



DEPARTAMENTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

**INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD
2011-2020**

Santiago, Enero 2020.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO.....	3
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. MARCO CONCEPTUAL.....	9
III. OBJETIVOS.....	21
IV. METODOLOGÍA.....	22
V. RESULTADOS.....	32
VI. CONCLUSIONES.....	70
VII. RECOMENDACIONES.....	72
VIII. PRÓXIMOS PASOS.....	74
IX. REFERENCIAS.....	75

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento tiene como objetivo presentar los principales hallazgos del Análisis Crítico del Tema Consumo Riesgoso de Alcohol, el cual forma parte de los insumos necesarios para la evaluación de final de periodo, el proceso de priorización de temas y formulación del Plan Nacional de Salud 2021-2030.

Este análisis fue realizado a partir de cuatro componentes, cada uno de ellos como requisito en el cumplimiento de los objetivos planteados.

En esta sección se presenta una síntesis de los hallazgos, de acuerdo a:

1. Los resultados obtenidos en los diferentes componentes
2. Las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de este documento

1. Resultados Obtenidos

Análisis de situación y diagnóstico actualizado de indicadores.

El objetivo de este componente fue realizar un análisis epidemiológico del Consumo Riesgoso de Alcohol en Chile y regiones, así como analizar los indicadores nacionales e internacionales a partir de los cuales es posible medir los avances en el tema. De acuerdo a esto, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El volumen de alcohol consumido en el país es de 9,3 litros de alcohol puro per cápita, lo que significa un promedio de 1,3 tragos o 20 gramos de alcohol al día, en los mayores de 15 años. En el grupo de bebedores¹, el promedio de tragos aumentaría a 2 diarios o a 30 gramos de alcohol puro al día. Esto supera los gramos de alcohol consumidos en la región de las Américas.
- El consumo de alcohol, tanto en frecuencia como en intensidad es mayor en hombres que en mujeres. En ambos sexos, el grupo de edad con mayor prevalencia de consumo de último año, mes y semana, es el de 25 a 44 años.
- El 29,2% de la población se considera abstemia durante el último año, un 54,4% habría consumido cualquier tipo de alcohol al menos una vez en el último mes y 35,7% alguna vez durante la última semana. En general, las prevalencias de consumo de alcohol muestran una

¹ Por bebedores se entiende las personas que consumen cierta cantidad de alcohol que puede ser considerada dentro de los parámetros “leve”, “moderado” y/o “intenso”.

estabilidad en el tiempo, aun cuando se observan reducciones en el consumo de los hombres más jóvenes y un aumento en la intensidad de beber de las mujeres más jóvenes (en ambos casos, población de 15 a 24 años).

- La prevalencia de consumo de riesgo (Audit \geq 8) en el hombre es de 21,8% y tiende a ser similar entre los 15 y 64 años y bajar en los mayores de 65 años, en la mujer es de 3,9% y tiende a disminuir con la edad de 9,4% entre los 15 y 24 años a 0,02% en los mayores de 65 años. Si bien hay diferencias entre regiones y en una misma región respecto de la medición 2009 y 2016, estas no son estadísticamente significativas.
- La prevalencia de consumo de riesgo en población de 15 a 24 años, población blanco del Objetivo de Impacto, bajó entre el 2009 y el 2016 en 2,6 puntos porcentuales, pasando de 18,85 a 16,2%. En los hombres durante este periodo la baja fue de 30,8% a 22,7% en tanto en las mujeres aumentó de 7,0% a 9,4%. Sin embargo, ninguno de estos cambios fue estadísticamente significativos.
- Considerando el patrón de consumo integrado que suma el consumo habitual regular con el intenso episódico, el 39,9% de los mayores de 15 años tendrían riesgo moderado y alto de tener consecuencias en su salud derivadas del nivel de consumo actual. Esto aumenta en el hombre a 52,7% y baja en la mujer a un 27,4%.
- Un 29,5% de los mayores de 15 años habrían tenido al menos un episodio de beber intenso (4 y 5 tragos en mujeres y hombres, respectivamente) en el último año, en tanto, un 13,3% lo tendría con una frecuencia mayor a una vez al mes. En hombres el beber intenso episódico se mantiene entre el 20% y 24% de 15 a 64 años y baja a un 9,5% en mayores de 65 años, mientras que, en las mujeres es más alto entre los 15 y 24 años (13%) y baja progresivamente hasta un 0,8% en mayores de 65 años.
- En población mayor de 15 años, ha habido un aumento progresivo en el uso del test de tamizaje para la detección de bebedores de riesgo o con sospecha de abuso y dependencia, que va de una cobertura de 1,6% en 2012 al 9,1% en 2018; no obstante, cuando esta es estimada sobre la población total del grupo de 15 a 24 años, baja a 3,0% el 2012 y 7,5% el 2018. Asimismo, por problemas de registro no es posible valorar adecuadamente el desempeño del sistema una vez que el test resulta positivo para consumo de riesgo de alcohol y el flujo de derivación del paciente.

Análisis de la Planificación Operativa Anual (POA).

El objetivo de este componente fue analizar la tendencia de las acciones del sector en cuanto a la temática Consumo Riesgoso de Alcohol, a partir de la planificación operativa. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Las acciones del sector salud en cuanto al tema y sus resultados esperados, se encuentran enfocadas en actividades de capacitación, coordinación, monitoreo y supervisión, principalmente respecto a los componentes del Programa Nacional de Detección, Intervención y Referencia Asistida (DIR).
- Respecto al Resultado Esperado 1 en la Estrategia Nacional de Salud (cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol) y al 2 (cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo), los principales nodos críticos encontrados estuvieron asociados a: a) baja frecuencia de actividades de pesquisa fuera de los establecimientos de salud, b) ausencia de evaluación de las capacitaciones realizadas respecto a la cobertura alcanzada en el grupo de profesionales y/o adherencia a los contenidos, c) dificultades en unificar el sistema de registro con el intersector, d) falencias en el procesamiento de datos, lo que dificulta presentar información adecuada a la realidad local, e) baja congruencia entre el tamizaje aplicado e intervenciones breves realizadas, así como f) baja derivación frente a la detección de consumo perjudicial.
- Respecto al RE 3, relacionado a la política regional intersectorial para abordar el consumo de riesgo, se observaron como principales nodos críticos: a) escasez de recursos para las actividades de coordinación de la mesa intersectorial y falta de lineamientos desde el Nivel Central acerca del funcionamiento de la misma, b) baja difusión de diagnósticos regionales, así como c) falta de inclusividad en las acciones intersectoriales, lo que puede limitar su alcance.

Revisión de Literatura

En esta instancia, el objetivo propuesto fue realizar una síntesis de la literatura disponible para distintas intervenciones, orientadas a disminuir el consumo de alcohol en las personas entre 15 y 24 años. En total se identificaron 18 grupos de intervenciones que fueron relacionadas al acceso y disponibilidad de alcohol, conocimiento, percepción de riesgo, influencia de pares, influencia de padres y/o tutores, ambiente y tamizaje. Estas intervenciones fueron cotejadas con las identificadas

en la Planificación Operativa Anual (POA) y en las Guías Clínicas del tema. Esto, con el fin de que, en una instancia posterior, una o varias de ellas sean sometidas a un análisis de su efectividad.

Análisis Comparativo

El objetivo de este componente fue establecer la correspondencia entre las intervenciones realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018, las identificadas en la revisión de la literatura, y aquellas que muestran respaldo de la evidencia en guías clínicas y orientaciones, de modo de establecer la brecha existente.

Se observó que la mayoría de las actividades de la planificación operativa están enfocadas en la capacitación de los equipos de la red APS particularmente en tamizaje, monitoreo de la relación pesquisa/intervenciones aplicadas, y la supervisión del cumplimiento de metas. Sin embargo, la guía clínica del tema y su orientación técnico- administrativa, así como literatura complementaria, muestran actividades prevención con clara evidencia científica tales como intervenciones educativas grupales en entorno escolar con distintos tipos de contenido (alcohol, habilidades sociales), y las intervenciones familiares con énfasis en la parentalidad; siendo estas, las actividades que se encuentran con falencias, según lo observado en la planificación operativa.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se propone entonces para el análisis de efectividad de intervenciones, explorar las siguientes preguntas: “¿Es efectivo el screening de alcohol fuera del establecimiento de salud para la detección del consumo de alcohol de ellos?”; “¿Es efectiva la educación en habilidades sociales en adolescentes sobre el de alcohol?”; “¿Es efectiva la capacitación en habilidades sociales/parentales en docentes y orientadores vocacionales sobre el consumo de alcohol en adolescentes?”; “¿Son las intervenciones breves efectivas sobre el consumo de alcohol en población de 15 a 24 años?”.

2. Principales Conclusiones y Recomendaciones

El trabajo realizado en este análisis crítico evidenció la necesidad de incluir el tema Consumo Riesgoso de Alcohol en la formulación de la próxima Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, considerando su prevalencia estable en el tiempo, la alta carga de morbilidad asociada como factor de riesgo de enfermedades crónicas, la frecuencia y cantidad del volumen de alcohol ingerido en grupos de riesgo. En este sentido, se observó que:

- Considerando las prevalencias encontradas y la distribución de éstas en la población, es recomendable seguir aumentando la cobertura de la detección de bebedores de riesgo con enfoque de grupos de riesgo (hombres y jóvenes).
- Por la estructura de la población monitorizada, impresiona que actualmente el tamizaje de consumo de riesgo es por conveniencia y asociado a consulta en Atención Primaria de Salud (APS). Se sugiere buscar formas de aumentar la cobertura en población no consultante (no cautiva).
- Para el monitoreo del proceso de tamizaje, intervención y derivación de población con problemas de alcohol, es recomendable optimizar el registro de los resultados de la evaluación (por sustancia) en los Registros Estadísticos Mensuales (REM).
- Respecto a las actividades planificadas por el sector salud, se sugiere fortalecer las acciones de pesquisa e intervenciones breves/motivacionales fuera del establecimiento de salud, lo que permitiría una cobertura más eficiente de la población en riesgo; fortalecer, en el nivel regional, el trabajo multisectorial con SENDA de modo a alcanzar a otros ámbitos como, por ejemplo, escuela y trabajo; así como promover mayor desarrollo en trabajo intersectorial local.
- Cabe mencionar que el consumo de alcohol está determinado por distintos factores individuales, sociales, económicos y/o legal, lo que permitiría desarrollar variados tipos de intervenciones que no estén reducidas sólo a la atención de salud de grupos específicos.

I. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones que atienden a poblaciones con un sinnúmero de necesidades de prevención y control de enfermedades, y con la esperanza de vivir el mayor tiempo posible en las mejores condiciones. Aunado a lo anterior, existen escenarios de desempeño para estos sistemas, en el que los recursos suelen ser insuficientes para enfrentar todas esas necesidades. De esta manera, cuando los países buscan obtener el mayor nivel de salud posible con los recursos con que cuentan, desarrollan acciones de planificación sanitaria que permitan la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad en las intervenciones de salud que se priorizan.

En Chile, la experiencia de planificación sanitaria es de larga data, sin embargo, desde el año 2000, se ha realizado, estableciendo objetivos sanitarios explícitos y a nivel nacional, considerando una década como periodo para el desarrollo de estrategias que promuevan su alcance, así como la evaluación de sus resultados. El Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 es la estrategia actualmente vigente y en proceso de evaluación. El Análisis Crítico de temas priorizados hace parte de la evaluación de final de período y, además, tiene el propósito de entregar insumos al Plan que regirá para el período 2021- 2030.

El presente documento da cuenta del análisis crítico realizado al problema de salud Consumo Riesgoso de Alcohol, con el fin de evaluar la posible relación entre resultados alcanzados en los diferentes niveles programáticos, con los avances en la salud de la población respecto de este tema. Cabe señalar que éste análisis no pretende ser una evaluación del programa en sí mismo ni una evaluación final de la década, sino que debe considerarse como un estado de situación del tema hasta la fecha de disponibilidad de los datos que en éste documento se reporta.

II. MARCO CONCEPTUAL

1. La Estrategia Nacional de Salud

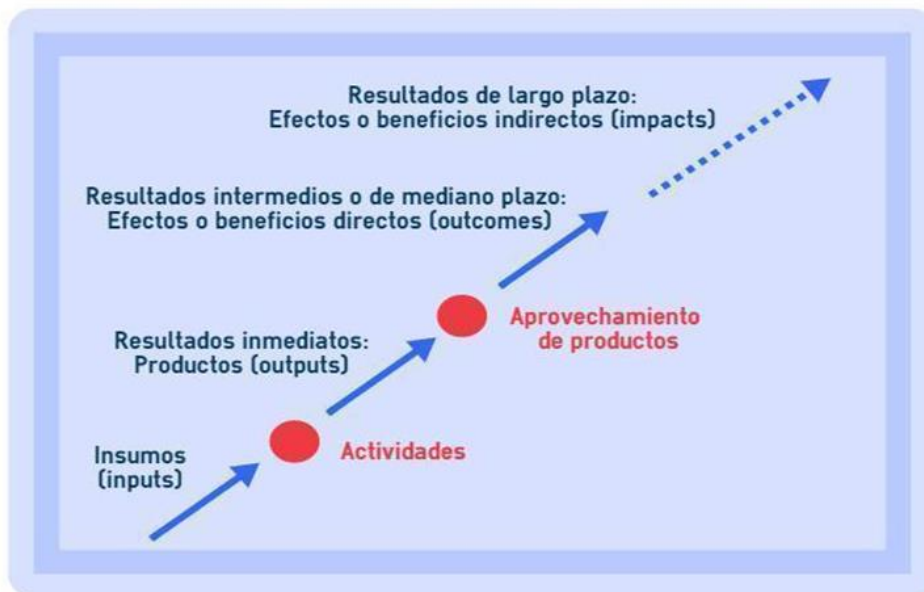
El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector salud. En él, están expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia de salud y se plantean las alternativas estratégicas que permitirán asumir estos retos, con el fin último de mejorar la calidad de la vida de las personas (1,2).

El Plan Nacional de Salud 2011-2020², es el recurso orientativo bajo el cual en la actualidad se establece el quehacer del sector. Este, no abarca la totalidad de las necesidades en salud que tiene la población en Chile, sin embargo, considera una priorización de temas y de líneas de trabajo para poder abordarlos, con base en el establecimiento de una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos (1,2). Este, cuenta con 48 temas de salud, dispuestos en 9 ejes estratégicos, siendo los logros en cada tema promovidos a partir de una estrategia de gestión conocida como Gestión Basada en Resultados (GBR). Cada tema en salud cuenta con una *cadena de resultados* en la que se establece, con una lógica causal, aquello que es necesario alcanzar para que se generen los avances que se propusieron, y en donde, la participación de todos los actores, garantiza que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de estos resultados (3,4).

De esta manera, los resultados están organizados en niveles, los que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de los mismos; existiendo además una lógica agregativa entre ellos, en donde lo logrado en un nivel, contribuye indefectiblemente al logro de lo planteado en el nivel subsiguiente (Figura 1). De acuerdo a esto, en el nivel superior se encuentran los Objetivos de Impacto (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas, los que tienden a ser de largo plazo y de mayor estabilidad en el tiempo; en el segundo nivel se encuentran los Resultados Esperados (RE), asociados al nivel de salud de las personas, sus factores de riesgo o determinantes, siendo más cercanos a intervenciones sanitarias específicas. Por último, en el tercer nivel se ubican los Resultados Inmediatos (RI), que se asocian directamente a los resultados de productos y servicios, que ejecuta cada nivel de responsabilidad en el sector salud.

² Corresponde a la versión actualizada de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020-Metas Elige Vivir Sano.

Figura 1: Modelo de cadena de resultado de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



Fuente: Tomado de ILPES / CEPAL (4).

Por otro lado, dado que la GBR es un proceso continuo de Hacer, Aprender y Mejorar, su incorporación en la Estrategia Nacional de Salud se expresa funcionalmente en un ciclo de vida que involucra el desarrollo de tres procesos clave: *planificación, seguimiento y evaluación*. Es así como, en la *planificación* se ha determinado *el qué y el cómo* de lo que se quiere alcanzar en el plan, de modo tal, que ocurriese una complementariedad entre el componente estratégico (prioridades y definiciones estratégicas) y operativo (acciones) de la misma. En este sentido, la planificación estratégica alude al proceso de establecimiento de los cursos de acción para alcanzar los objetivos propuestos a mediano y largo plazo (Resultado Esperado, Impacto, Sanitarios de la Década) mientras que, en la Planificación Operativa Anual, los organismos implicados especifican cada año, las actividades programadas y los recursos asignados para tales efectos.

Bajo esta perspectiva, la planificación Operativa Anual es un componente vital dentro del Plan Nacional de Salud, toda vez que a través de ella se organizan y explicitan los pasos y procesos necesarios, relacionados a las actividades que han de ser ejecutadas por parte de los equipos de salud para la implementación de las estrategias diseñadas (1,2). Como principal instrumento de gestión, este proceso considera el Plan Operativo Anual (POA), cuya elaboración es de resorte de todos los estamentos de la organización, en este caso del Ministerio de Salud.

El POA corresponde, a las acciones necesarias y suficientes para alcanzar los resultados inmediatos. Su elaboración contempla un ciclo de *Preparación, Formulación, Ejecución, Monitoreo y Evaluación*, que se realiza usando el Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO), y con la coordinación del Departamento de Estrategia Nacional de Salud. El SIMPO funciona como repositorio de información desde el año 2016 a la fecha, y en él, es posible observar el curso de las intervenciones implementadas desde el sector, en pro del alcance de los resultados propuestos.

Por otro lado, a partir de los procesos de *seguimiento y evaluación*, el Plan Nacional actual ha podido ser modificado en base a lecciones aprendidas, mientras que el Nuevo Plan es construido en base a dichas lecciones. Lo anterior haciendo uso de procedimientos y herramientas, tales como la evaluación de mitad de periodo, el sistema de monitoreo de indicadores, el análisis crítico de temas y la evaluación final de período.

El Análisis Crítico, surge en el marco del proceso de formulación de los objetivos Sanitarios de la próxima Década, a partir de la necesidad de realizar para cada tema en salud, una evaluación detallada del desempeño de la gestión basada en resultados. Esto, con el fin de determinar su efectividad y suficiencia para el cumplimiento de los objetivos planteados. De esta manera éste análisis crítico se constituye como un importante insumo; punto de partida de la evaluación final de periodo, y de la etapa de preparación en la elaboración del plan de la próxima década.

Dado lo acotado de los tiempos, los temas de la Estrategia Nacional de Salud que hacen parte de dicho análisis, son aquellos que resultaron favorecidos a través de la realización de un proceso de priorización, o fueron indicados directamente por la autoridad. El tema Consumo Riesgoso de Alcohol dispuesto en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cumple la primera condición, toda vez que a partir de su seguimiento se evidenció, no sólo un aumento de la prevalencia de la enfermedad, sino también de las complicaciones derivadas de estas.

