorar la calidad de la atención, incentivando el cumplimiento de la norma técnica y las orientaciones del programa, así como la evaluación permanente y la mejora continua.
- Para lograr este objetivo se han contemplado las siguientes acciones:
 - Consolidar el sistema nacional de supervisión y asesoría, desarrollando un sistema de acompañamiento permanente a los centros de tratamiento, de modo de asegurar el cumplimiento de estándares y normas técnicas.
 - Desarrollar un modelo de trabajo intersectorial con el propósito de disponer de una red de intervenciones educacionales, culturales, deportivas, entre otras, que complementen las otorgadas desde el tratamiento y permitan una adecuada integración social de estos adolescentes.

Complementar la red de tratamiento con unidades de mediana estadía hospitalaria y unidades de cumplimiento de medidas de seguridad, en casos de pacientes duales que son inimputables, pero a los que, dado el eventual riesgo para la sociedad, se les decreta una medida de seguridad con objeto de que permanezcan internos en un recinto sanitario por el plazo que dura la sanción privativa de libertad correspondiente al delito cometido.

Fonodrogas móvil

Se desarrollará, para todos los grupos de la población con consumo problemático de drogas y/o alcohol, un sistema de acompañamiento por telefonía móvil para las personas que actualmente están en tratamiento por consumo problemático de drogas ilícitas y/o consumo de riesgo de alcohol. Este servicio se extenderá también una vez que el alta terapéutica esté dado, de ser necesario, con el fin de que el seguimiento y monitoreo ex post de los pacientes reduzca al mínimo las posibilidades de recaídas.

II.2 INTEGRAR

La integración de las personas que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol se entiende como parte del proceso de recuperación de estas mismas. Esta labor requiere poner especial énfasis en el trabajo a realizar para abordar los déficits más relevantes dentro de cada tipo de capital en riesgo de pérdida: a) social: necesidad de contar con el apoyo de la familia y de la comunidad; b) físico: relevancia de contar con un lugar seguro para vivir y de los recursos económicos necesarios para sobrevivir; c) humano: relevancia de mantener control sobre los logros de abstinencia, síntomas de la dependencia y los problemas de salud, de aumentar los niveles de capacitación y de estudios, y de desarrollar itinerarios laborales, entre otros; y, c) cultural: participación ciudadana e involucramiento con su contexto inmediato. Este proceso compromete tanto a la

persona que necesita ser integrada, como a la comunidad y sociedad a la que se incorpora, e implica contribuciones y cambios mutuos y sistémicos para lograr la equiparación de oportunidades, a fin de permitir la plena participación.

Actualmente, no existe dentro de la institucionalidad del Estado chileno una línea formal y sistemática de trabajo de integración social para personas que hayan logrado rehabilitarse de su consumo problemático de drogas y/o alcohol. Es por esto, que todo el desarrollo de este ámbito es un camino nuevo que se comenzará a forjar y recorrer. El subsistema de integración se ha planteado los siguientes objetivos:

- a. Enseñar, reforzar y reparar aspectos de las distintas dimensiones de la vida en sociedad: autonomía, autoestima, vivienda, empleo, familia, participación, y todos los necesarios para la plena integración.
- b. Generar mecanismos y redes que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo, asegurar una vivienda, y mantener activas las redes sociales, familiares y de protección social.
- c. Promover la generación de un discurso público que facilite la integración de los consumidores problemáticos.

Este proceso requiere tener presente siempre que la integración comienza conjuntamente con el proceso de tratamiento y que en todo esto es necesario trabajar coordinadamente con otras instituciones que tienen oferta que pueda resultar de utilidad para los usuarios de los centros de atención específicos.

De esta manera, se contemplan tres líneas de oferta programática, las que se focalizarán en las personas con consumo problemático de drogas o alcohol que, teniendo un nivel medio o alto de capital de recuperación, no cuentan con los apoyos necesarios para culminar la trayectoria de recuperación con éxito.