2. Consumo Riesgoso de Alcohol

El tema de salud Consumo Riesgoso de Alcohol ha sido priorizado para el país durante la década actual, por tanto, abordado en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Lo anterior en relación a ser considerado como uno de los principales factores de riesgo en la aparición de enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales, entre otras enfermedades o condiciones, y el incremento

de su prevalencia en la población chilena, particularmente la más joven. En este contexto, es abordado con foco en la reducción de este tipo de consumo y en medidas para fomentar su diagnóstico precoz, y la intervención oportuna y eficaz.

En la actualidad, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) mostró que la prevalencia del consumo riesgoso de alcohol en población de 15 a 24 años se redujo de un 19% en 2009, a un 16,2% en 2016 (5). Sin embargo, es de relevar que, en Chile, el alcohol es la droga más consumida, y es considerado el principal factor de riesgo relacionado a las causas de muertes o discapacidad (1). De esta manera, la dependencia del alcohol explica un 7,7% de los AVISA perdidos, lo que corresponde al 4º lugar en el ranking de las 10 principales enfermedades, aportando a la carga de morbilidad relacionada a otras enfermedades (por ejemplo, el trastorno bipolar, cirrosis hepática, accidentes de tránsito y agresiones) (6).

En el año 2016, el país presentó un consumo per cápita promedio de alcohol de 9,3 litros por persona mayor de 15 años, lo que está por encima del promedio de la Región de las Américas (8 litros per cápita). Además, la manera que se consume alcohol (consumo excesivo en cortos periodos de tiempo o “Binge Drink”), genera episodios de embriaguez que afectan principalmente a la población entre los 18 a 29 años de edad, promoviendo alto nivel de riesgos y daños (6,7).

De igual forma, en 2017, se estimó que el costo económico-social derivado del consumo de alcohol para el país fue de aproximadamente 1.5 billones de pesos chilenos. Costo que está particularmente asociado a la mortalidad prematura (52,2%), atención de salud (30,1%), crimen y violencia (15,5%), así como el diseño de políticas públicas, vigilancia epidemiológica y prevención del consumo de riesgo (1,9%). Los costos relacionados a la productividad laboral se encuentran subestimados, debido a falta de información (8).

Actualmente, existen dos estrategias vigentes en el país para reducir el consumo de riesgo de alcohol y abordar las consecuencias sanitarias y sociales, que es la Estrategia Nacional de Alcohol 2010 del Ministerio de Salud (MINSAL) (9); y la Estrategia Nacional de Drogas 2009-2018 del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (10). De manera general, estas Estrategias abordan el consumo riesgoso de alcohol y otras drogas desde una perspectiva preventiva y de tratamiento a través de distintas políticas intersectoriales, programas y acciones conjuntas y/o complementarias entre ambos organismos.

En este marco, la prevención del consumo de riesgo de alcohol en población general está enfocada en evitar el abuso y dependencia de la sustancia, por lo que se han generado acciones asociadas

a la disponibilidad física (oferta y acceso) y económica (costo de acceso) de alcohol, medidas preventivas y de sanción para la conducción bajo efecto de alcohol, así como acciones educativas y de difusión masiva de información respecto al tema. Además, se han desarrollado intervenciones para la prevención del consumo en edades tempranas y en el cambio en el patrón de consumo (reducción de la cantidad, frecuencia e intensidad) en población escolar y general (ámbitos escuela, comunidad y trabajo) (9,10).

Por otra parte, desde el Programa Nacional de Detección, Intervención y Referencia Asistida (DIR, ex Vida Sana Intervenciones en Alcohol y Otras Drogas) se ha promovido la detección precoz y la intervención oportuna, en población general y con cierta particularidad en adolescentes y adulto joven. De esta forma el programa está vinculado con otros programas como, por ejemplo, el de Salud Integral del Adolescente y Programa de la Mujer.

En ese contexto, el sector salud ha avanzado en el desarrollo de estrategias integrales e intersectoriales junto al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) para enfrentar el problema. Las acciones desarrolladas van en consonancia con las recomendaciones internacionales a través de la Estrategia Nacional sobre Alcohol del año 2010 (9) y de otras normativas, por ejemplo, la “Guía Clínica AUGE sobre Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas en personas menores de 20 años” del año 2013 (11) y las “Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes” del año 2015 (12).

2.1 Historia Natural de la Enfermedad

El alcohol es una sustancia psicoactiva que deprime el sistema nervioso central (cambia el estado de conciencia), tiene la capacidad de generar adicción y cuenta con un fuerte componente cultural que influye en el patrón de consumo de las personas (13). Esto dado que, la presencia de alcohol en el organismo humano provoca alteraciones físicas y cognitivas relacionadas, por ejemplo, a las respuestas reflejas, el estado de alerta, algunas funciones sensoriales y psicomotoras; así como psíquicas, relacionadas a alteraciones en la percepción, autoconfianza exacerbada, irritabilidad, euforia, etc. Así mismo, provoca la liberación de una serie de neurotransmisores que interactúan con los receptores de los centros de recompensa del cerebro, lo que genera la sensación de placer (14) y por tanto su característica adictiva.

Existen dos principales dimensiones que influyen en los daños causados a la población consumidora de alcohol que son la cantidad ingerida y el patrón de consumo (15). En este sentido, el patrón de consumo permite comprender mejor los daños a la salud de los consumidores dónde, por ejemplo, los que tienen un consumo excesivo agudo tiene un mayor riesgo de muerte en comparación a los que no llegan a ese nivel (6). Así, el consumo puede ser clasificado en:

- Consumo de riesgo: se refiere a la ingesta diaria de 20 a 40 gramos de alcohol en mujeres y de 40 a 60 gramos en hombres. Este hábito puede llevar a consecuencias negativas para la salud (6).
- Consumo perjudicial: se relaciona a la ingesta de más de 40 gramos de alcohol por día en mujeres y más de 60 gramos en hombres. Este tipo de consumo se relaciona a consecuencias en la salud física y mental de los consumidores (6).
- Consumo excesivo episódico (*Binge Drink*): implica el consumo de más de 60 gramos de alcohol en adultos en una sola ocasión y tiene efectos dañinos para determinados problemas de salud (6).
- Dependencia de alcohol: representa un problema de salud mental relacionado a cambios conductuales, cognitivos y fisiológicos generadas por la adicción a la sustancia (6).

El consumo nocivo de alcohol es considerado un problema de salud pública, dado que funciona como un factor de riesgo que está asociado a más de 200 enfermedades (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, etc.) y es causa de discapacidad y defunciones; atribuyéndosele además importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas para un país. En 2010, el consumo per cápita mundial fue de 19,4 litros en promedio para el sexo masculino y 7 litros en promedio para el sexo femenino (13). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que a nivel mundial el consumo nocivo de alcohol está relacionado a un 5,3% de las defunciones anuales (cerca de 3 millones de muertes) y es responsable por un 5,1% de la carga de morbilidad y lesiones (principalmente los traumatismos). Del total de defunciones atribuibles al consumo, un 7,7% se ubica en el sexo masculino y un 2,6% en el sexo femenino. Además, en el rango de edad entre 20 a 39 años (grupo más productivo económicamente), el consumo de alcohol está asociado a un 13,5% de las muertes (13).

La Región de las Américas es una de las que tiene mayor consumo, el que afecta principalmente a las personas de grupos socioeconómicos menos favorecidos, y se asocia con una prevalencia de trastornos por consumo de un 11,5% en hombres y un 5,1% en mujeres (16). Asimismo, las

poblaciones expuestas a mayores riesgos son los pueblos indígenas, quienes tienen acceso limitado a las intervenciones implementadas y tratamientos; y las mujeres, al presentar prevalencias más altas de trastornos atribuibles al consumo de alcohol. A este grupo se suman los jóvenes, que poseen un patrón de consumo en el que beben menos, pero en mayor cantidad por cada ocasión, lo que se ha asociado con una alta carga de mortalidad. En 2010, cerca de 14 mil muertes en menores de 19 años estuvieron relacionadas al alcohol (15).

Los efectos del alcohol en el organismo pueden clasificarse en aquellos que se producen como consecuencia del consumo agudo y en los que se derivan de su consumo crónico, ambos dependientes de la cantidad consumida, el tipo de alcohol y el patrón de consumo (17). En forma aguda, el alcohol produce a nivel del sistema nervioso central (SNC) una desinhibición de la conducta y excitación, luego, en un patrón claro dosis-respuesta se deprimen diferentes centros nerviosos superiores e inferiores del SNC, generándose trastornos del habla (disartria), del pensamiento, del entendimiento y del juicio, disminuye el equilibrio, la coordinación motora y los reflejos, alterándose la marcha y el tono muscular. En la medida que se aumenta la dosis, se pueden ir entrando en diferentes niveles de compromiso de conciencia que en su grado máximo puede llegar a coma etílico. En estas circunstancias, el consumo de alcohol se asocia con accidentabilidad (laboral, tránsito, en el hogar, ahogamiento), auto y heteroagresiones (incluyendo violencia sexual y suicidio), consumo de otras drogas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (18–23).

El uso crónico por su parte ha sido asociado a un detrimento a la salud (medido como mortalidad, discapacidad o calidad de vida) cuando este es intenso o excesivo. Así, el consumo de alcohol se ha relacionado con los siguientes problemas de salud:

Enfermedad cardiovascular: existe claridad respecto de que el consumo intenso, elevado o excesivo de alcohol se asocia con una mayor mortalidad por estas enfermedades, tanto en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida como en aquellos sin. Diversos estudios han mostrado una reducción del riesgo de morir por enfermedad coronaria en personas con consumo leve y moderado de alcohol, estudios observacionales en su mayoría, que no especifican cuál es el límite en que se manifiesta este beneficio o en la presencia de subgrupos de población. Respecto de cardiopatía coronaria, la relación con el alcohol es compleja, existiendo la posibilidad de beneficio cuando el consumo es leve y moderado y no excesivo o con patrones de tipo intenso intermitente (24–29). Sin embargo, el consumo de alcohol se asociaría con el desarrollo y mala

evolución de enfermedad cardiaca hipertensiva, miocardiopatía, flutter y fibrilación auricular, accidente vascular encefálico isquémico y hemorrágico.

Cáncer: es conocida la relación entre cáncer de orofaringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y mama con el consumo de alcohol. El riesgo sería dosis dependiente y se manifestaría desde el consumo de cantidades leves y moderadas de alcohol (30–32). Existen cánceres más sensibles al efecto del alcohol como los del tracto respiratorio y gastrointestinal superior y otras cuya asociación tiene una menor potencia (colon). Particularmente sensible al consumo de alcohol es el desarrollo de cáncer de mama en la mujer cuyo riesgo se ve incrementado desde niveles de consumo muy leve y que se ve potenciado sinérgicamente con otros factores de riesgo como tratamiento hormonal de reemplazo (33–35).

Enfermedad hepática: el efecto tóxico del alcohol sobre las células hepáticas está bien documentado y el daño se puede manifestar como hepatitis alcohólica, esteatosis hepática, fibrosis y cirrosis. El riesgo aumenta cuando las noxas hepáticas se suman, como, por ejemplo, infección con virus de la hepatitis. El daño hepático y su progresión a cirrosis se relaciona directamente con el nivel de consumo de alcohol (36).

Otras enfermedades gastrointestinales: El consumo agudo de grandes cantidades de alcohol se asocia con el desarrollo de pancreatitis aguda, en tanto el consumo crónico, con el desarrollo de pancreatitis crónica. Por otro lado, el consumo de alcohol se asocia con el desarrollo de gastritis y reflujo.

Enfermedades de transmisión sexual: el uso de grandes cantidades ocasionales de alcohol (consumo intenso) se ha asociado con conductas sexuales menos seguras, en términos de la elección y el número de las parejas sexuales y la mayor probabilidad de no usar preservativos. De esta manera aumentaría el riesgo de infecciones de transmisión sexual y particularmente del VIH (37,38). Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol se asocia a mala adherencia a terapia antirretroviral, con mayor riesgo de efectos adversos y desarrollo de resistencia viral (39).

Trastornos neuropsiquiátricos: el consumo de alcohol, en cuanto droga, constituye per sé una enfermedad, o da origen a un conjunto de síndromes como la intoxicación, abuso y dependencia, privación (delirium tremens en su forma más grave), psicosis inducida por alcohol, demencia por alcohol (40). Además, es una frecuente comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos ansiosos y del ánimo, dificultando el diagnóstico de estas, dificultando el tratamiento y empeorando el pronóstico.

De acuerdo con The Institute for Health Metrics and Evaluations (IHME) de la Universidad de Washington, en su análisis de carga de enfermedad, para el 2017 en Chile, se le puede atribuir al alcohol el 5,2% de la carga de enfermedad medida en Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) o Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y el 4,5% de las muertes. Este porcentaje aumenta en el grupo de hombres de 15 a 49 años a un 10,2% de la carga de enfermedad y un 14,5% de las muertes³.

Por su parte, Margozzini et al (8), estimó para el año 2017, el costo económico total atribuible al consumo de alcohol en Chile en aproximadamente 1,5 billones de pesos del 2017, del cual el 30,1% correspondió a costos directos de salud, un 52,2% fueron costos por mortalidad prematura y el 15,5% en costos relacionados con crimen y violencia.

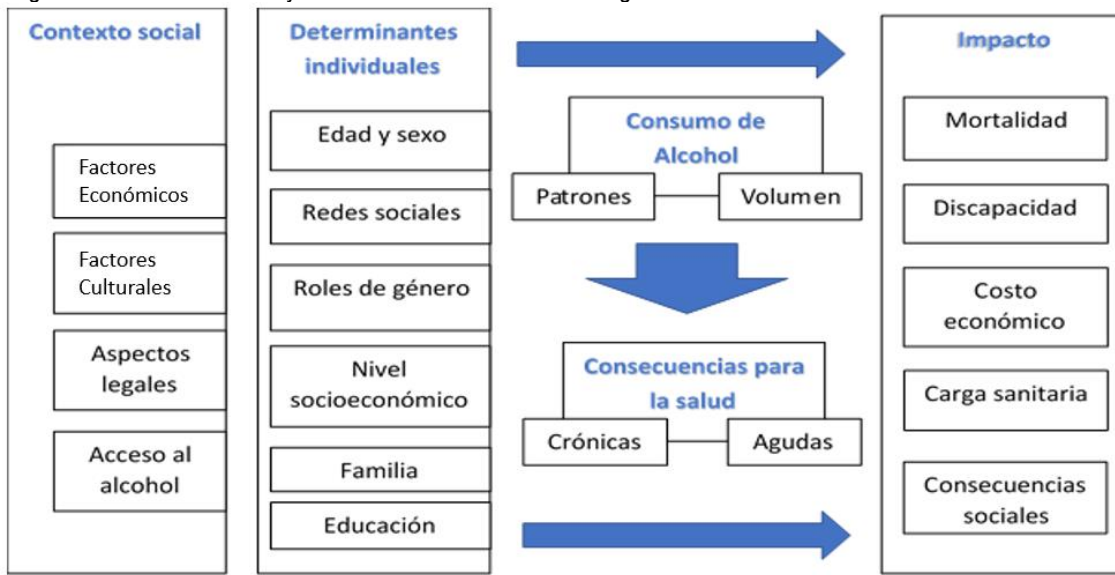
El nivel de consumo de alcohol que alcanza un determinado grupo de población en un país, por ende, el riesgo de tener consecuencias en la salud de las personas por este consumo y su magnitud, está determinado por una serie de variables tanto del contexto social como de aspectos de carácter más individual (Figura 2) (7).

En factores económicos, por ejemplo, está el nivel de impuesto con el cual se grava el consumo de alcohol y que se transforma en una potencial barrera al acceso, o las políticas arancelarias a productos extranjeros con potencial daño a la salud de la población local. En este ámbito, también, está el rol que tiene la producción de alcohol como componente del producto interno bruto y de la economía de comunidades e incluso países.

De esta manera, el consumo se relaciona a a) la oferta y acceso en el entorno, en el caso, por ejemplo, de menores edad; b) el costo económico del acceso (mayores precios implica en menores tasas de consumo); y c) la fiscalización al azar a través de alcotest como medida para evitar que las personas conduzcan bajo efectos de esta sustancia, entre otros (41–43).

³ Estimaciones realizadas a partir de datos disponible en página web de Institute for Health Metrics and Evaluation, específicamente en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Figura 2. Modelo de causas y consecuencias del consumo riesgoso de alcohol.



Fuente: Adaptado de modelo presentado por Organización Panamericana de la Salud (15).

En aspectos legales, se incluyen las prohibiciones de la venta a menores de edad u otras edades, o restricciones para instalar botillerías en las cercanías de escuelas o lugares con acceso a menores, y las que restringen la publicidad o la asociación de alcohol con productos infantiles, por ejemplo, las botellas desde jugo que imitan las de espumante para la realización de brindis en cumpleaños infantiles. También considera las leyes que castigan la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad, o que definen la severidad con la cual se penalizará el daño a terceros como consecuencia de accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol.

Existen aspectos culturales ligados profundamente al consumo de alcohol. Por ejemplo, la identificación de ciertas comunidades con ciertos tipos de alcohol, como el conflicto del pisco con Perú, los licores de la Isla de Chiloé o la cerveza en la zona de Valdivia. También puede haber asociaciones de consumo masivo e intenso como parte de tradiciones de carácter patriótico, religioso o de ciclo vital (año nuevo, matrimonios). Algunos tipos de bebidas o preparaciones están relacionadas a este tipo de eventos como la chicha, cola de mono, terremotos, que además tienen una fuerte vinculación con historias personales y familiares. Paradójicamente, el consumo de alcohol se vincula con conductas beneficiosas para la salud de la población, por ejemplo, el deporte, ya sea como el clásico tercer tiempo posterior a jugar un partido de fútbol o cuando actividades deportivas son auspiciadas por marcas de alcohol, como el mundial de fútbol o cierto equipo cuyo patrocinador es una marca de cerveza.

En aspectos culturales, el rol de las religiones puede hacer diferencias en los niveles de consumo de una población. Por ejemplo, países islámicos tienen menores tasas de consumo de alcohol en relación a países laicos o de otras religiones. Las creencias evangélicas también tienen lecturas nocivas del alcohol que redundan en menores tasas de consumo en sus fieles.

La mayoría de los aspectos mencionados, particularmente los relacionados con impuestos y definiciones legales sobre la venta de alcohol, repercuten de una u otra forma en el acceso al alcohol. Directamente sobre este punto, por ejemplo, está la definición de horarios para la venta o la restricción de funcionamiento de lugares de expendio de alcohol, la definición de zonas de venta de alcohol separadas en supermercados, las restricciones de patentes para el expendio o de la modalidad de delivery para acceder a él.

La susceptibilidad al consumo de alcohol o a sus consecuencias también está ligada a aspectos constitutivos de la persona y de su entorno más cercano. Las mujeres tienen *per se*, un riesgo mayor de sufrir consecuencias derivadas del consumo de alcohol. En ellas, un trago estándar, por razones de volumen y composición corporal, pero también por cómo metabolizan el alcohol, entrega proporcionalmente una mayor cantidad de alcohol puro que en los hombres. Diferencias hormonales también se asocian con el desarrollo de mayor riesgo, por ejemplo, para el cáncer de mamas.

Los entornos familiares y las redes sociales pueden jugar un rol protector o bien de riesgo para el consumo, dependiendo de si actúan como facilitadores o bien regulando el consumo. Particularmente, esto podría afectar al inicio del hábito en grupos de adolescentes y facilitar el inicio del consumo en situaciones o entornos en que exista una normalización del beber e incluso del beber en exceso.

De esta forma, los patrones y el volumen de consumo de alcohol resultante en un país, región o grupo poblacional están determinado por múltiples variables, que no solo obedecen a factores individuales, sino que, a situaciones de estructura social, de orden económico o legal y que permiten, además, variados focos de intervención más allá de lo que se puede hacer en la atención de salud de personas específicas.

2.2 Consumo Riesgoso de Alcohol en la Estrategia Nacional de Salud

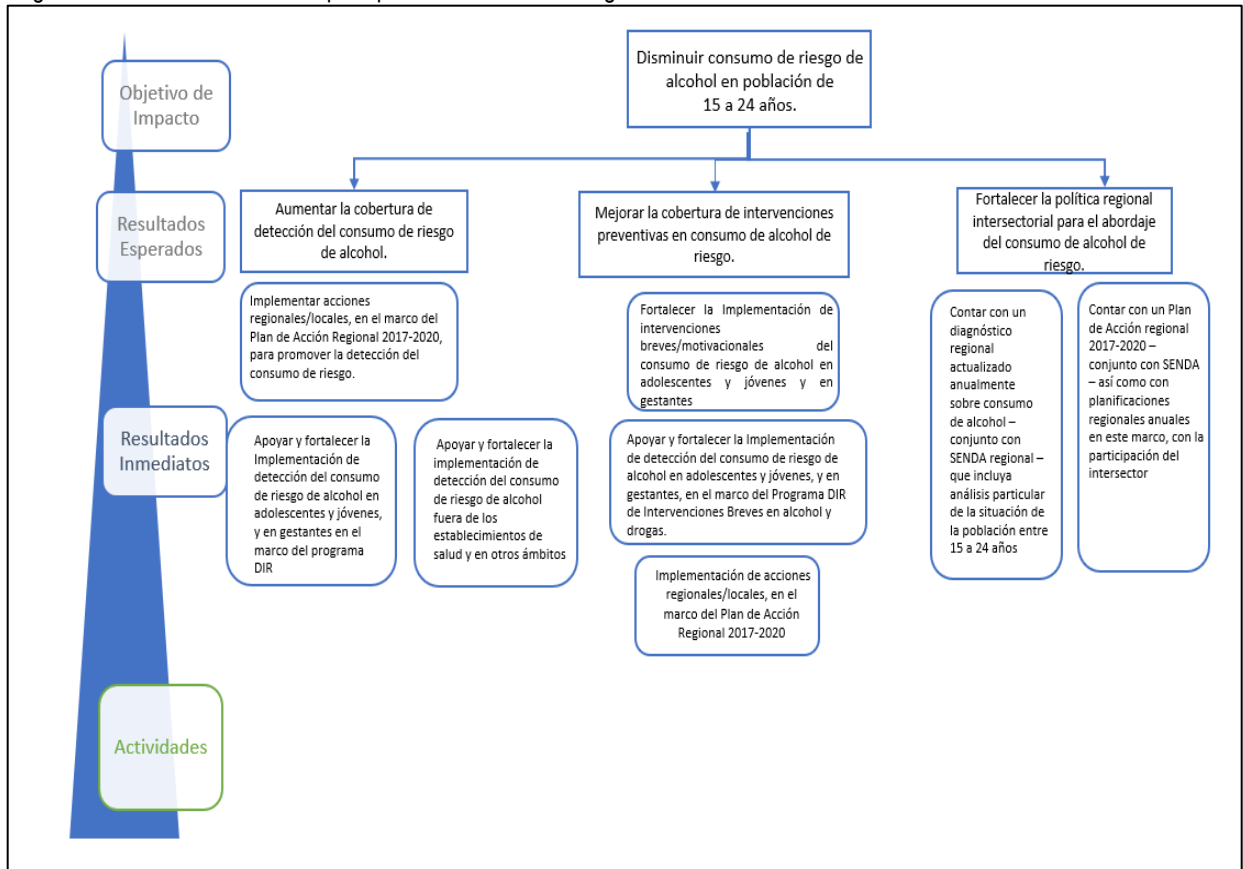
La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (1), fue formulada para dar alcance a los objetivos sanitarios de la década, apuntando a i) mejorar la salud de la población, iii) disminuir las inequidades, ii) aumentar la satisfacción de la población y iv) asegurar la calidad de las prestaciones de salud. En razón de ello, cada problema sanitario incorporado contiene una definición de alcances a través de su cadena de resultados, así como una jerarquía de indicadores que dan cuenta de los eventos necesarios de ocurrir para obtener el impacto planificado.

Teniendo en cuenta la prevalencia y la alta carga de enfermedad del consumo riesgoso de alcohol, este tema de salud fue priorizado en la Estrategia como parte del Eje Estratégico N.3, “Hábitos de vida”, contando con un marco de trabajo orientado a reducir el consumo de riesgo en personas de 15 a 24 años. Considerando el curso del proceso de adicción y las recomendaciones para reducirla fueron definidos los siguientes resultados:

- **Objetivo de impacto:** Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 12 a 24 años.
- **Resultados Esperado 1:** Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol.
- **Resultados Esperado 2:** Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de alcohol de riesgo.
- **Resultado Esperado 3:** Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo.
- **Resultados Inmediatos:** Apoyar y fortalecer la Implementación de detección del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes, y en gestantes en el marco del programa DIR; Apoyar y fortalecer la implementación de detección del consumo de riesgo de alcohol fuera de los establecimientos de salud y en otros ámbitos; Fortalecer la Implementación de intervenciones breves/motivacionales del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes y en gestantes; Contar con un diagnóstico regional actualizado anualmente sobre consumo de alcohol – conjunto con SENDA regional – que incluya análisis particular de la situación de la población entre 15 a 24 años, entre otros.

La relación causal de resultados para el tema, se resume en la Figura 3.

Figura 3: Cadena de resultados para problema consumo riesgoso de alcohol.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

III. OBJETIVOS

1. Propósito

Realizar un Análisis Crítico de los temas incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, generando insumos para la toma de decisiones y procesos de priorización en la formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década.

2. Objetivo General

Determinar el estado de situación del tema consumo riesgoso de Alcohol en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

3. Objetivos Específicos

- Identificar y analizar indicadores nacionales e internacionales en el tema consumo riesgoso de Alcohol.
- Analizar la situación epidemiológica del consumo riesgoso de Alcohol en Chile y sus regiones.
- Determinar a partir de la planificación operativa si las acciones implementadas desde el sector contribuyen al logro de los objetivos planteados para el tema.
- Establecer el nivel de evidencia existente para las acciones priorizadas en los planes operativos.
- Identificar posibles factores que expliquen el estado de cumplimiento de los objetivos del tema en la Estrategia Nacional de Salud.

IV. METODOLOGÍA

El proceso de Análisis Crítico del tema consumo riesgoso de Alcohol, es un trabajo desarrollado desde la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), liderado por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) y con participación del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y Evaluación de Tecnologías Sanitarias Basadas en Evidencia (ETESA).

Dicho proceso, inició con la instalación de una mesa de trabajo que sesionó semanalmente y en donde se establecieron los énfasis del análisis a partir de lo dispuesto en la Cadena de Resultados (CDR) para el tema. Esta, contó además en forma ocasional con la participación de los referentes técnicos centrales en la medida que fue necesario aclarar situaciones operativas o de disponibilidad de información.

Teniendo en cuenta el curso natural de la enfermedad, la cadena de resultados del tema y la evidencia disponible, en la mesa de trabajo se construyó un marco conceptual para orientar el abordaje, y se decidió dirigir y concentrar los esfuerzos de este análisis, en la prevención y la cobertura en la detección del consumo de riesgo de alcohol. Lo anterior, bajo la premisa de que, fortaleciendo la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y la detección temprana de su consumo de riesgo, es este grupo más los adultos jóvenes, es posible detener el curso progresivo del problema hacia la dependencia, así como los efectos agudos y crónicos de esta sustancia que se traducen en distintos trastornos de salud. De esta manera, abarcando de forma integral ambos

componentes de abordajes, se hace posible esperar un descenso en el consumo riesgoso de alcohol y en las complicaciones derivadas de este.

El proceso de análisis crítico, fue completado en un lapso de 8 semanas y desarrollado a partir de 4 componentes, cada uno con la correspondiente ejecución de procedimientos específicos y que son descritos a continuación.

1. Análisis de Indicadores y Epidemiológico.

Metodología Análisis de Indicadores.

Se revisaron los actuales indicadores que forman parte de la cadena de resultados de la estrategia, e indicadores existentes a nivel internacional algunos de los cuáles se relacionan con la historia natural de la enfermedad. De esta manera, existieron dos grandes grupos de indicadores: Indicadores Nacionales e Indicadores Internacionales.

Para cada indicador, se definieron posibles fuentes de información, población en la que se mide, significado, potenciales sesgos, entre otras características.

Metodología Análisis Epidemiológico.

El análisis epidemiológico sobre el tema consumo de alcohol de riesgo, involucró ciertas consideraciones que se detallan a continuación:

- El consumo de alcohol total corresponde a la información reportada por OMS en su informe del 2018 sobre consumo de alcohol (7), incluyendo el consumo sobre población total, sobre bebedores actuales, consumo registrado y no registrado. La transformación a número de tragos diarios, se hizo considerando una densidad del alcohol de 0,789 Kg/Litro y la medida de un trago en Chile de 15 gramos de alcohol, según lo que se estableció en la ENS 2009-10.
- Para presentar las prevalencias de consumo de alcohol por sexo y grupos de edad, son usadas las prevalencias en los últimos 12 meses, en el último mes y en la última semana. La información se obtiene de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17 y se compara con la de la versión 2009-10.
- El inverso de las prevalencias (1-P) corresponde al porcentaje de población que se mantuvo en abstinencia durante determinado periodo. Se consideró la abstinencia de un año o más a partir de los datos de la ENS 2016-17. La proporción de abstinentes de por vida y los antiguos

bebedores se obtienen de la información publicada por OMS en su reporte de consumo de alcohol 2018 (7), información de la que no está clara su fuente.

- Se comparan prevalencias de consumo de alcohol de la ENS con la serie de tiempo de SENDA. Se hace ajuste en los grupos de edades de los resultados ENS para efecto de comparación. No se pueden comparar los resultados por sexo, porque en SENDA se incluye población entre 12 y 64 años cuando se analiza por sexo, en tanto, en la ENS de 15 en adelante.
- Para la medición de consumo riesgoso de alcohol se usa el cuestionario AUDIT y se considera como riesgoso cuando tienen un puntaje ≥ 8 . Para la estimación se usó la pregunta de frecuencia de consumo intenso de 4 tragos o más en una sola ocasión. También se obtiene de la ENS 2016-17 y se compara con 2009-10.
- Para el análisis de patrones de consumo, se categorizó a la población según la cantidad de tragos tomados en un día habitual de consumo durante el último año en base a lo declarado en la ENS 2016-17 (pregunta m7p10b) y usando las definiciones de OMS de bebedor leve (menos de 20 gr de alcohol en mujeres y 40 gramos en hombres), moderado (entre 20 y 40 gr en la mujer y 40 a 60 gr en el hombre) e intenso (sobre 40 gr en la mujer y 60 gr en el hombre)⁴; y según la frecuencia en que consume alcohol en el último año, en nunca, menos de una vez por mes, a lo menos una vez por mes, a lo menos una vez por semana, casi a diario o más (pregunta m7p3), generándose 13 posibles categorías de frecuencias e intensidad de consumo a partir de las cuales se definieron los siguientes 7 niveles de consumo regular:
 - Abstemio de último año
 - Consumo leve y moderado de menos de una vez por mes
 - Consumo leve con frecuencia mayor a mensual
 - Consumo moderado con frecuencia mayor a mensual
 - Consumo intenso de menos de una vez por mes
 - Consumo intenso con frecuencia mensual
 - Consumo intenso mayor a semanal

⁴ Los límites considerados para definir consumo leve, moderado e intenso se corresponden con los puntos de corte de bebedor de riesgo o riesgoso y bebedor perjudicial que plantean las definiciones de OMS y que se describen en este documento en el punto 2, definiciones técnicas. Específicamente, se evita usar estas categorías para no confundirse con otras prevalencias informadas e intentar dar mayor gradualidad al riesgo de tener problemas sanitarios secundarios al consumo de alcohol, asumiendo como cero riesgos a los abstemios.

- Estos niveles se superpusieron con las 5 categorías posibles de frecuencia de consumo intenso (nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, todos los días o casi todos los días) considerando 4 o más tragos en la mujer (pregunta m7p11b) y 5 o más tragos en el hombre (pregunta m7p11c), generándose 35 combinaciones entre beber regular y frecuencia de beber episódico, estableciéndose, finalmente, 8 principales patrones de consumo como muestra la Tabla 1:

Tabla 1: Categorías y definiciones según patrón de consumo de alcohol.

Nº	Nombre consumo	Definición
1	Abstemio	Responden no haber bebido de manera regular ni haber tenido episodios de beber intenso en el último año
2	Poco frecuente no intenso	Tienen consumo leve o moderado de alcohol de manera regular de menos de una vez mensual y sin episodios de beber intenso
3	Leve frecuente	Tienen consumo leve de alcohol de más de una vez al mes sin episodios de beber intenso
4	Intenso poco frecuente	Tienen consumo de alcohol leve o moderado poco frecuente, o leve frecuente asociado a episodios de beber intensos con una frecuencia menor a una vez al mes
5	Moderado frecuente	Tienen consumo regular moderado de alcohol con una frecuencia de más de una vez al mes sin episodios de beber intenso
6	Moderado frecuente con episodios intensos no frecuentes	Tienen consumo regular moderado de alcohol con una frecuencia de más de una vez al mes con episodios de beber intenso de menos de una vez al mes
7	Intenso mensual	Consumen alcohol de forma intensa con una frecuencia mensual
8	Intenso semanal	Consumen alcohol en forma intensa de manera semanal o con mayor frecuencia

Fuente: Elaboración propia basada en la metodología descripta.

- Los casos en categorías no compatibles fueron eliminados (3 casos).
- Se consideraron como sin riesgo los abstemios, los bebedores de bajo riesgo las categorías N° 2 y 3, como de riesgo moderado las N°4 y 5, y las tres restantes como de riesgo alto de tener consecuencias a la salud por el consumo de alcohol.
- Se consideró para la prevalencia de beber intenso aquellas personas que declararon haber tomado, al menos una vez en los últimos 12 meses, 4 o más tragos (mujeres) y 5 o más tragos (hombres) en un mismo episodio. Se consideró el beber intenso episódico como aquellos que lo hacen con una regularidad de a lo menos una vez al mes y se puede obtener como frecuencia

de beber sobre la cantidad indicada o bien, que lo hicieron a lo menos una vez los últimos 30 días. Los datos se obtienen de la ENS 2016-17.

- La presencia de consecuencias regulares se estimó en base a las preguntas del AUDIT respecto de la alteración del desempeño, remordimientos o sentimientos de culpa o pérdidas de memoria como consecuencia del haber bebido. Se consideró aquellos que refieren haber tenido estas consecuencias de forma mensual o más frecuentemente. Los datos se obtienen de la ENS 2016-17.
- En el nivel primario de salud se realiza el tamizaje de alcohol y drogas utilizando, como se mencionó previamente, los siguientes test: CRAFFT, AUDIT, ASSIST. Los tamizajes realizados se consignan en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) del DEIS, específicamente en el REM-A03, Aplicación y resultados de escalas de evaluación, sección D.1: aplicación de instrumento e intervenciones breves por patrón de consumo alcohol y otras sustancias. La unidad de observación del registro es el test aplicado, agregados por tipo de test, sexo de la persona a la que se le aplicó, grupo de edad y unidad territorial. Se registra también el resultado, sin identificar el tipo de test, agregado por las mismas otras variables y clasificados en bajo riesgo, consumo riesgoso o intermedio, y posible consumo perjudicial o dependencia, sin especificar si es alcohol u otras drogas.
- Las intervenciones realizadas en este ámbito se registran en el REM 27 Educación para la salud, de la Serie A, sección G intervenciones por patrón de consumo de alcohol y otras sustancias. También se registran de forma agregada por grupo de edad y sexo (aunque separadamente) y desagregadas como intervenciones mínimas, intervenciones breves y referencia asistida, para alcohol, drogas y tabaco. De acuerdo a las orientaciones técnicas, las personas con test con resultado de bajo riesgo se les realizaría una intervención mínima, con riesgo moderado o alto se les realizaría una intervención breve. A las personas que tienen riesgo alto, además, se les deriva con sospecha de trastorno por uso de sustancia al nivel secundario.
- En consideración de los últimos dos puntos relacionados con el registro, es posible construir la siguiente información:
 - Razón de tamizaje por drogas y alcohol sobre población inscrita y sobre población total: correspondería a un indicador de cobertura del tamizaje, se puede hacer por tipo de test o por todos. En el caso de los de 19 o más años, se puede establecer la proporción de

personas que fueron evaluadas exclusivamente por alcohol usando el AUDIT, versus aquellos que son evaluados por consumo de drogas en general (incluyendo alcohol) con el ASSIST). En el caso de los menores de 19 años, la evaluación es de drogas y alcohol en conjunto. Este correspondería al indicador número uno del resultado esperado de alcohol y drogas.

- Proporción de tamizajes realizados que tuvieron resultados positivos para riesgos moderado o intermedio y alto de consumo perjudicial, sin especificar si es para alcohol o drogas.
- Proporción de tamizajes realizados a los que se le ha hecho una intervención, ya sea mínima o breve.
- Proporción de tamizajes que tienen resultado de riesgo moderado/intermedio o alto a los que se les ha realizado una intervención breve
- Proporción de tamizajes realizados con resultado positivo para riesgo alto con intervención de referencia asistida.

2. Análisis de la Planificación Operativa.

Análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018. Esto, con el fin de: a) Identificar la tendencia de las intervenciones realizadas durante el periodo; b) Conocer las características y alcances de dichas intervenciones; c) Identificar posibles causas que expliquen los hallazgos encontrados.

Para esto, se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades planificadas e informadas (Plan Real) filtrando a partir de Eje Estratégico “Hábitos de vida” y objetivo de impacto “Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 12 a 24 años”, y se estableció la distribución de actividades según Resultado Esperado (RE), las que además fueron categorizadas según el fin perseguido en relación con acciones propias de autoridad sanitaria.

Posteriormente, se seleccionaron los Resultados Inmediatos (RI) de mayor frecuencia en la planificación para cada Resultado Esperado, siendo estos: “Apoyar y fortalecer la implementación de detección del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes, y en gestantes, en el marco del Programa DIR de intervenciones breves en alcohol y drogas” de correspondencia con el RE1; “Fortalecer la Implementación de intervenciones breves/motivacionales del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes y en gestantes. Será obligatorio donde se esté

implementando el Programa Intervenciones Breves en alcohol”, relacionado con el RE 2; y “Contar con un diagnóstico regional actualizado anualmente sobre consumo de alcohol – conjunto con SENDA regional – que incluya análisis particular de la situación de la población entre 15 a 24 años, incluyendo información cuantitativa disponible”, más “Contar con un Plan de Acción regional 2017-2020 – conjunto con SENDA – así como con planificaciones regionales anuales en este marco, con la participación del intersector representado en la mesa regional de coordinación liderada por SEREMI de Salud-SENDa” de correspondencia con el RE3; siendo revisadas cada una las actividades asociadas a cada uno de ellos, con el fin de observar el cumplimiento de los alcances propuestos e identificar los nodos críticos asociados a estos.