Figura 14



1. Casas de estadía intermedia

Las casas de estadía intermedia son hogares para la gente que ha terminado con éxito un programa de tratamiento y rehabilitación de drogas y/o del alcohol, pero no están todavía listas para volver a la existencia cotidiana estructurada por sus propios medios. Las personas que logran sobrellevar con éxito sus tratamientos de adicción son extremadamente frágiles. En consecuencia, ambiente en donde transcurra su vida una vez que logre su alta terapéutica hará una diferencia importante en una recuperación acertada o una recaída rápida. Los adolescentes y los adultos jóvenes necesitarán especial ayuda en la reestructuración y el ajuste a la vida otra vez.

El propósito de una casa de estadía intermedia es permitir que la gente comience el proceso de la reintegración con la sociedad, mientras que todavía proporciona la supervisión y la ayuda de manera de reducir el riesgo de reincidencia o recaer cuando está comparada a un lanzamiento directo en sociedad.

Además, se trabajará en un modelo de competencias para la empleabilidad, el cual actualmente funciona como programa piloto para las regiones de Valparaíso y Metropolitana y se buscará su escalamiento a nivel nacional. Este modelo busca acompañar las transiciones laborales de las personas egresadas de los centros de tratamiento financiados por CONACE.

Finalmente, se establecerán oficinas de orientación socio - laboral, que tienen como objetivo facilitar la inserción social y laboral de quienes habiéndose capacitado, nivelado estudios y cumplido con el modelo de competencias para la empleabilidad, buscan insertarse en el mercado laboral regular. Esto, sin perjuicio de que, en el marco del tratamiento, se desarrollarán nuevas metodologías de habilitación socio-laboral, de manera que puedan dar acceso a sus usuarios a técnicas y metodologías de trabajo a lo largo del proceso terapéutico, que permitan habilitar a las personas en las distintas áreas de integración.

2. Modelo de competencias para la empleabilidad

El desarrollo e implementación a nivel nacional del modelo de competencias para la empleabilidad de personas en proceso de rehabilitación, basado en el conocimiento y evidencia generada en el proyecto diseñado por CONACE, con el apoyo técnico de la Fundación Chile. Este modelo busca, a través de talleres formativos, acompañar las transiciones laborales de las personas usuarias de los centros de tratamiento, desarrollando habilidades necesarias para su desempeño laboral. El objetivo de este proyecto es lograr la transición exitosa desde la formación y el estímulo de habilidades hacia un fortalecimiento de las capacidades laborales que permita incluso generar posibilidades de autoempleo o emprendimiento.

3. Redes ya existentes a nivel de gobierno central y local

A fin de apoyar los diferentes itinerarios de recuperación de las personas usuarias de los centros de tratamiento, se generarán convenios de colaboración con las diversas entidades estatales que, a nivel central o local, cuentan con políticas y programas que buscan la inserción socio-laboral de la población general. Entre otros, se trabajará estrechamente con el programa Puente, del Ministerio de Planificación, y que está destinado a aquellos usuarios que se encuentren en situación de extrema pobreza. Asimismo, se hará uso de los recursos existentes para la nivelación de estudios,

capacitación, bonificación y colocación de empleos que están bajo la esfera de acción del Ministerio del Trabajo, el Servicio Nacional de Capacitación (SENCE) y las Oficinas Municipales de Información Laboral (OMIL), entre otras entidades.

Si bien se ha comenzado, desde el año 2010, a trabajar en un programa piloto y en el diseño de componentes de este programa, para 2011 se espera contar con un diseño exhaustivo de un subsistema de integración de los consumidores problemáticos, el cual se evaluará, en algunos de sus componentes, en las regiones con mayor incidencia en el tema, sin perjuicio de que se aplicará también en todo Chile.

III. EJES TRANSVERSALES

Las líneas de trabajo transversales tienen por finalidad apoyar el desarrollo de las áreas de acción centrales planteadas para alcanzar los objetivos de la Estrategia.

1. Recursos humanos, de información y conocimiento

Para abordar el problema de las drogas y el alcohol es fundamental contar con información, investigaciones y recursos humanos especializados en la temática. Con el fin de apuntar a este objetivo, se estimulará la investigación especializada, la generación de instancias de capacitación y el fortalecimiento del Observatorio Nacional de Drogas y Alcohol.