De esta manera, se seleccionaron al azar 3 actividades por categorías más prevalentes para cada RI y se revisaron sus Medios de Verificación (MV). De forma complementaria, se realizó una revisión de los Informes de evaluación regional de la planificación operativa 2017-2018 que, con relación a este tema, fueron elaborados en el marco del cumplimiento de la Meta de Compromiso de Desempeño N.º 1 “Elaborar, ejecutar, monitorear el Plan Operativo de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) en torno a los resultados inmediatos establecidos en los lineamientos temáticos”. Para este análisis no se consideraron otras fuentes de información del sector.

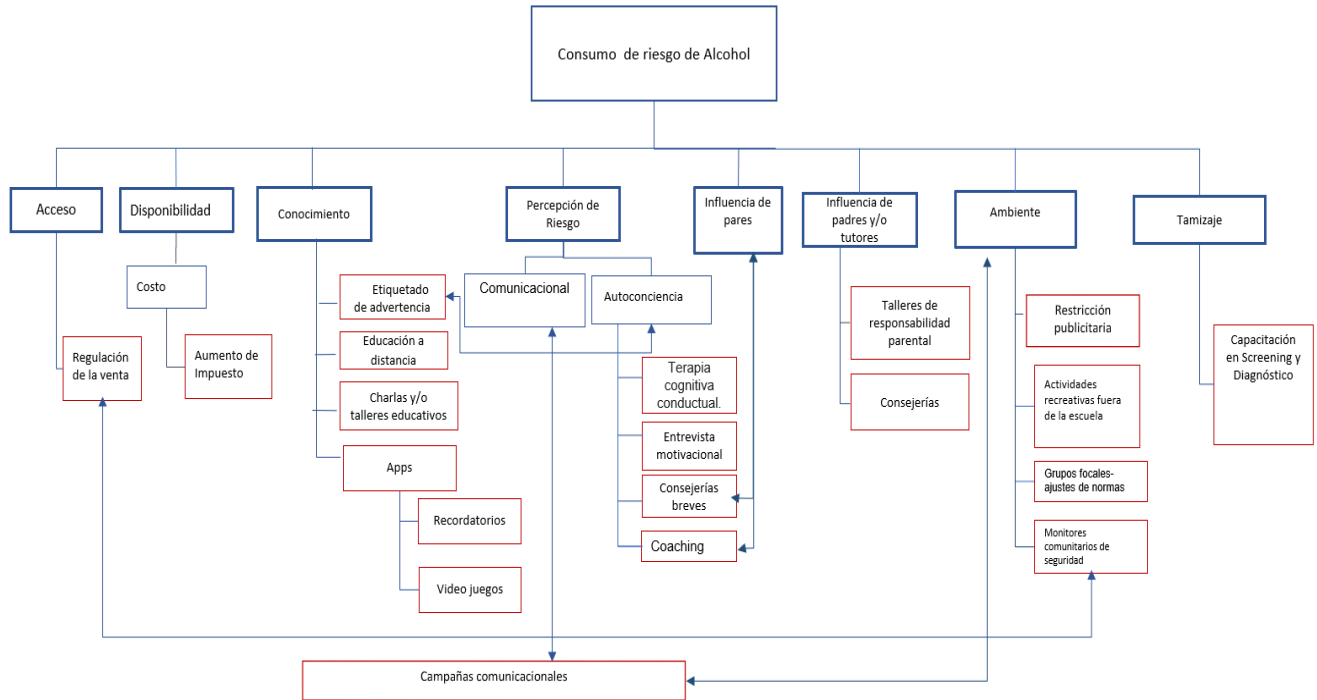
3. Revisión de la Literatura.

Síntesis de la literatura disponible para identificar intervenciones que favorezcan la disminución del consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años. Dado que, los métodos utilizados en esta síntesis contemplan el uso sistemático y transparente de evidencia científica, este trabajo fue desarrollado a partir de 3 etapas metodológicas: a) Análisis preliminar en base a la Cadena de Resultados del Plan Nacional de Salud vigente; b) Identificación de los factores que explican el problema; y c) Búsqueda de evidencia para identificar intervenciones que permitan abordar cada uno de esos factores.

De esta manera, el problema fue definido a partir del análisis de la cadena de resultados en la Estrategia Nacional de Salud, de acuerdo al marco conceptual acordado en la mesa de trabajo. En este sentido, se consideró identificar factores determinantes del problema e intervenciones sanitarias que permitirían abordar estos factores; por tanto, la búsqueda se orientó a intervenciones que tuvieran como objetivo mejorar la prevención y/o la cobertura en la detección, considerando

que el foco de la Estrategia Nacional de Salud es disminuir el consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes (Figura 4).

Figura 4: Diagrama del marco conceptual del tema Consumo riesgoso de Alcohol.



Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL

En este contexto, a fin de desarrollar un análisis causal del problema identificado, primero se realizó una búsqueda amplia de literatura sobre marcos conceptuales que abordaran la prevención y consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes. Luego, se revisaron algunas recomendaciones internacionales, de manera de incorporar factores e intervenciones que se están desarrollando en otras partes del mundo. Posteriormente, se identificaron factores determinantes del problema, desagregando causalmente el tema hasta llegar a intervenciones.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda amplia de evidencia en MedLine® y EMBASE®, utilizando Ovid® como biblioteca virtual, a través del diseño de una estrategia de búsqueda, la cual fue previamente discutida y probada (Cuadro 1). La búsqueda se realizó el 17 de junio de 2019. No se utilizaron filtros de año ni de idioma, y se enfocó en revisiones sistemáticas que midieran el efecto de intervenciones que permitan disminuir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años. En el Cuadro 1 se muestra los términos de búsqueda.

Cuadro 1: Estrategia de búsqueda utilizando Ovid®.

(adolescen* or teen* or youth or young or juven*).ti,ab and alcohol*.ti,ab

Fuente: Elaboración propia Departamento ETESA, MINSAL.

Dos revisores independientes realizaron la selección de títulos y resúmenes, y de textos completos, discutiendo cada uno de los disensos encontrados. En esta selección, se excluyeron todos los artículos que no fueran revisiones sistemáticas y que no evaluaran la efectividad de intervenciones. Se estableció como criterio de exclusión, intervenciones dirigidas a población con consumo problemático de alcohol, ya que estas intervenciones se alejan del foco de análisis crítico. En este contexto, se identificaron intervenciones dirigidas a disminuir el consumo de riesgo de alcohol en el grupo etario comprendido entre 15 y 24 años, con el fin de disminuir la carga de enfermedad. Bajo estos criterios los resultados de la búsqueda se consolidaron a partir de un procedimiento que involucró la *identificación, selección y elegibilidad* de estudios, y que se resume posteriormente a partir de un diagrama de PRISMA (sigla de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Así mismo, durante la fase selección, en conjunto con la evaluación de artículos por título y resumen, se clasificó cada uno de éstos por un único revisor, categorizando las intervenciones dentro del diagrama causal previamente construido.

4. Análisis Comparativo.

Análisis de correspondencia entre las intervenciones que son actualmente realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018 y aquellas que muestran respaldo de la evidencia, de acuerdo al marco conceptual acordado y con el fin de visibilizar las brechas existentes entre ellas. Se identifica, además, aquella intervención que primando entre las acciones del sector no cuenta con evidencia suficiente para garantizar su impacto en el marco de los alcances propuesto para el tema. Esto, con el fin de que en un momento posterior sea sometida a un análisis de efectividad, el que se espera sea realizado en una fase adicional al actual proceso.

5. Limitaciones.

El proceso de Análisis crítico del tema Consumo Riesgoso de Alcohol, contó con limitaciones asociadas a:

- Representatividad de los datos respecto de la población chilena, dado que los datos disponibles en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) corresponden únicamente a usuarios del sistema público. Por otro lado, la información corresponde solo a beneficiarios inscritos y que asisten a los establecimientos de salud del sistema público, no incorporando aquellos que se atienden en establecimientos del sector privado a partir de la Modalidad de Libre Elección (MLE).
- Representatividad de la información a partir de la planificación operativa anual, toda vez que a pesar de las mejoras incorporadas año a año en cuanto a la planificación, estos aún no contienen la totalidad de las actividades que realizan los organismos. Esto debido a que algunas SEREMIs y Servicios de Salud, sólo incluyen en su planificación las actividades con financiamiento o aquellas que han sido priorizadas dentro del año, por lo que el uso del POA en la red no es homogéneo ni representativo del quehacer del sector.
- Búsqueda acotada de la evidencia, respecto de todas las temáticas que podrían estar asociadas a este tema de salud, y que, a la luz de este análisis, corresponden a los problemas que fueron priorizados en la actual Estrategia Nacional de Salud.
- Existe un desfase entre el período de tiempo reportado y analizado en este documento y el año de publicación del análisis crítico. Esto debido a la latencia en la disponibilidad de información y revisiones del documento antes de ser socializado. Por ello los hallazgos deben interpretarse como un estado de situación hasta el año de disponibilidad de datos.

V. RESULTADOS

1. Análisis de Situación.

1.1 Análisis de Indicadores.

-Indicadores actuales de la Estrategia Nacional de Salud.

Los indicadores asociados al tema consumo riesgoso de alcohol dentro de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, están enfocados en el grupo de 15 a 24 años, siendo para el objetivo de impacto la reducción de la prevalencia de consumo de riesgo medido a través del Test de Identificación de Trastornos por Uso de alcohol conocido como AUDIT (sigla de Alcohol Use Disorders Identification Test)⁵. Este objetivo se mide a través de encuestas poblacionales, como la Encuesta Nacional de Salud que realiza el Ministerio de Salud (MINSAL) cada 5 años aproximadamente. Por otro lado, Los Resultados Esperados e indicadores asociados se pueden ver en la Tabla 2, siendo los siguientes:

El Resultado Esperado 3.2.1 es el aumento de la cobertura de detección de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años. Se mide como el porcentaje de la población inscrita en los centros de salud de la atención primaria de salud (APS) a los cuales se les aplicó el screening de consumo riesgoso. El instrumento de detección usado es el CRAFFT⁶ en población de 10 a 18 años que mide tanto alcohol como drogas, en tanto que, a partir de los 19 años se utiliza el AUDIT (12) para la detección de alcohol y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias para la detección de drogas (ASSIST, por su sigla en inglés)⁷.

⁵ El AUDIT es un instrumento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y validado en Chile, para tamizar consumo riesgoso de alcohol, consumo perjudicial y dependencia de alcohol. El test está constituido por 10 preguntas, 8 de las cuales dan cuenta del consumo en los últimos 12 meses y las dos restantes en la vida. Las tres primeras preguntas cuantificarían el consumo de alcohol, las preguntas 4 a la 6 evalúan presencia de síntomas de dependencia y las restantes, consecuencias negativas del consumo. El puntaje de 8 o más es el que define el consumo riesgoso (44).

⁶ CRAFFT es un instrumento de detección en niños y jóvenes del consumo riesgoso de alcohol y de drogas ilícitas, recomendado por la Academia Americana de Pediatría y que consiste en un set de seis preguntas en las que se indagan el haber andado en un auto con alguien "volado" o con alcohol (CAR); el usar alcohol o drogas para relajarse, sentirse mejor o parte de un grupo (RELAX); el consumo estando solo (ALONE); el olvido de cosas como consecuencia del consumo (FORGET); si le han recomendado algún amigo o familiar disminuir el consumo (FRIENDS); y si se ha metido en problemas por haber consumido (TROUBLE) (12).

⁷ ASSIST es un instrumento recomendado por la OMS para la detección del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto de la atención primaria. Está construido en base a 8 preguntas y permite cuantificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

La cobertura se obtiene de la información registrada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) en el Registro Estadístico Mensual (REM) A03 de aplicación y resultados de escalas de evaluación, en tanto que la población inscrita proviene del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Tabla 2: Resultados Esperados e indicadores asociados al Objetivo de Impacto de reducción del consumo riesgoso de alcohol.

Resultados Esperados	Indicador
Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol.	3.2.1 Porcentaje de personas inscritas en centros de salud entre 15 y 24 años de edad con aplicación de instrumento para el tamizaje de consumo riesgoso de alcohol.
Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de alcohol de riesgo.	3.2.2 Porcentaje de personas de 15 a 24 años que han sido tamizadas por consumo riesgoso de alcohol, que reciben intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.
Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo	3.2.3 Proporción de SEREMIS que desarrollan al menos dos líneas de acción de la estrategia nacional de alcohol

Fuente: Elaboración propia Departamento de la Estrategia Nacional de Salud.

El Resultado Esperado 3.2.2 es la mejora en la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de alcohol de riesgo, que se mide a través del porcentaje de personas de 15 a 24 años que han sido tamizadas por consumo riesgoso de alcohol y que reciben intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo. La intervención evaluada se realiza como resultado de la clasificación del tamizaje, ya sea a través del CRAFFT, del AUDIT o del ASSIST, si el paciente se categoriza como riesgo medio o alto, se le realiza una intervención motivacional o breve. Los datos se obtienen de la información registrada en los REM del DEIS.

El Resultado Esperado 3.2.3 es el fortalecimiento de política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo que se mide en base al número de secretarías regionales ministeriales (SEREMI) de salud que desarrollan a lo menos 2 líneas de acción de la estrategia nacional de alcohol. Los datos son entregados por las mismas SEREMIS a través de sus Planes Operativos Anuales (POA).

-Indicadores Internacionales.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) incluye en el análisis de factores de riesgo, el consumo de alcohol en niños y adultos, para lo cual se establecieron los siguientes indicadores (45):

- Consumo de alcohol (registrado) en mayores de 15 años medido como litros de alcohol puros por persona. La estimación se realiza considerando las ventas de alcohol realizadas en el país que poseen registro legal, por lo tanto, no incluyendo el consumo de alcohol no registrado como el de origen casero, los que se venden en tiendas de fronteras, el consumo de alcohol para otros usos (médicos, industriales) entre otros.
- Consumo excesivo regular de alcohol, definido como 6 o más tragos en una misma ocasión, a lo menos una vez al mes en los últimos 12 meses.
- Prevalencia de vida de embriaguez a los 15 años (se consideran dos o más eventos de embriaguez en la vida).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en su Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, incluye en el ámbito de salud, a través del objetivo N°3 de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, indicadores relacionados al consumo de alcohol y drogas. Específicamente, se busca, para el 2030, fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol (meta 3.5), aunque no especifican como medirlo (46).

En el Plan de Global de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, 2013-2020 (47), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se plantea el objetivo de reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable que producen las enfermedades no transmisibles, y se considera el consumo perjudicial de alcohol como un objetivo específico a lograr, de la siguiente manera:

- A lo menos 10% de reducción relativa en el consumo perjudicial de alcohol, pudiendo ser medido como prevalencia de consumo excesivo episódico, consumo total de alcohol per cápita, morbilidad y mortalidad asociada a alcohol, entre otros.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantean los siguientes indicadores para el análisis del consumo de alcohol (7):

- Nivel de consumo:
 - Tasas de abstinencia último año, incluyendo la identificación de los abstinentes de vida y de ex consumidores.
 - Consumo de alcohol per cápita al año en litros de alcohol puro o gramos de alcohol por año, sobre población total y sobre bebedores (consumo de alcohol registrado).
 - Consumo de alcohol no registrado.

- Patrones de consumo de alcohol:
 - Participación de diferentes tipos de alcohol consumido (cerveza, vino, otros)
 - Consumo intenso episódico de alcohol (Heavy Episodic Drinking) definido como consumo de 60 o más gramos de alcohol puro a lo menos una vez por mes.

Especial énfasis se da a población joven (15 a 19 años) y a las mujeres en la estimación de estos indicadores.

1.2 Análisis Epidemiológico.

-Consumo de Alcohol Total

El consumo total de alcohol para el 2016 fue de 9,3 litros de alcohol puro per cápita (mayores de 15 años), misma cantidad estimada para el 2009. Esta cantidad es 1,3 litros mayor al promedio de la región de las Américas. El 85% del consumo total corresponde a alcohol registrado. El consumo en hombres es de 15 litros en tanto en la mujer es de 3,7 litros, mostrando un leve descenso en los hombres y un leve aumento en las mujeres desde el 2009 (7).

Cuando se evalúa sobre los bebedores, el consumo aumenta a 13,7 litros de alcohol puro por bebedor, a 18,8 litros en hombre y a 6,6 litros en las mujeres. Esto significa que, en Chile, se consumen en promedio 1,3 tragos al día considerando la población total y 2 tragos al día por la población actualmente bebedora (7).

-Prevalencia de Consumo de Alcohol y Abstinencia

Según la ENS 2016-17, la prevalencia de consumo de alcohol de último año fue de 70,8%, último mes de 54,4% y última semana de 35,7%, siendo mayor en el hombre que en la mujer en razones de 4:3, 5:3 y 6:3, respectivamente (Tabla 3). En relación con la prevalencia estimada en el 2009, se observa una baja en el consumo en la mujer que alcanza 6 puntos porcentuales para la prevalencia/año, 4 puntos para el consumo último mes y de 1 punto porcentual para la semana. En tanto, en el hombre las diferencias son menores a dos puntos porcentuales.

Tabla 3: prevalencia (Intervalo Confianza 95%) consumo de alcohol último año, último mes y última semana, por sexo y grupo etario. Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

	Último año IC 95%	Último mes IC 95%	Última semana IC 95%
Hombre	81,3% (78,6%-83,8%)	67,7% (64,2% - 70,9%)	48,0% (44,5% - 51,5%)
15 a 24 años	68,2% (60,1% - 75,3%)	52,1% (44,4% - 59,8%)	33,9% (27,2% - 41,4%)
25 a 44 años	88,9% (84,6% - 92,2%)	76,8% (70,7% - 81,9%)	56,1% (49,5% - 62,5%)
45 a 64 años	83,8% (79,1% - 87,6%)	70,1% (64,8% - 74,9%)	50,0% (44,2% - 55,8%)
> 65 años	72,2% (65,2% - 78,3%)	57,5% (49,6% - 65,0%)	40,1% (32,5% - 48,2%)
Mujer	60,5% (57,5% - 63,5%)	41,7% (38,9% - 44,4%)	23,8% (21,2% - 26,5%)
15 a 24 años	60,5% (53,8% - 66,8%)	40,7% (33,5% - 48,3%)	24,4% (18,6% - 31,2%)
25 a 44 años	68,3% (62,6% - 73,5%)	49,2% (43,7% - 54,8%)	29,0% (24,2% - 34,3%)
45 a 64 años	58,7% (53,5% - 63,7%)	39,2% (34,5% - 44,1%)	19,8% (16,1% - 24,1%)
> 65 años	45,2% (39,7% - 50,8%)	29,3% (24,5% - 34,7%)	18,3% (14,0% - 23,7%)
Ambos sexos	70,8% (68,6% - 72,9%)	54,4% (52,0% - 56,8%)	35,7% (33,3% - 38,1%)
15 a 24 años	64,4% (59,1% - 69,4%)	46,5% (41,2% - 52,0%)	29,2% (24,8% - 34,1%)
25 a 44 años	78,7% (74,8% - 82,1%)	63,1% (58,9% - 67,1%)	42,6% (38,4% - 47,0%)
45 a 64 años	71,0% (67,3% - 74,5%)	54,4% (50,5% - 58,1%)	34,6% (31,0% - 38,5%)
> 65 años	56,9% (51,9% - 61,7%)	41,5% (36,4% - 46,8%)	27,8% (23,0% - 33,0%)

IC 95%: Intervalo de confianza 95%

Fuente: encuesta Nacional de salud 2016-17. Ministerio de Salud.