1.1 Investigación y formación de recursos humanos

En el ámbito de la investigación especializada, en el último quinquenio se han desarrollado alrededor de 200 tesis en materias de prevención, tratamiento y control de drogas. Pese a ello, Chile todavía está lejos de generar investigación y evidencia sistemática sobre el problema de las drogas y el alcohol para evaluar y sustentar la efectividad, eficacia y eficiencia de las acciones implementadas.

Respecto a la formación de recursos humanos, la brecha con relación a la necesidad a nivel país es grande. En 2010, sólo 14 universidades y/o centros de formación impartieron carreras técnicas, diplomados o magíster en la temática de drogas. Por este motivo, es necesario realizar esfuerzos para aumentar la especialización en adicciones y fomentar la formación general de los futuros profesionales que deberán abordar situaciones ligadas a este tema, especialmente en el área de las ciencias de la salud, ciencias sociales y educación.

Los objetivos y acciones en este ámbito serán:

a. Desarrollo de un **Fondo de Tesis** para pre y posgrado de manera de incentivar la generación de investigaciones acordes a las acciones y objetivos de la Estrategia. Durante 2012, este financiamiento estará disponible para las 16 Universidades del Consorcio de Universidades Estatales (CUECH), y desde el año 2013 se ampliará el financiamiento a otras universidades y centros de formación, llegando, a Marzo de 2014, a financiar 45 tesis.

b. Desarrollo de un **Sistema Nacional de Capacitación en Drogas y Alcohol**, para la formación de profesionales y técnicos vinculados a los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas y alcohol, con el fin de asegurar la entrega de servicios oportunos y de calidad. El sistema contará con cursos e-learning dirigidos a profesionales y técnicos, de instituciones públicas y privadas, que trabajan en la temática de drogas y alcohol en todo el país. Estos cursos deberán contener módulos vinculados a cada una de las áreas centrales de la Estrategia (Prevención y Recuperación - Tratamiento e Integración Social). La plataforma e-learning estará disponible a partir del año 2012. Junto a ello, el sistema contempla el fomento de la especialización en drogas y alcohol, a través de la realización de jornadas de apoyo y seminarios que se planificarán de acuerdo a los objetivos y acciones de la Estrategia.

c. Fomentar la **inserción curricular** de la temática de drogas en universidades y centros de formación, con el fin de:

- Incluir módulos de formación general en drogas y alcohol en las mallas curriculares, con el objeto de que los alumnos conozcan, reflexionen y tomen decisiones informadas en torno a la problemática del consumo de drogas y alcohol.
- Incluir en las mallas curriculares de las carreras vinculadas al ámbito de las ciencias de la salud, las ciencias sociales y la pedagogía un módulo de formación profesional en drogodependencias.

Estos dos ámbitos se trabajarán durante el 2011 con las Universidades del CUECH (Consorcio de Universidades Estatales de Chile), a lo largo del país, para, progresivamente incorporar a otros centros de estudio y capacitación técnica y profesional.

d. Desarrollo del **Proyecto de Alto Impacto**, cuyo objetivo es fortalecer los programas preventivos del consumo de drogas y alcohol desarrollados en las Fuerzas Armadas y de Orden a lo largo del país. El proyecto permitirá llegar a más de 19 mil jóvenes pertenecientes a las escuelas de cada una de las instituciones, junto

con fortalecer las capacidades de abordar el problema del consumo de drogas y alcohol en el futuro ejercicio de su labor.

A través de estas acciones se espera desarrollar el conocimiento científico y la investigación, fortaleciendo las evaluaciones y estudios que permitan la acumulación de evidencia que apoyará la toma de decisiones. Además, se busca aumentar los conocimientos en adicciones en los futuros profesionales de las áreas de las ciencias sociales y de la salud, de manera de fortalecer y mejorar la red preventiva y de tratamiento. Y logrando también, de este modo, aumentar las posibilidades de detección precoz del problema, mejorar el manejo de casos con riesgo de consumo, propiciar intervenciones psicosociales oportunas y fortalecer las redes de derivación y detección.

1.2 Desarrollo del componente de Oferta de Drogas dentro del Observatorio Nacional de Drogas y Alcohol

El Observatorio de Oferta de Drogas se enmarca dentro del proyecto del Observatorio Nacional de Drogas y Alcohol, y surge como respuesta a la necesidad de llevar a cabo análisis que permitan conocer el estado y tendencia del mercado de las drogas en Chile.