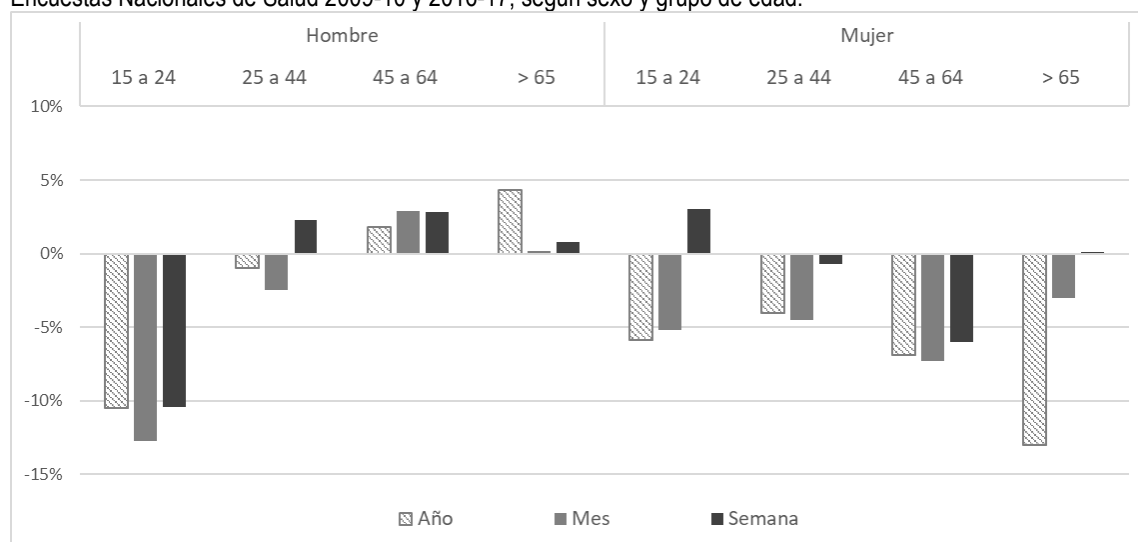
En los hombres, el grupo con las mayores prevalencias fue el de 25 a 44 años, alcanzando el 88,9% en consumo último año y el 56,1% de la última semana. Luego viene el grupo de 45 a 64 años y luego el de mayores de 65 años. El grupo de 15 a 24 años, tiene las prevalencias más bajas en hombres, siendo de 68,2%, 52,1% y 33,9%, respectivamente para año, mes y semana (Tabla 2). En las mujeres, el grupo con mayores prevalencias también es el de 25 a 44 años, siendo de 68,3% en el último año y un 29,0% en la última semana. Este grupo es seguido por el de 15 a 24 años y luego el de 45 a 64 años.

Desde la mirada de la abstinencia, un 29,2% de la población mayor de 15 años estuvo abstinentes en el último año, un 18,7% de los hombres y un 39,5% de las mujeres. Este dato es levemente más bajo que los presentados por SENDA el 2016 (36,1% en mayores de 12 años) y los publicados por OMS que fue de 32,4% para mayores de 15 años, con un 20,0% en hombres y un 44,2% en mujeres. La proporción de abstinentes de último año, que no han consumido alcohol nunca en su vida fue de 20,4% (7).

Entre el 2009 y el 2016, se observó una caída en las prevalencias de consumo de alcohol en el grupo de hombres de 15 a 24 años y en mujeres de 65 o más años en el consumo último año de sobre 10 puntos porcentuales. El resto de los grupos etarios de los hombres no presentaron

cambios importantes o bien mostraron aumentos menores al 5% en sus prevalencias. En las mujeres, prácticamente todos los grupos bajaron sus prevalencias con excepción del grupo de mujeres entre 15 a 24 años, que aumentó la prevalencia de consumo semanal, aunque este aumento no superó los 5 puntos porcentuales (Gráfico 1).

Gráfico 1. Diferencias de prevalencia en consumo de alcohol anual, mensual y semanal entre las mediciones de las Encuestas Nacionales de Salud 2009-10 y 2016-17, según sexo y grupo de edad.



Valores negativos corresponden a reducciones de la prevalencia
Fuente: Encuesta Nacional de salud 200910 y 2016-17.

En comparación con las mediciones de prevalencia de SENDA de consumo último mes, en iguales grupos de edades, se observa similitud en los resultados de las tasas para población de 19 a 25 años y de 26 a 34 años, en tanto, las tasas de los de 35 a 44 años y de 45 a 64 años, muestran diferencias de 13 y 6 puntos porcentuales, respectivamente, siendo las de SENDA más bajas. No fue posible hacer comparaciones por sexo con los datos del SENDA por la diferencia de rangos de edades de ambas encuestas que no se pueden hacer equivalentes, no obstante, se ven diferencias en las tasas entre sexo, similares a las observadas en ENS.

Los bebedores de último año, toman de manera regular en promedio 3,2 tragos por ocasión (mediana de 3 tragos y rango intercuartil de 1 a 4 tragos), siendo más alto en hombres (3,9 tragos) que en la mujer (2,3 tragos). El percentil 90 en los hombres fue de 7 tragos, en tanto, en la mujer fue de 4 tragos. En la Tabla 4, se presentan los percentiles de distribución de la variable tragos que regularmente toman según frecuencia de consumo último año y sexo.

Tabla 4: Número habitual de tragos para consumidores de último año según frecuencia de consumo y sexo. Chile, 2016-17.

	Casi todos los días		Semanalmente		Mensualmente		Menos de una vez al mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Media	2,6	2,1	3,7	2,7	4,0	2,5	2,5	1,5
P10	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5
P25	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
P50	2,0	1,5	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	1,0
P75	4,0	3,0	5,0	4,0	5,0	3,0	3,0	2,0
P90	6,0	4,0	6,0	4,0	7,0	4,0	5,0	3,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-17. P10-90: Percentiles.

-Consumo Riesgoso de Alcohol

La prevalencia de consumo riesgoso de alcohol, medido como población con AUDIT ≥ 8 fue de 12,7% para mayores de 15 años y de 16,2% para población de 15 a 24 años. La prevalencia es 5 veces mayor en hombres que en mujeres. En los hombres, la prevalencia está entre 22% y 24% desde los 15 años y hasta los 64 años, bajando en mayores de 65 años a la mitad, en tanto en las mujeres, se observa una reducción progresiva con los años que va de 9,4% en el grupo de 15 a 24 años a un 0,02% en las mujeres mayores de 65 años (Tabla 5).

Tabla 5: Prevalencias de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT ≥ 8) según sexo y grupo etario. Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

	Hombre	IC 95%	Mujer	IC 95%	Ambos sexos	IC 95%
15 a 24 años	22,7%	(16,7% - 30,2%)	9,4%	(5,8% - 14,9%)	16,20%	(12,5% - 20,8%)
25 a 44 años	24,0%	(19,1% - 29,8%)	4,8%	(2,8% - 8,2%)	14,50%	(11,8% - 17,6%)
45 a 64 años	22,6%	(17,9% - 28,0%)	1,3%	(0,6% - 3,0%)	11,70%	(9,2% - 14,9%)
> 65 años	11,2%	(6,3% - 19,2%)	0,02%	(0% - 0,2%)	4,90%	(2,7% - 8,7%)
Total	21,8%	(19,0% - 24,9%)	3,9%	(2,7% - 5,4%)	12,70%	(11,1% - 14,4%)

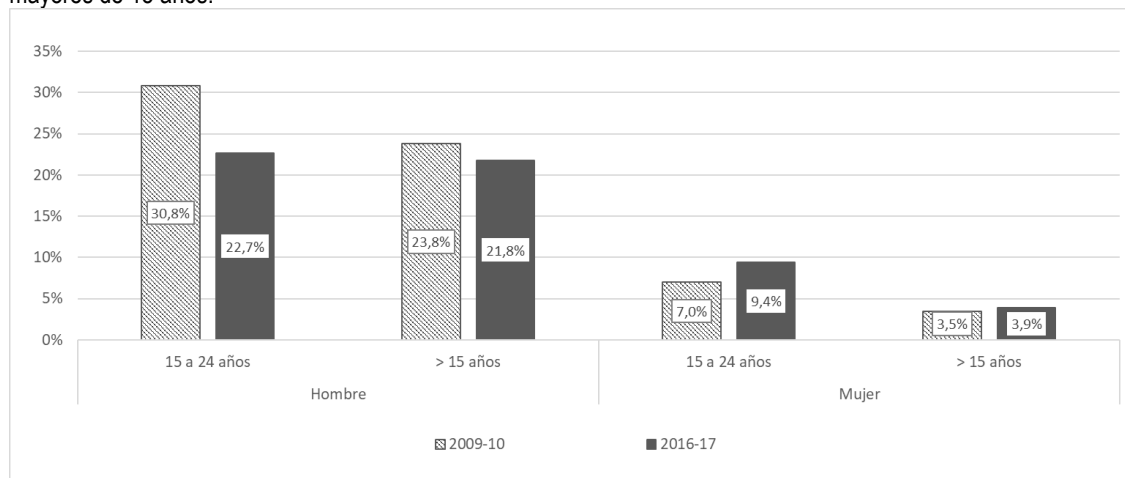
IC95%: Intervalo de confianza 95%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

En relación al año 2009, se observa una disminución de dos puntos porcentuales en la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en hombres mayores de 15 años y de 0,4 puntos porcentuales en mujeres mayores de 15 años. En la población de 15 a 24 años, se observa una disminución de la prevalencia de consumo riesgoso en hombres del orden de 8 puntos porcentuales, en tanto en la mujer, un aumento de 2,4 puntos porcentuales, determinando una caída en ambos sexos de 2,6

puntos porcentuales. No obstante, tanto en mayores de 15 años como en el grupo de 15 a 24 años, las diferencias observadas, no son estadísticamente significativas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Prevalencia de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT ≥ 8) 2009-10 y 2016-17 entre 15 y 24 años y en mayores de 15 años.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

En regiones, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de consumo de riesgo en mayores de 15 años excepto entre las regiones de Coquimbo y Magallanes que tienen las prevalencias más extremas con un 22,3% y 7,7%, respectivamente. En relación al 2009, ninguna región tuvo cambios estadísticamente significativos, 6 regiones mostraron bajas en sus prevalencias (Tarapacá, Atacama, Metropolitana, Del Maule, Los Ríos y Los Lagos), en tanto las otras subieron sus tasas, siendo la región de Arica y Parinacota la que tuvo el mayor aumento consistente en 10 puntos porcentuales (Tabla 6).

En población de 15 a 24 años, la prevalencia de consumo riesgoso varió de 0,0% en Los Ríos⁸ a un 28,5% en La Araucanía, con excepción de la región de Los Ríos, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ninguna región. La mediana de las regiones fue de 15,2% con un rango intercuartil de 12,3% a 19,0%, todos los intervalos de confianza del 95% incorporaron el rango intercuartil (Tabla 6).

En relación al 2009, solo las regiones de Atacama y de Los Ríos muestran cambios significativos en el consumo de riesgo en población entre 15 a 24 años. En la primera, el consumo bajó de 45,7% a 9,6 % y en Los Ríos en que la prevalencia bajó de 24,4% a 0%, sin embargo, estas variaciones deben tomarse con cuidado aun cuando haya significancia estadística, por potenciales sesgos

⁸ Según el diseño muestral de la Encuesta Nacional de Salud, para el año 2016-2017, no se reportaron casos de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años en la región de Los Ríos.

asociados al diseño muestral y en particular por lo acotado del grupo evaluado. La mediana de cambio entre una medición y otra fue de -0,1%, con un rango intercuartil de -11,0% a 4,9% (Tabla 6).

Tabla 6: Prevalencia de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT >=8) 2009-10 y 2016-17 en población de 15 y 24 años según región.

Región	Mayores de 15 años				15 a 24 años			
	2009-10	IC95%	2016-17	IC95%	2009-10	IC95%	2016-17	IC95%
Arica Parinacota	9,1%	(5,9% - 13,8%)	19,1%	(13,5% - 26,3%)	10,9%	(4,6% - 23,8%)	19,0%	(9,5% - 34,5%)
Tarapacá	12,6%	(8,3% - 18,7%)	11,5%	(6,6% - 19,1%)	10,2%	(3,3% - 27,7%)	12,6%	(3,5% - 36,6%)
Antofagasta	14,3%	(9,7% - 20,5%)	14,7%	(9,7% - 21,6%)	13,4%	(5,4% - 29,5%)	18,3%	(5,5% - 46,2%)
Atacama	20,1%	(14,3% - 27,5%)	12,9%	(7,8% - 20,4%)	45,7%	(26,5% - 66,2%)	9,6%	(3,0% - 26,5%)
Coquimbo	17,8%	(12,6% - 24,6%)	22,3%	(15,3% - 31,3%)	27,3%	(15,5% - 43,5%)	16,3%	(6,4% - 35,7%)
Valparaíso	9,7%	(5,7% - 15,9%)	11,7%	(7,9% - 17,0%)	13,7%	(3,9% - 38,0%)	13,1%	(5,85 - 26,9%)
Metropolitana	15,1%	(11,9% - 18,8%)	11,7%	(8,9% - 15,2%)	20,9%	(13,8% - 30,3%)	15,7%	(9,3% - 25,1%)
O'Higgins	10,3%	(6,2% - 16,7%)	17,3%	(10,8% - 26,6%)	8,1%	(2,7% - 21,5%)	22,1%	(8,4% - 46,5%)
Del Maule	16,0%	(11,6% - 21,7%)	9,3%	(5,1% - 16,4%)	24,8%	(13,4% - 41,2%)	24,7%	(9,0% - 52,0%)
Biobío	10,9%	(6,9% - 17,0%)	12,2%	(9,3% - 16,0%)	16,4%	(7,4% - 32,6%)	13,4%	(7,3% - 23,5%)
Araucanía	5,7%	(3,1% - 10,1%)	10,7%	(6,1% - 18,3%)	3,5%	(0,8% - 13,5%)	28,5%	(12,3% - 53,0%)
Los Ríos	14,6%	(9,3% - 22,2%)	9,0%	(4,3% - 17,6%)	24,4%	(10,2% - 47,8%)	0,0%	
Los Lagos	18,9%	(13,1% - 26,4%)	17,5%	(11,8% - 25,1%)	27,8%	(15,1% - 45,3%)	12,3%	(5,2% - 26,6%)
Aysén	10,1%	(5,3% - 18,3%)	11,2%	(7,7% - 15,9%)	12,7%	(4,5% - 30,7%)	15,2%	(6,0% - 33,3%)
Magallanes	6,9%	(4,0% - 11,8%)	7,7%	(4,2% - 13,8%)	10,0%	(3,6% - 24,9%)	12,1%	(4,8% - 27,3%)

IC95%: Intervalo de confianza 95%.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

-Patrones de Consumo de Alcohol

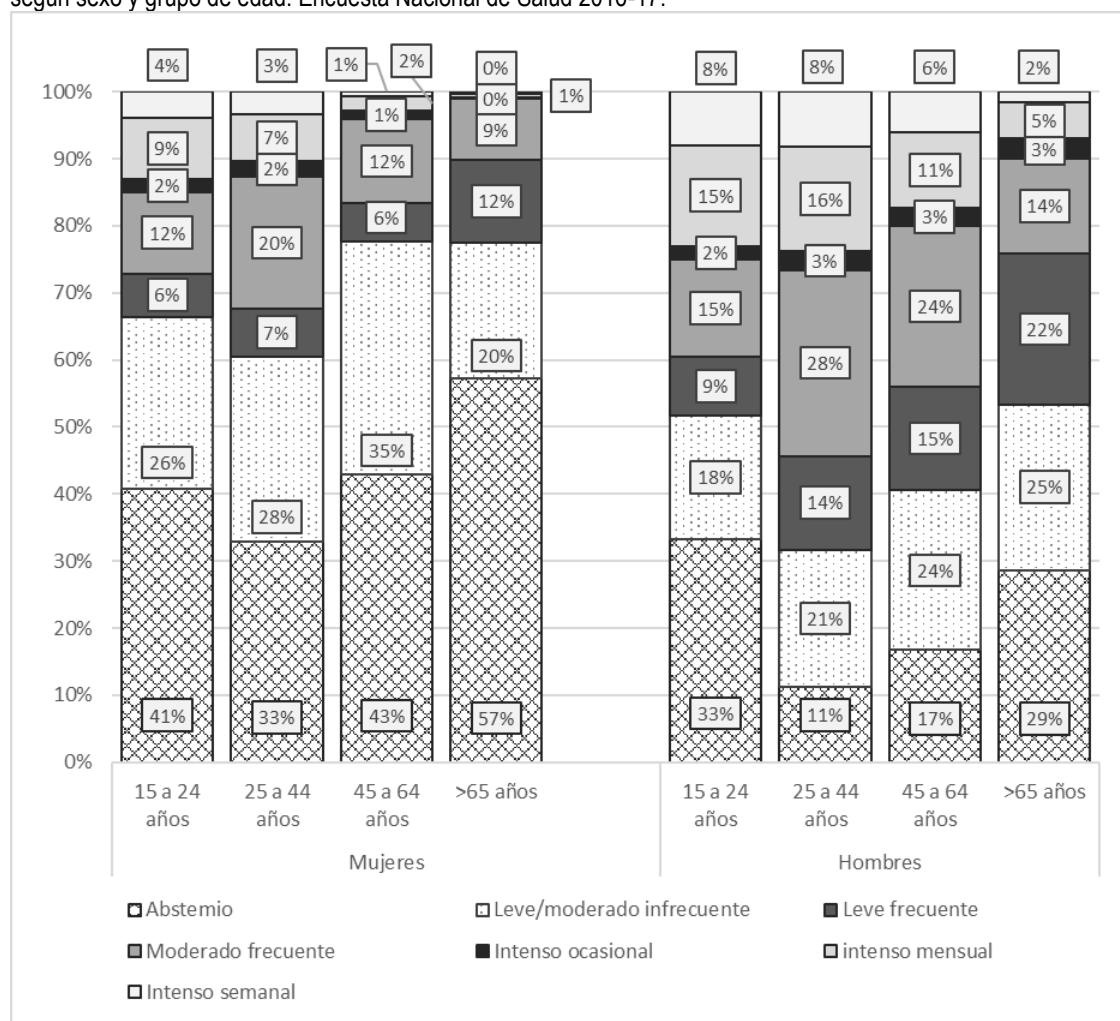
Consumo regular de alcohol

Hay diferencias por sexo y grupo de edad en los patrones regulares de consumo de alcohol. Las mujeres tienen un mayor porcentaje de abstemios de último año y de bebedores leves o moderados infrecuentes variando entre el 60% y el 78%, según grupo de edad, en tanto en hombres varía de 32% a 53%. Para todas las demás categorías de consumo con frecuencia mayor a una vez al mes, ya sea en cantidades leves a intensas, los hombres a toda edad presentan prevalencias más altas que las mujeres (Gráfico 3).

El grupo de edad que presenta las tasas más altas de consumo regular de alcohol es el de 25 a 44 años tanto en hombres como en mujeres, no obstante, si consideramos en el grupo de 15 a 24 años solo a los mayores de edad, en las mujeres es el grupo que tiene las tasas más altas de consumo, cambio que no es tan notorio en los hombres (se mantiene tercero luego del grupo de 45

a 64 años). Con la edad, la prevalencia de no consumidores aumenta en ambos sexos y la de consumidores leves/moderados infrecuentes y de leves frecuentes en los hombres también, volviéndose menos frecuente el consumo más intenso y frecuente. En la mujer luego de los 45 años, los patrones de consumo intenso se mantienen. El consumo intenso, pero no frecuente, se da en un porcentaje bajo de la población <3% y permanece estable en el hombre, pero en las mujeres disminuye con la edad (Gráfico 3).

Gráfico 3: Patrones de consumo regular de alcohol según frecuencia de consumo y cantidad consumida promedio, según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud 2016-17.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

Consumo Intenso de Alcohol

El 29,5% (IC 95% 27,3% - 31,9%) de los mayores de 15 años habría tenido al menos un episodio de beber intenso en el último año, esta proporción aumenta a 42,1% (IC 95% 38,6% - 45,6%) en

hombres y baja a 17,5% (IC95% 15,2% a 19,9%) en la mujer, diferencia que es estadísticamente significativa. En relación al 2009, no hubo mayor variación en estas prevalencias. La frecuencia en que se producen estos eventos también es mayor en los hombres, teniendo el 19,1% a lo menos uno semanal, mientras que las mujeres el 10,7% (Tabla 7).

El grupo que presenta la mayor prevalencia de a lo menos un evento de beber intenso en el último año, fue el grupo de hombres entre 25 y 44 años, con un 52,3%, en tanto que en las mujeres fue el grupo de 15 a 24 años con un 25,9%, seguidas por el grupo de 25 a 44 años con un 24,1%. En los hombres los eventos de beber intenso en mayores de 65 años, alcanzan el 20,2%, en tanto en la mujer baja a un 3,0%.

Tabla 7: Prevalencia de población que han tenido episodios de beber intenso (mayor a 5 tragos en el hombre y 4 tragos en la mujer) y distribución por frecuencia de los episodios el último año, según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

	Prevalencia	IC 95%	Frecuencia		
			< una vez mes	mensualmente	semanalmente
Hombre	42,1%	(38,6% - 45,6%)	50,8%	30,1%	19,1%
15 a 24 años	37,0%	(29,9% - 44,8%)	40,2%	36,7%	23,2%
25 a 44 años	52,3%	(46,4% - 58,2%)	54,5%	26,8%	18,7%
45 a 64 años	40,8%	(34,7% - 47,2%)	50,7%	33,5%	15,8%
> 65 años	20,2%	(13,8% - 28,4%)	52,8%	19,6%	27,6%
Mujer	17,5%	(15,2% - 19,9%)	64,6%	24,6%	10,7%
15 a 24 años	25,9%	(20,1% - 32,5%)	49,8%	39,5%	10,7%
25 a 44 años	24,1%	(19,7% - 29,3%)	65,4%	19,9%	14,7%
45 a 64 años	11,5%	(8,4% - 15,5%)	81,8%	16,6%	1,5%
> 65 años	3,0%	(1,8% - 5,0%)	71,4%	24,3%	4,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

Patrones integrados de consumo intenso y regular

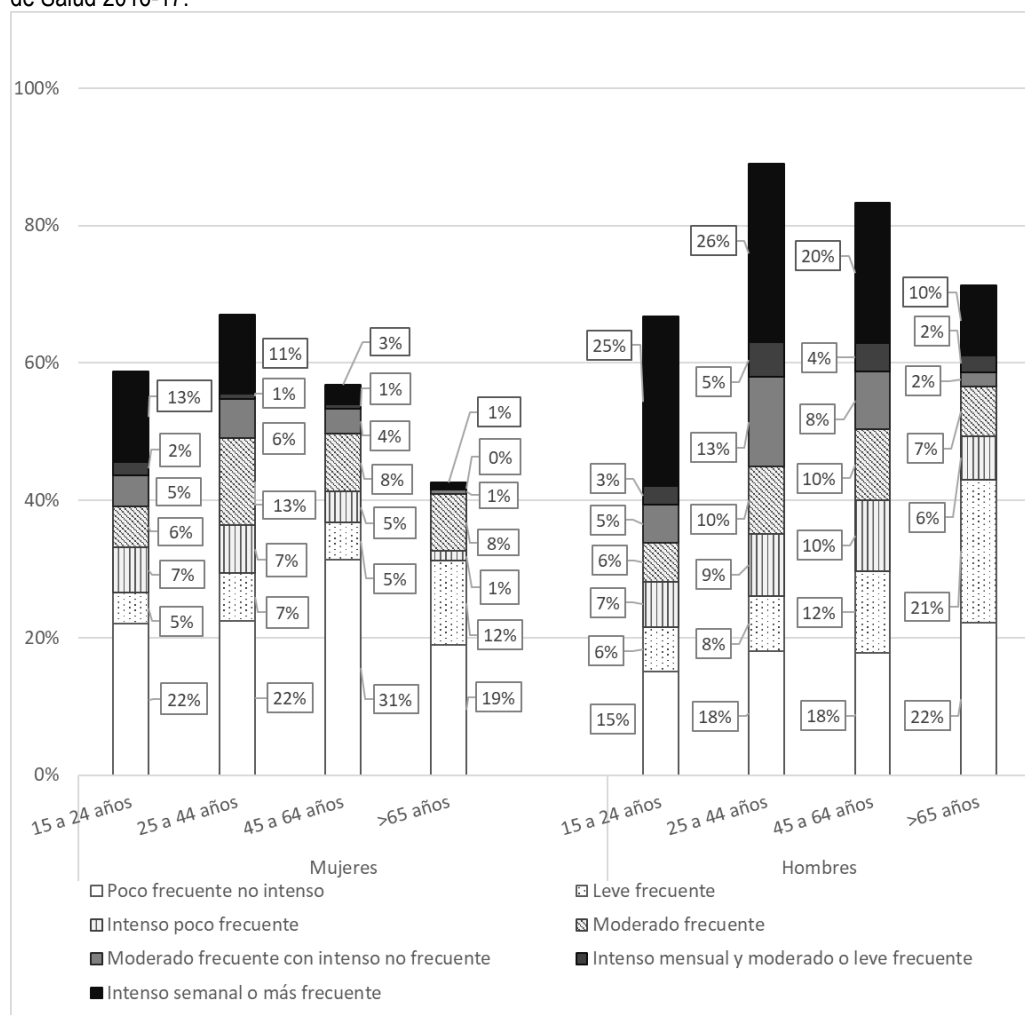
Al sobreponer los patrones de consumo regular con el de consumo intenso (5 o más tragos por vez en el hombre y 4 o más en la mujer) y generar nuevas categorías, el porcentaje de abstemios y la estructura general de consumo por sexo y edad se mantienen. Sin embargo, el porcentaje de bebedores de bajo riesgo (poco frecuentes o frecuentes en intensidades leves) baja entre 1 y 6 puntos porcentuales aumentando el consumo intenso episódico no frecuente como factor determinante del riesgo en la población con bajo consumo regular. Por otro lado, los bebedores moderados o intensos con frecuencia mensual bajan al superponerse el beber episódico intenso,

traspasándose a las categorías de beber más intenso con frecuencia mayor a semanal la cual crece entre 1 y 18 puntos porcentuales entre los diferentes grupos de edad y sexo (Gráfico 4).

En las mujeres el patrón más frecuente es el consumo poco frecuente en cantidades moderadas o leves y sin episodios de beber intenso, seguido por el consumo intenso todas las semanas o más frecuente en las menores de 24 años, del consumo moderado sin episodios de consumo intenso en entre los 25 y 64 años, y el consumo leve frecuente sin episodios de beber intenso en mayores de 65 años.

En los hombres menores de 65 años el patrón de consumo más frecuente es el intenso semanal o más frecuente, seguido del poco frecuente no intenso. En los mayores de 65 años, los patrones de bajo consumo, vale decir, el poco frecuente no intenso y el leve frecuente son los importantes.

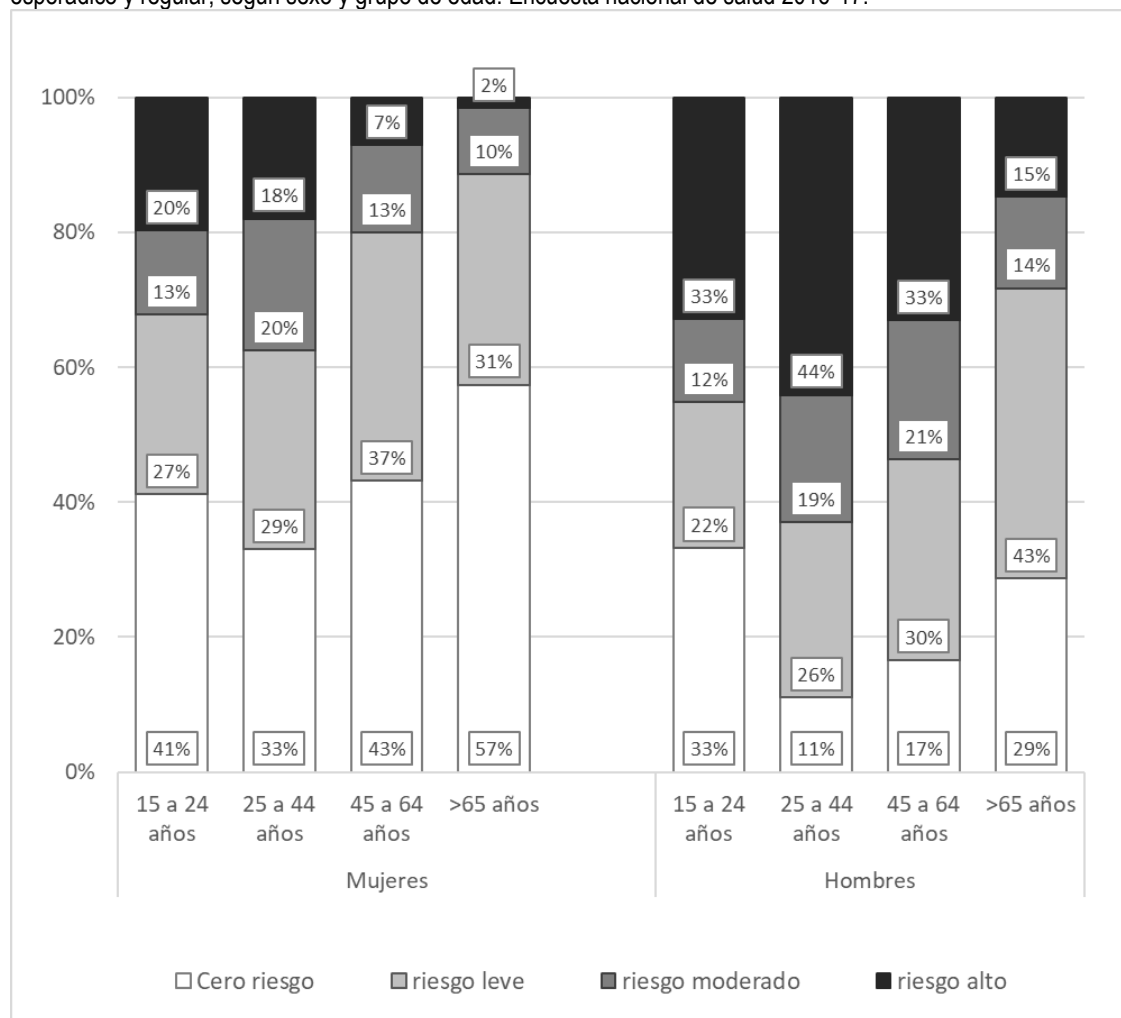
Gráfico 4: Patrones integrados de consumo regular e intenso episódico de alcohol según frecuencia de consumo y cantidad consumida promedio, según sexo y grupo de edad (no incluye categoría de abstemios). Encuesta Nacional de Salud 2016-17.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

Considerando estos patrones integrados, el consumo de riesgo moderado y alto en las mujeres alcanza el 28%, variando entre el 12% y el 38% según el grupo de edad, en tanto, en los hombres alcanza el 52% y varía entre 29% y 63%, según grupo de edad (Gráfico 5).

Gráfico 5: Niveles de riesgo secundario al consumo de alcohol según patrones integrados de consumo intenso esporádico y regular, según sexo y grupo de edad. Encuesta nacional de salud 2016-17.



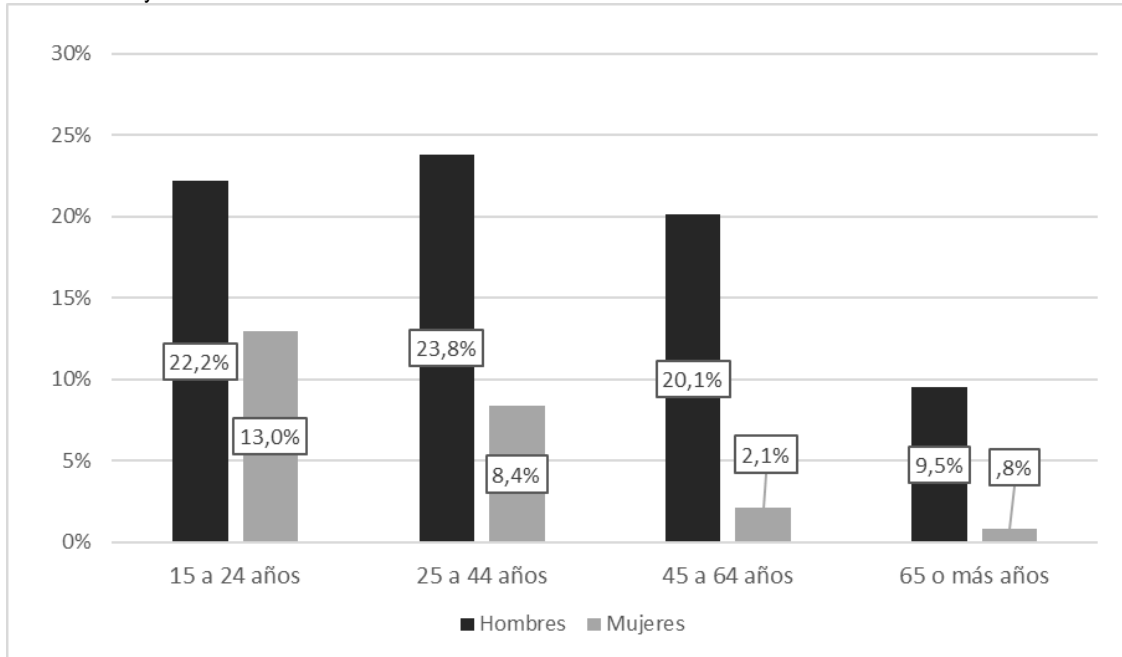
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

Consumo excesivo episódico de alcohol

La prevalencia de consumo excesivo episódico o circunstancial (binge drinking o heavy episodic drinking), medido como las mujeres que toman más de 4 tragos (mujeres) o los hombres que toman más de 5 tragos con una frecuencia mayor a una vez al mes para mayores de 15 años, fue de 13,3% (hombres 20,7% y mujeres 6,2%). En hombres, alcanzó los 23,8% en el grupo de 25 a 44

años y en mujeres el 13,0% en el de 15 a 24 años, siendo en ambos sexos las tasas más altas (Gráfico 6).

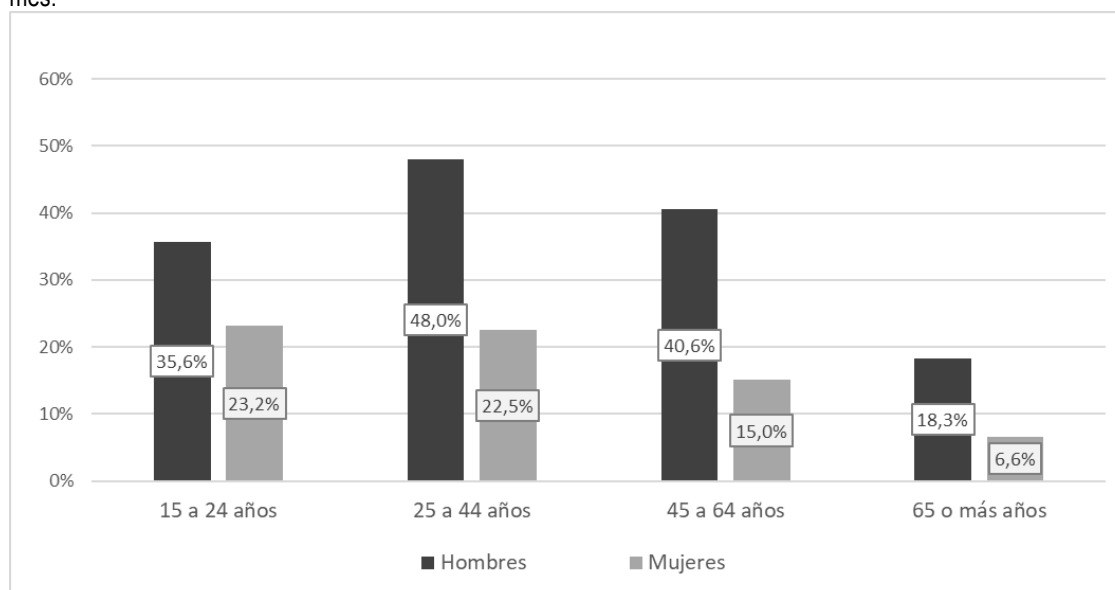
Gráfico 6: consumo de alcohol excesivo episódico o circunstancial en mayores de 15 años según grupo de edad y sexo, medido como aquellas mujeres que toman 4 o más tragos y hombres que toman 5 o más tragos con una frecuencia mayor a la mensual.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

La prevalencia de beber excesivo episódico, medido como los hombres que toman más de 4 tragos y las mujeres que toman más de 3 tragos a lo menos una vez en los últimos 30 días, fue de 28,7%, alcanzando el 39,8% en los hombres y el 18,0% en las mujeres. En el Gráfico 7 se puede observar las prevalencias por grupo etáreo y sexo.