Si bien actualmente existen sistemas de levantamiento de información sobre el mercado de drogas en el país, al estar alojados en diferentes instituciones muchas veces se encuentran faltas de coherencia, diferentes unidades de medida o duplicidades en los datos. Dada esta realidad, es que, hasta ahora, no han existido análisis que comprendan y procesen unitariamente la información disponible en el país, permitiendo conocer cabalmente el estado y tendencia del mercado de drogas. Actualmente no existen diagnósticos periódicos del mercado, análisis temporales de éste o medidas o diagnósticos locales.

La creación de un Observatorio de la Oferta de Drogas busca ofrecer un diagnóstico permanente del mercado de la droga en Chile, sirviendo de insumo para la propuesta y evaluación de las políticas de control, así como en la focalización de las medidas de prevención y tratamiento.

Para lograr este objetivo, se han propuesto los siguientes objetivos:

- a. Conocer las características y componentes generales de la oferta y los mercados de drogas.
- b. Obtener datos pertinentes y ordenados para el conocimiento del mercado de drogas.
- c. Evaluar el estado y la trayectoria de la oferta y el mercado de drogas.
- d. Proponer políticas y medidas de control fundamentadas en evidencia contextual y científica.
- e. Promover la realización de evaluaciones periódicas a las estrategias de investigación e intervención policial

El Observatorio de la Oferta trabajará de manera intersectorial con todos los organismos involucrados en el control de drogas, tanto en la recopilación como en la formulación de los informes y entrega de datos resultantes de las observaciones periódicas. Por otro lado, se buscará una mirada local del fenómeno que permita una comprensión específica, ya sea a nivel de comuna y/o barrios del problema de la droga. Esto servirá para la focalización de las medidas de prevención y tratamiento que se implementen. Para el año 2014, el Observatorio de Oferta estará consolidado dentro del Observatorio Nacional de Drogas y Alcohol.

2. Cooperación internacional

Dado el carácter mundial y transnacional del fenómeno de las drogas, la adhesión de Chile a los acuerdos, tratados y comisiones internacionales de drogas constituye un eje fundamental para poder alcanzar los objetivos planteados en la estrategia. Por ello es esencial profundizar la cooperación bilateral y multilateral en el ámbito internacional, con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de las drogas.

En el ámbito internacional, se fortalecerán y propiciarán instancias de intercambio bi y/o multilateral que permitan:

- Fortalecer la cooperación y el intercambio de buenas prácticas con otras agencias nacionales y responsables de las políticas globales y/o sectoriales de drogas en el mundo.
- Fortalecer las capacidades nacionales en aspectos esenciales de la Estrategia a través del intercambio de investigación, conocimiento, tecnologías y formación.

Esto, principalmente, a través del cumplimiento de las recomendaciones de los organismos internacionales, de los cuales Chile forma parte en el marco de la concreción de acuerdos multilaterales, de carácter mundial o regional.