Gráfico 7: Consumo de alcohol excesivo episódico o circunstancial en mayores de 15 años según grupo de edad y sexo, medido como aquellas mujeres que tomaron 3 o más tragos y hombres que tomaron 4 o más tragos en el último mes.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

En los bebedores actuales, el promedio del máximo de tragos que ha consumido en los últimos 12 meses fue de 5,0 tragos, con una mediana de 4 tragos y un intervalo intercuartil que va de 3 a 6 tragos. En los bebedores que en el último año refieren una frecuencia de consumo a lo menos mensual, el promedio del máximo de tragos fue de 6,4 tragos, con una mediana de 5 tragos y un intervalo intercuartil de 3 a 8 tragos. El percentil 90 en este caso alcanza los 10 tragos (Tabla 8).

Tabla 8: Número máximo de tragos para personas que han consumido el último año según frecuencia de consumo y sexo. Chile, 2016-17.

	Casi todos los días		Semanalmente		Mensualmente		Menos de 1 vez al mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Media	6,9	3,6	7,6	5,2	7,7	3,9	3,9	2,5
P10	2,0	0,5	3,0	2,0	3,0	1,0	1,0	0,5
P25	3,0	2,0	4,0	3,0	4,0	2,0	1,5	1,0
P50	5,0	3,0	6,0	4,0	6,0	3,0	3,0	2,0
p75	10,0	4,0	10,0	6,0	10,0	5,0	5,0	3,0
P90	12,0	7,0	14,0	10,0	15,0	7,0	8,0	4,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

En relación a las consecuencias regulares del consumo de alcohol, el 7,9% (IC95% 6,4% - 9,6%) de los bebedores refiere haber tenido a lo menos un problema mensualmente en el último año.

Este porcentaje es mayor en el hombre (10,9%) que la mujer (3,9%), diferencia que es estadísticamente significativa. Por otro lado, sería más frecuente en menores de 45 años, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Un 2,6% de los mayores de 15 años refieren que ellos u otra persona resultó herida alguna vez en la vida como consecuencia de haber consumido alcohol, al 1,2% le sucedió en el último año. Este porcentaje aumenta de 0,6% en abstemias de uno o más años a un 11,5% en bebedores de 4 o más veces por semana en el último año.

Evaluación del riesgo

El porcentaje de población en riesgo de presentar problemas a la salud como consecuencia del consumo de alcohol varía según el método de estimación. Con los datos de la ENS 2016-17, es posible realizar al menos 4 estimaciones, que daría cuenta de partes del problema o bien riesgos diferentes. Para todas estas estimaciones, sin embargo, el riesgo es mayor en el hombre.

En las tres primeras estimaciones de la Tabla 9, se da cuenta de dos componentes del patrón de consumo que se superponen, uno correspondiente al consumo regular o promedio y el segundo del intenso episódico. La diferencia entre ambos es de 5-6 puntos porcentuales y el aumento que genera el consumo intenso esporádico sobre el consumo regular es de 9 a 11 puntos porcentuales, mostrándonos una importante superposición y como el consumo intenso esporádico, pareciera ser el principal factor del riesgo en el país.

Tabla 9: Porcentaje de la población mayor de 15 años en riesgo de daño a la salud según diferentes métodos de evaluación, según sexo.

	Ambos sexos	Hombre	Mujeres
Consumo regular	34,0%	44,9%	23,3%
Consumo intenso esporádico	28,7%	39,8%	18,0%
Consumo integrado	39,9%	52,7%	27,4%
Audit >8 puntos	12,7%	21,8%	3,8%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17.

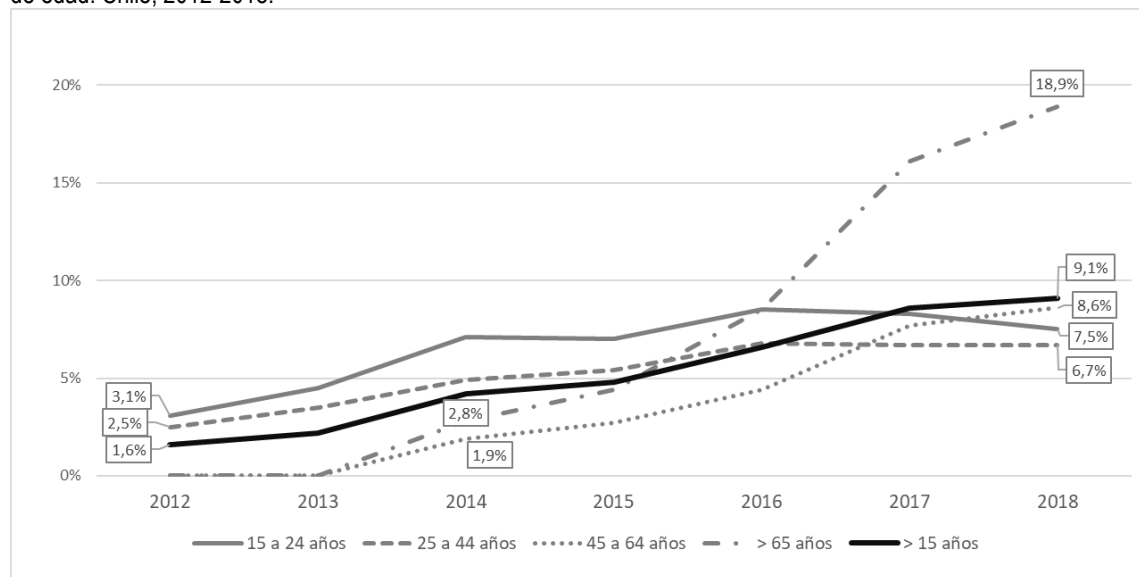
La diferencia que se observa con el resultado de la estimación del Audit puede explicarse en que los riesgos de los cuales las mediciones dan cuenta, son diferentes. En el caso del Audit, el instrumento se utiliza como screening de consumo riesgoso, consumo perjudicial y dependencia, pero la sensibilidad para consumo de riesgo en el punto de corte usado sería de un 80%

aumentando a un 87% para dependencia, lo cual dejaría un porcentaje de población con consumo riesgoso como falso negativo. En el caso de la estimación por consumo integrado, solo se considera el volumen total del consumo de último año, independiente de si este consumo ha traído consecuencias sociales o de salud, y por lo tanto, da cuenta de etapas previas en la historia natural de la enfermedad. Por otro lado, es posible que la estimación del consumo integrado, sobreestime los niveles de consumo en la población que indica un rango de consumo y se registra el consumo mayor, si ese límite superior da cuenta de su consumo intenso episódico, o bien por el proceso de categorización de una variable que en esencia es continua.

-Tamizaje de Consumo de Alcohol de Riesgo

Entre el año 2012 y el 2018, el número de evaluaciones de riesgo por consumo de alcohol en mayores de 15 años a través del AUDIT aumentó de 220.068 a 1.202.368, determinando un incremento en la razón de AUDIT realizados sobre población mayor de 15 años de 1,6% a 9,1% (Gráfico 8).

Gráfico 8: Razón de test de tamizaje de consumo de riesgo de alcohol realizados sobre total de población, por grupo de edad. Chile, 2012-2018.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

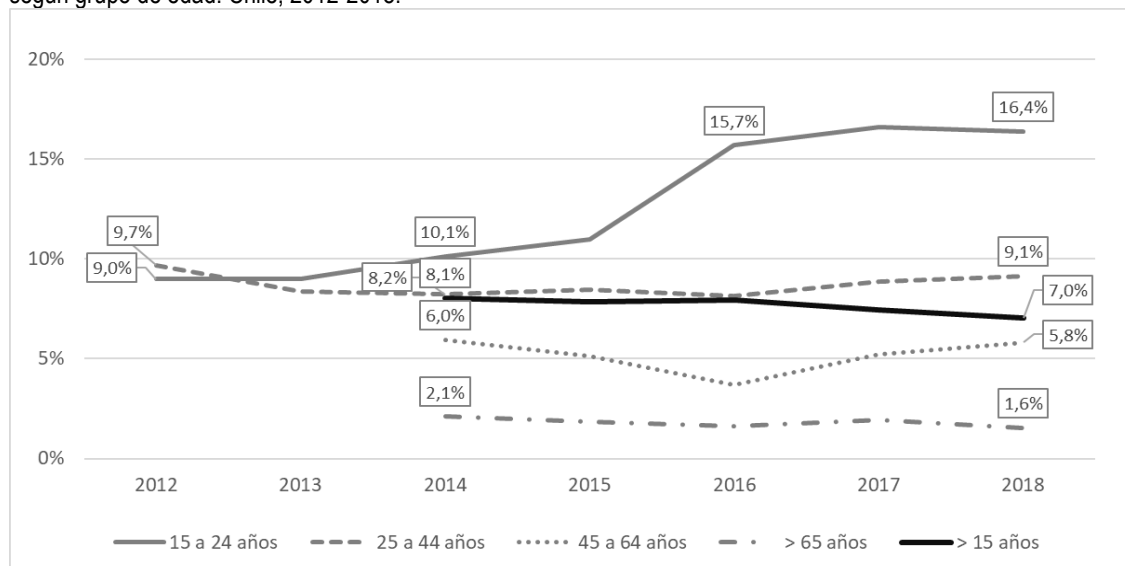
El 81,7% de las evaluaciones por alcohol y drogas se hacen en población > de 25 años, divididos en forma homogénea en los grupos de 25 a 44 años, 45 a 64 años y mayores de 65 años. El aumento de la razón de tamizaje se ha dado en todos los grupos de edad, sin embargo, entre los 15 y los 44 años se ha mantenido más estable y el crecimiento ha sido en fundamentalmente por

el grupo de 45 a 64 años y el de mayores de 65 años, quienes comenzaron a ser tamizados el 2014 y alcanzaron una razón de 18,9% el 2018 (este último grupo de edad grupo en particular es el que qué tiene los menores consumos).

De acuerdo a los datos aportados por DIPRECE y DEIS, el número de tamizajes de alcohol en personas de 15 a 24 años realizados a partir del 2012 en Chile, aumentó de 88.292 a 198.054 el 2018, lo que determinó un aumento de la cobertura sobre la población inscrita del mismo rango etario de 3,9% a 9,7%. Cuando se estima sobre la población total del país de ese mismo grupo etario, la cobertura de tamizaje baja a 3,0% el 2012 y 7,5% el 2018.

Entre el 2014 y el 2018, la positividad a consumo de riesgo en mayores de 15 años cambió de 8,1% a 7,0%. Las mayores positividadas se dan en el grupo de 15 a 24 años, particularmente a partir del 2016, posiblemente por la introducción del CRAFFT y el ASSIST como test de evaluación⁹, luego hay una gradiente hasta el grupo de mayores de 65 años, que tienen positividadas de 2,1% el 2014 y 1,6% el 2018 (Gráfico 9).

Gráfico 9: Proporción de test de tamizaje de consumo de alcohol y drogas con resultados de riesgo intermedio o alto, según grupo de edad. Chile, 2012-2018.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

De acuerdo a los REM, hasta el 2015, sobre el 100% de los resultados positivos para consumo riesgoso recibían intervenciones breves para alcohol. Desde el 2016, solo una fracción de los positivos de riesgo intermedio y alto recibían intervención breve, lo cual esté probablemente

⁹ El registro de resultados de las evaluaciones no permite discriminar por test aplicado y a que es positivo.

asociado al inicio del uso de los test CRAFFT y ASSIST (o su registro). Desde el 2016 se observa una caída de este porcentaje de 61% a 44%. En números brutos, las intervenciones breves por alcohol disminuyeron de 46.523 a 41.716 durante ese mismo periodo. El grupo que más baja es el grupo de 15 a 24 años con una caída de 66% a 37% (Tabla 10), no obstante, entre el 2012 y el 2018 aumentó de 9.972 a 11.866, con un máximo de 33 mil el 2015.

Tabla 10: razón entre test realizados con resultado de riesgo intermedio y alto de consumo.

Grupo de edad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
15 a 24 años	125%	153%	144%	156%	66%	43%	37%
25 a 44 años	68%	74%	74%	86%	57%	51%	48%
45 a 64 años			50%	58%	54%	46%	45%
> 65 años			46%	64%	56%	49%	53%
> 15 años			101%	110%	61%	47%	44%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Cuando se miden las intervenciones breves realizadas sobre el número de personas a las que se les realizó el tamizaje como plantea el indicador, en el grupo de mayores de 15 años, el porcentaje baja de 8,2% a 3,1%, en tanto en el grupo de 15 a 24 años de 14,6% a 6,0%.

El número de derivaciones por potencial dependencia a alcohol luego del test se ha mantenido en torno a los 14 mil entre el 2014 y el 2018 (bajando a 10 mil el 2015 y 2016). El porcentaje de los test que resultaron positivos con riesgo alto y fueron derivados, entre el 2014 y el 2018 bajó de 104% a 50%.

2. Análisis de la Planificación Operativa Anual.

2.1 Intervenciones y Estrategias desde el Sistema de Salud.

Desde el año 2016, Chile cuenta de manera específica con el Programa Nacional de Detección, Intervención y Referencia Asistida en consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas (Programa DIR), el que emerge a partir de las intervenciones en Alcohol y Drogas que, desde el 2011, se desarrollaban en el Programa Vida Sana. Este programa de implementación en la Atención Primaria (APS) incluye un conjunto de acciones simples y estructuradas que son ejecutadas en el marco de las acciones regulares de salud como el Examen Médico Preventivo (EMP), control de salud integral del adolescente, del embarazo, de enfermedades crónicas, consultas de morbilidad y acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud.

Además, el Programa presenta dos componentes que es el tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a través de los instrumentos AUDIT, ASSIT y CRAFFT; y las intervenciones breves para reducir tal consumo (48).

Las intervenciones breves abordan el consumo riesgoso de alcohol, buscando promover cambios en el patrón de consumo de la persona. Para eso, dentro de las atenciones regulares de salud en la APS, se evalúa el nivel de riesgo en el consumo a través del cuestionario AUDIT y se aplican las intervenciones según el nivel de riesgo encontrado: intervención mínima para un bajo nivel de riesgo (preventiva), intervención breve para un consumo de riesgo (promover cambios de patrón) y derivación asistida para consumo problemático o dependencia (profundiza la evaluación del caso) (49). De esta manera, con base a las intervenciones realizadas, el propósito perseguido atiende a la necesidad de contribuir a elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Desde el Nivel Central, anualmente se ha orientado el desarrollo de este Programa, enfatizando aspectos técnicos, programáticos y financieros. Así mismo, el desarrollo de las intervenciones planteadas respecto del Programa, se ha traducido año a año en actividades formuladas y ejecutadas en los distintos niveles del sector, a través de la Planificación Operativa Anual (POA). En este sentido, se considera que el cumplimiento de estas actividades contribuirá en buena medida a alcanzar los objetivos planteados en la Estrategia Nacional de Salud, en cada uno de los niveles de su cadena de resultados (impacto, resultado esperado, resultado inmediato).

En el contexto de esta Estrategia, el tema consumo riesgoso de alcohol se ha enfocado en adolescentes y adultos jóvenes siendo relevado como uno de los principales factores de riesgo para la muerte prematura y una mayor carga de enfermedad en relación directa con la aparición de enfermedades no transmisibles y los accidentes de tránsito (48). Así, existe claridad en que el logro del objetivo de mayor nivel solo puede darse en la medida que exista una combinación de intervenciones ejecutadas desde distintos sectores u organismos, siendo estas complementarias o realizadas en forma conjunta al sector salud.

La coordinación y seguimiento de la planificación operativa anual es realizada por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), el que

además tiene entre sus funciones, el monitorear y evaluar las metas sanitarias, a través de sus indicadores.

Respecto del tema consumo riesgoso de alcohol, en el ejercicio de las funciones de evaluación y monitoreo de la Estrategia Nacional de Salud, se ha podido establecer un estado de “cumplimiento” a nivel nacional para la meta “disminuir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años”, ya que a 2016 la prevalencia de consumo de riesgo en esta población es de 16,2%, cuando la meta 2020 establecida consideraba un valor de 17,1%. De acuerdo a esto, a nivel regional, La Araucanía y Maule son las regiones con peores resultados, con prevalencias de 28,5% y 24,7%, respectivamente; siendo Atacama, los Lagos y Tarapacá las que para este mismo año presentan mejores resultados con un 9,6% ,12,6% y 12,3%, respectivamente (5).

Con respecto a los Resultados Esperados, existe un estado de cumplimiento respecto del RE 1 “Aumentar la cobertura de detección de consumo de riesgo de alcohol”, toda vez que a nivel país en 2016, el porcentaje de personas inscritas en centros de salud entre 15 y 24 años con aplicación de instrumento para el tamizaje fue de 11%, siendo superior a la meta 2020 (10%). A nivel regional, destaca Antofagasta (20,2%) y Magallanes (33,3%) como aquellas con mejor desempeño en razón de su incremento gradual y sostenido. En contraste con Los Ríos y La Araucanía quienes, a pesar de presentar una tendencia al aumento, sus valores aún se mantienen lejos de la meta, siendo estos 6,6% y 7,1% respectivamente (5).

En cuanto al RE 2 “Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo de alcohol”, la meta establecida al 2020 fue lograr que un 10% de las personas entre 15 y 24 años que, siendo tamizadas, reciben intervención breve para reducir su consumo. En este marco, en el año 2016 se observó un estado de cumplimiento a nivel país, dado que se logró un 10,3% en este indicador. Para este mismo año, las regiones que presentan mayor porcentaje de intervención breve son Maule (24%) y Aysén (18,6%); y las que presentan menor porcentaje son Magallanes (0,1%) y Antofagasta (2%).

Asimismo, respecto del RE 3 “Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo” se encuentra cumplido, ya que a 2018, la proporción de SEREMIS que desarrollan al menos dos líneas de acción de la estrategia nacional de alcohol es del 100%. Esta variabilidad en el alcance de los objetivos propuestos pone de manifiesto la necesidad de indagar sobre la tendencia y alcance de las intervenciones estratégicas implementadas para abordar este tema de salud.

A partir del Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO) como herramienta disponible para hacer seguimiento de dicho proceso, se realizó un análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018. Esto, con el fin de identificar la tendencia de las intervenciones realizadas a nivel nacional durante el mismo periodo, conocer las características y alcances de las intervenciones realizadas, tanto a nivel nacional como regional e identificar posibles causas que expliquen los hallazgos encontrados. Esto teniendo en cuenta las limitaciones antes descritas para la planificación operativa.

De acuerdo a lo anterior, se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades ejecutadas (POA Ejecutado) para los años descritos, siendo estas filtradas a partir del Objetivo de Impacto “reducir el consumo riesgoso de alcohol en población de 15 a 24 años”. Desde ahí se observaron los Resultados Inmediatos (RI) con mayor planificación en cada uno de los Resultados Esperados (RE), de modo de poder establecer el enfoque de las acciones del sector. Por cada Resultado Inmediato (RI) se seleccionaron al azar 3 actividades y se revisaron sus medios de verificación, de tal manera que, al lograr un acercamiento a la ejecución de estas, se hiciera posible identificar alcances y posibles nodos críticos.

De forma complementaria, las actividades de cada RI fueron revisadas, y clasificadas según categorías relacionadas con acciones propias de la autoridad sanitaria.

De acuerdo a esto, se revisaron 141 actividades para el período 2016-2018. De éstas, 30 estaban relacionadas con el RE 1 “Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol”, 65 con el RE 2 “Aumentar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo de alcohol” y 46 con el RE 3 “Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de riesgo” (Tabla 11).