REFERENCIAS

1. CEPAL. Serie Políticas Sociales, Iban de Rementería: Prevenir en Drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. Santiago; 2001 Sept. 11p.
2. Ochoa ME, Madoz GA. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2011 Abr 15]; 54(213):25-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es.
3. Treno AJ, Gruenewald PJ, Johnson FW. Alcohol Availability and injury: The role of local outlet densities. Alcohol Clin. Exp. Res. 2001; 25(10):1467-71.
4. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction. 2009; 104:179-90.
5. Brady J, Bake S, DiMaggio C. et al. Effectiveness of Mandatory Alcohol Testing Programs in Reducing Alcohol Involvement in Fatal Motor Carrier Crashes. Am J Epidemiol. 2009; 170 (6):775-82.
6. ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. Ginebra, Suiza; 1948 <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
7. Constitución Política de la República de Chile. Art. 19 N° 9; 1981
8. ONUDD. Informe Anual 2010 de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito; 2010
9. CICAD/OEA. Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años. Abril 2008.
10. Gobierno de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2008. Santiago; 2009
11. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS. Chile 2009-2010. Santiago; 2010
12. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Mediator; 1992
13. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
14. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. et al. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project in early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction. 1993; 88:791-804.
15. Santis R, Hayden V, Ruiz S. et al. Patrones de consumo de sustancias de una muestra no consultante de consumidores de pasta base de cocaína. Rev. Chil. Neuro-psiquiat. 2006; 44:15-2.
16. Santis R, Hidalgo CG, Hayden V. et al. Consumo de sustancias y conductas de riesgo de consumidores de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína no consultantes de servicios de rehabilitación. Rev. Méd. Chile. 2007;135:45-53
17. WHO. Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Abuse: World Health Organization; 2004.
18. Gobierno de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2009. Santiago.2010
19. Chermack ST, Grogan-Kaylor A, Perron BE. et al. Violence among men and women in substance use disorder treatment: A multi-level event-based analysis. Drug Alcohol Depend. 2010;112(3):194-200
20. Mittleman MA, Mintzer D, Maclure M. et al. Triggering of myocardial infarction by cocaine. Circulation. 1999; 99 (21):2737-41.
21. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet. 2009; 374:1383-91.
22. Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Santiago, Chile; 2008 Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/estudios.htm>
23. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Causas de siniestro 2000-2010. Disponible en: http://www.conaset.cl/portal/portal/default/estadisticas_generales

24. Fundación Paz Ciudadana. Anuario Estadísticas criminales, 2008. Santiago, Chile; 2008
25. Valenzuela E, Larroulet P. La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. Estudios Públicos. 2010; 119:33-62.
26. WHO Intimate Partner Violence and Alcohol. Facts on: Alcohol + Violence; 2006 Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv/cnivf/pdfs/fem-whoms-alco-eng.pdf>
27. CONACE. Estudio de Drogas en la Población Penal, "Magnitud de la Relación Delito-Drogas". Informe de Principales Resultados. Santiago; 2008.
28. Fundación Paz Ciudadana. Consumo de Drogas en Detenidos: Estudio I-Adam 2010; 2010
29. Gobierno de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Costos humanos, sociales y económicos de las drogas en Chile. Santiago, 2008.
30. Bronfenbrenner U. The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press; 1979.
31. Bronfenbrenner, U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*. 1986; 22 (6):723-42.
32. Bronfenbrenner, U. Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts*; 1999 (pp 3-38). Washington, DC.: American Psychological Association.
33. Werner E, Smith R. *Vulnerables but invincible: a longitudinal study of resilient children and Routh*. Nueva York, McGraw-Hill; 1982
34. Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press; 1992.
35. Communities That Care, C. *Communities That Care Prevention Strategic Guide*. Communities That Care; 2009
36. National Institute on Drug Abuse. *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: Prevention Principles*. National Institutes of Health, U. S. Department of Health and Human Services Second edition; 2003
37. United Nations Office on Drugs and Crime *school-based education for drug abuse prevention*. United Nations, New York; 2004. http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_english.pdf
38. Botvin GE, Baker E, Dusenbury L. et al. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*. 1995;273 (14):1106-12.
39. Nation M, Crusto C, Wandersman A. et al. *What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs*. *Am Psychol*. 2003;58(6-7):449-56
40. Gottfredson DC, Wilson DB. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev SC*. 2003;4 (1):27-28
41. Ministerio de Educación. "La prevención del consumo de drogas: Currículum y temas sociales"; 2007.
42. Gobierno de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. "Manual de inserción curricular", 2009.
43. OMS. Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol. Informe de la Secretaría 61ª Asamblea Mundial de la Salud, 2008.
44. Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey DF. et al. Saturated in beer: awareness of beer advertising in late childhood and adolescence. *J Adolesc Health*. 2005; 37 (1):29-36.
45. Anderson P. A safe, sensible and social AHRSE: new labour and alcohol policy. *Addiction* 2007; 102 (10):1515-21.
46. White W, Cloud W. Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor* 2008;9 (5):22-27
47. Cloud W, Granfield R. A life course perspective on exiting addiction: the relevance of recovery capital in treatment. *NAD publication (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* 2004;44:185-202
48. Best D, Laudet A. *The Potential of Recovery Capital*, London:RSA; 2010
49. Whitehead M. *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Centro de Documentación e Información. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Reprints; 1991: 9