Tabla 11: Distribución actividades tema Alcohol.

Categoría	2016	2017	2018	Total Periodo
Total actividades POA: OI Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.	38	71	62	171
Total actividades POA: RE 1 Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol.	8	25	7	40
Total actividades POA: RE 2 Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo.	18	25	29	72
Total actividades POA: RE 3 Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de riesgo.	12	21	26	59

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

2.2 Descripción de Actividades Ejecutadas Según Resultado Esperado (RE).

Actividades relacionadas con RE1 “Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol”

Respecto del Resultado Esperado “Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol”, se observa que con mayor frecuencia se planifican y ejecutan actividades en torno al Resultado Inmediato “Apoyar y fortalecer la implementación de detección del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes, y en gestantes, en el marco del Programa DIR de intervenciones breves en alcohol y drogas”. En su mayoría, son actividades de capacitación, coordinación y monitoreo, con un 36,6%, 23,3% y 26,6%, respectivamente:

- Las actividades de **capacitación** están abocadas al desarrollo de jornadas dirigidas a profesionales de la red de atención de salud, específicamente del nivel primario de atención.
- Las actividades de **coordinación** se centran en la realización de reuniones entre referentes del Programa DIR, adolescentes, así como en la firma de convenios con Municipalidades.
- Las actividades de **monitoreo** se centran en el seguimiento de la cobertura de aplicación de instrumentos de tamizaje en adolescentes y gestantes.

En la Tabla 12 se puede observar la descripción y enfoque de las actividades de los Resultados Inmediatos más prevalentes en torno al RE1.

Tabla 12. Enfoque de actividades RE1 "Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol".

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol (N=40).	Apoyar y fortalecer la implementación de detección del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes, y en gestantes, en el marco del Programa DIR de Intervenciones Breves en alcohol y drogas (N=30).	Las actividades están enfocadas principalmente a mejorar las competencias de los profesionales de la red en detección, intervención precoz y tratamiento con consumo de riesgo y problemático de alcohol. Las que están dirigidas a todo el equipo de salud o en específico a profesionales que se desempeñan en los espacios amigables y/o llevan adelante los programas de salud del adolescente y la gestante. También se desarrollan reuniones entre los referentes técnicos del programa DIR, y se participa de mesas regionales intersectoriales relacionadas con el tema; siendo ejecutadas de manera constante actividades de monitoreo de la aplicación de instrumentos de tamizaje.	A través de los medios de verificación se puede observar una distribución ordenada de los contenidos según el rol que desempeña el profesional, y el énfasis en fomentar la aplicación de los instrumentos de tamizaje (SS Arica, 2016 y 2018; SS Talcahuano 2018). Solo en una actividad se evaluó la adherencia a los contenidos (SS Arica, 2018). El trabajo sectorial e intersectorial (SENDA-SENAME) está centrado en la firma de convenios (PRAPS) con municipalidades, en la unificación de sistemas de registro (SS Ñuble, 2016), formulación de actividades comunitarias y de capacitación (SS Araucanía Norte, 2017), diseño de Planes de Trabajo Regionales (SEREMI Aysén, 2017) y desarrollo de ajustes en la gestión de la red con efectos de mejora en la cobertura (SS Aysén, 2017). En cuanto al monitoreo, se describen problemas de registro y notificación por parte de equipos de salud en comunas con convenio (SS Reloncaví, 2017).

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

Es importante señalar que para dar alcance a este resultado esperado se considera necesario “intensificar la implementación de detección del consumo de riesgo de alcohol en diversas instancias de atención regular de salud (control del joven sano, espacios amigables, consultas de morbilidad, etc.), así como fuera de los establecimientos de salud”, siendo este un resultado inmediato para el tema. Sin embargo, se observa escasas de actividades realizadas fuera de los establecimientos de salud con participación de la comunidad. Durante el periodo analizado, en el POA solo se encontraron dos actividades con este propósito.

Como resultado del proceso anterior fueron identificados algunos nodos críticos que pudiesen limitar el avance hacia los resultados esperados, siendo su reconocimiento insumo para el establecimiento de acciones de mejora. Respecto de este Resultado Esperado, los nodos evidenciados se relacionan con actividades de capacitación que no son evaluadas respecto de cobertura de profesionales capacitados y/o adherencia a los contenidos; falta de unificación de sistemas de registros con el intersector, lo que no permite construir diagnósticos regionales con total confiabilidad; falencias en los registros estadísticos sobre todo en centros municipalizados, lo que dificulta la construcción de informes y genera incongruencias entre lo reportado por los establecimientos y los servicios. Así mismo, se evidencian situaciones de baja derivación ante resultados de consumo perjudicial y baja congruencia entre resultados de consumo de riesgo detectado e intervenciones breves realizadas.

Actividades relacionadas con RE2 “Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo”

Respecto de este Resultado Esperado se observa que para el período 2016-2018, las acciones se enfocan prioritariamente en el RI “Fortalecer la Implementación de intervenciones breves/motivacionales del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes y en gestantes. Será obligatorio donde se esté implementando el Programa Intervenciones Breves en alcohol”, seguido del RI “Intensificar la implementación de intervenciones breves en alcohol en diversas instancias de atención regular de salud (control del joven sano, espacios amigables, consultas de morbilidad, etc.), así como fuera de los establecimientos de salud”.

En este periodo, dichos RI suman 46 actividades, siendo las actividades de capacitación, monitoreo y supervisión las realizadas con mayor frecuencia, con una distribución de 32,6%, 19,5% y 15,2%, respectivamente:

- Las actividades de **capacitación** se centran en el desarrollo de jornadas de dirigidas a los equipos de salud de los Centros de APS.
- Las actividades de **monitoreo**, se centran el seguimiento del proceso de pesquisa y la aplicación de instrumentos para el mismo, así como de la congruencia entre la pesquisa y la intervención inmediata realizada según corresponda.
- Las actividades de **supervisión** involucran actividades de seguimiento al Programa DIR en el contexto de convenios con municipalidades, y de la ejecución de procedimientos de pesquisa/intervención a partir de pautas.

En la Tabla 13 se puede observar la descripción y enfoque de las actividades de cada uno de los RI analizados para el RE 2.

Tabla 13. Enfoque de actividades RE 2 “Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo”.

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo (N=72).	Fortalecer la Implementación de intervenciones breves/motivacionales del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes, jóvenes y en gestantes. Será obligatorio donde se esté implementando el Programa Intervenciones Breves en alcohol (N=33).	Las actividades están enfocadas principalmente a mejorar las competencias de los profesionales de la red en detección, intervención precoz y tratamiento de personas con consumo de riesgo y problemático.	Las jornadas son realizadas con promedio de 1 día de duración; las estrategias pedagógicas utilizadas con mayor frecuencia son exposiciones magistrales (SS Talcahuano, 2016; SS Ñuble, 2017; SS Aconcagua, 2018), encontrándose sólo un caso de talleres “entrenamiento” de intervención (SS Arica, 2016). En ninguna actividad se evaluó la adherencia a los contenidos. Se describe un incremento en la cobertura de aplicación de tamizajes en población adolescente (SS Aconcagua, 2018).
	Intensificar la implementación de intervenciones breves en alcohol en diversas instancias de atención regular de salud (control del joven sano, espacios amigables, consultas de morbilidad, etc.), así como fuera de los establecimientos de salud (N=13).	Específicamente están dirigidas a médicos, matrones y enfermeros que laboran en Programa DIR, salud del adolescente y salud de la mujer. Por otro lado, se evidencia que el monitoreo está centrado en la	

		<p>cuantificación de tamizajes realizados y las intervenciones correspondientes. Las actividades de supervisión están enfocadas en la evaluación de la eficiente ejecución del Programa DIR en Centros de APS, con cierto grado de especificidad en la aplicación de instrumentos de tamizaje y registro. Estas se realizan en terreno, a partir de pautas elaboradas por cada organismo.</p>	<p>Existe disparidad entre lo reportado por los establecimientos y lo registrado en el REM (SS Aysén 2016 y 2017, SS Aconcagua, 2018). Se evidencia casi total cumplimiento de las metas establecidas en cuanto a tamizaje, instrumento utilizado e intervenciones (SS Arica 2016 y 2018; SS Chiloé, 2016). Sin embargo, no existen descripciones en cuanto a la medición de la calidad de estos procedimientos. Se destacan problemas de registro asociados a exceso de trabajo y escasas de herramientas tecnológicas (SS Viña del Mar, 2018), e incongruencias entre el proceso de detección e intervenciones aplicadas, sobre todo en el marco de adolescentes de 10-13 años, por falta de definiciones al respecto.</p>
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

Respecto de este Resultado Esperado, es importante denotar el énfasis que poseen las actividades realizadas con mayor frecuencia respecto de sus propósitos, esto es, lograr altos niveles de adherencia y aplicación de las herramientas de tamizaje por parte de los profesionales de la red a cargo de programas intervinientes en la población objetivo, así como el aprovechamiento de ese espacio físico-temporal, para la realización de la intervención según corresponda. Lo que al parecer

puede tener relación con los ajustes realizados en el Programa DIR, cuando se incorporó el tema de drogas y se dio la ampliación de la oferta de instrumentos de tamizaje.

Por otro lado, los nodos críticos evidenciados se relacionan con actividades de capacitación que no son evaluadas en cuanto a impacto y/o adherencia a los contenidos, aunque no se puede desestimar una relación positiva entre estas y el incremento de las acciones de detección e intervención que se observa desde el indicador.

Así mismo, se encuentran dificultades en los registros para el control de actividades de tamizaje-intervenciones, en el sentido que los instrumentos para hacerlo (formato REM) no permite desagregación para gestantes, o sus encabezados aluden a ejecuciones de profesionales DIR y no de otros programas. También, se describen problemas en los registros asociados con falta de comunicación efectiva entre Servicios de Salud y Centros municipalizados, además de situaciones de baja derivación o falta de intervenciones breves ante resultados de consumo perjudicial específicamente en adolescentes.

Actividades relacionadas con RE3 “Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de riesgo”

Respecto de este Resultado Esperado, se observa que para el período 2016-2018, las acciones se enfocan prioritariamente en los RI “Contar con un diagnóstico regional actualizado anualmente sobre consumo de alcohol – conjunto con SENDA regional – que incluya análisis particular de la situación de la población entre 15 a 24 años, incluyendo información cuantitativa disponible” y “Contar con un Plan de Acción Regional 2017-2020 – conjunto con SENDA – así como con planificaciones regionales anuales en este marco, con la participación del intersector representado en la Mesa Regional de coordinación liderada por SEREMI de Salud-SEND A”. De esta manera, las actividades para estos RI son 65 en total, siendo el monitoreo y la coordinación las realizadas con mayor frecuencia en ambos casos, pero con distribución diferente. Así, sobresale en el primer caso el monitoreo y en el segundo la coordinación, lo que es esperable dado el tipo de resultado planteado:

- Las actividades de **monitoreo**, se centran en el seguimiento al proceso de pesquisa y realización de intervención esperada según el caso; elaboración de catastros de lugares expendedores en las comunas, y dispositivos de respuesta desde la comunidad.

- Las actividades de **coordinación** se centran en el desarrollo de reuniones de las mesas intersectoriales instaladas; además de reuniones de referentes temáticos SEREMI, SS y profesionales de centros de APS de los distintos programas relacionados con el tema.

En la Tabla 14 se puede observar la descripción y enfoque de las actividades de cada uno de los RI analizados para el RE3.

Tabla 14. Enfoque de actividades RE3 “Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de riesgo”.

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo (N=59).	Contar con un diagnóstico regional actualizado anualmente sobre consumo de alcohol – conjunto con SENDA regional – que incluya análisis particular de la situación de la población entre 15 a 24 años, incluyendo información cuantitativa disponible (N= 33).	Las actividades están enfocadas en la recopilación de información que permita establecer el estado de situación del tema a nivel regional, a partir de condiciones del territorio e intervenciones realizadas, con la consecuente elaboración de diagnósticos. Así mismo, dado que el proceso se sustenta en el desarrollo de un trabajo intersectorial, son frecuentes la realización de reuniones. Siendo estos espacios para el levantamiento, consolidación e interpretación de la información, cuando obedecen a las de tipo sectorial entre los participantes, se encuentran referentes del programa adolescente.	Los medios de verificación dan cuenta de procesos de gestión para el levantamiento de la información que incluye patentes y aplicación de ley de expendio y consumo (SEREMI Los Lagos, 2016. Ordinario 468). También se realiza la medición de alcances de metas en el sector salud y se elaboran diagnósticos del tema, los que describen perfiles de consumo (Bio Bio, 2016; SS Maule, 2018). No se encuentran actividades alusivas a procesos de difusión de los mismos. Sólo un organismo describe la utilización de estos en la toma de decisiones y planificación (SEREMI Coquimbo, 2017).

	<p>Contar con un Plan de Acción regional 2017-2020 – conjunto con SENDA – así como con planificaciones regionales anuales en este marco, con la participación del intersector representado en la mesa regional de coordinación liderada por SEREMI de Salud-SENDA (N=32).</p>	<p>Las actividades están enfocadas en la elaboración de un Plan de Trabajo Intersectorial, el que incluye actividades de capacitación, comunicación y actividades con la comunidad.</p>	<p>A partir de los medios de verificación, se observan planes enfocados en la programación de actividades y concertación de reuniones. Las actividades involucran sectores de relevancia en el tema como educación (SS Iquique, 2016; SEREMI Tarapacá, 2018). Dentro de los problemas abordados, destacan la estigmatización en consumidores.</p> <p>No existen descripciones de cómo se plantea la ejecución del trabajo (recursos, evaluación) que posibilitará el desarrollo del Plan.</p>
--	---	---	---

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

En esta misma línea de análisis fueron revisados los informes de evaluación de Resultados Inmediatos Obligatorios asociados al tema y que fueron presentados por dos de los organismos en el marco de la Meta de Compromiso de Desempeño N.1 “Elaborar, ejecutar, monitorear el Plan Operativo de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) en torno a los resultados inmediatos establecidos en los lineamientos temáticos”. Esto se realizó solo para el RE 3, toda vez que no existieron informes en el periodo alusivos a los otros resultados.

A partir de ellos se pudo observar que el funcionamiento de la mesa intersectorial necesaria para contar y ejecutar el plan regional no es igual en todas las regiones, encontrándose descripciones de mayor interés y compromiso en la participación de los organismos convocados en algunos casos (SEREMI Tarapacá, 2017), en contraste con nula participación en otros. Así mismo, se devela “falta de lineamientos desde el Nivel Central sobre objetivo y rol de la mesa” y escasos de recursos para el buen desarrollo de las actividades (SEREMI Coquimbo, 2018).

Respecto de este Resultado Esperado, los nodos críticos aluden a escasos procesos de difusión de diagnósticos regionales lo que resta su oportunidad de utilización en los procesos de

planificación en las distintas instancias de trabajo; escasas de claridad y/o falta de orientaciones desde el Nivel Central para el desarrollo del trabajo intersectorial demandado y, con ello, falta de inclusividad en las actividades intersectoriales programadas en el Plan, lo que puede estar limitando su alcance.

2.3 Análisis de resultados a Nivel Regional.

Para el análisis regional, se analizaron las dos regiones que en el año 2016 tenían las menores tasas de prevalencia de consumo de riesgo en población de 15 a 24 años siendo estas Atacama y Tarapacá, en comparación con las dos que presentaban las mayores tasas (Araucanía y Maule). En este sentido, es importante aclarar que la cadena de resultados del tema alude en forma exclusiva a intervenciones realizadas desde el sector salud, por lo que es importante considerar que en este análisis no se contempla la influencia de medidas implementadas desde otros sectores sobre los resultados de este indicador (por ejemplo, la Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas del SEDA y la Ley Tolerancia Cero al manejo en estado de ebriedad). Por otro lado, cabe mencionar que el POA aún posee limitaciones como fuente de información, ya que aún no refleja en un 100% el proceso de planificación-ejecución desarrollado por los organismos. Esto determina que existan esfuerzos regionales y locales que no son visibles en el mismo. Es por esto que, en una fase posterior de esta revisión crítica, se espera que los referentes temáticos puedan aportar informaciones desde de su realidad local, a fin de explicar las diferencias mencionadas.

Dando continuidad al análisis, se observa un enfoque de actividades completamente distinto entre las regiones con menores prevalencias de consumo de riesgo y aquellas con tasas que incluso se mantienen bastante alejadas de la meta. De acuerdo a esto, en la planificación construida en los años 2016 y 2017 para las regiones de Atacama y Tarapacá, se observa una tendencia al levantamiento de información y a la construcción e implementación de estructuras funcionales de trabajo intersectorial regional con sus respectivos planes de trabajo; los que son elaborados, implementados y evaluados. Por otro lado, se observa un enfoque permanente en la realización de actividades de instrucción, monitoreo y supervisión a los equipos de salud en APS encargados de aterrizar las intervenciones sectoriales que son hito en este tema (tamizaje-intervenciones breves/motivacionales).

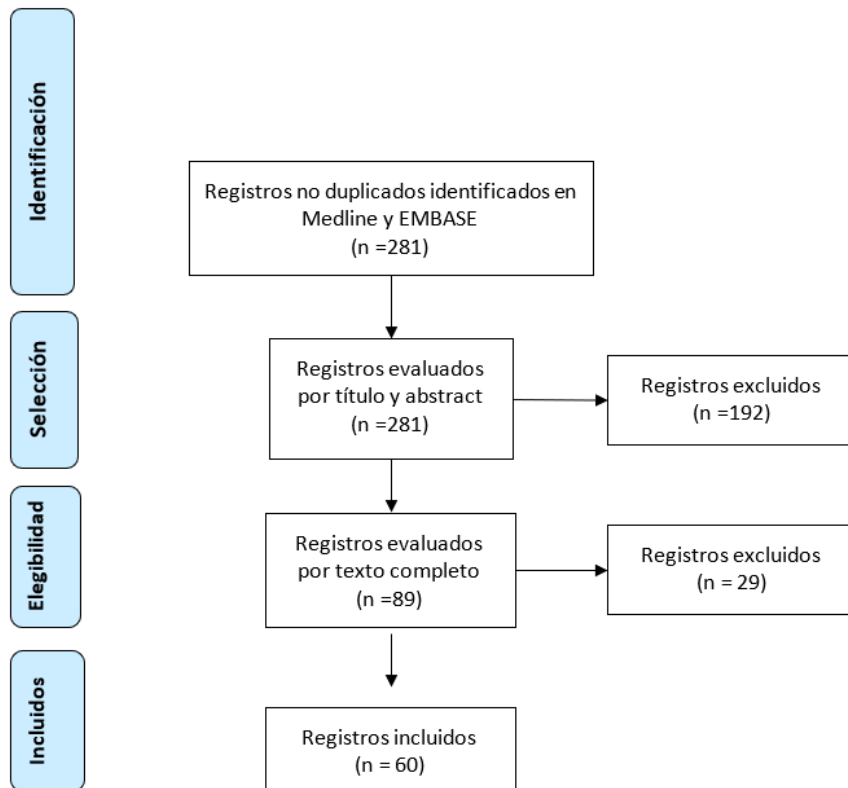
En contraste, en el POA de los años mencionados para las regiones de Araucanía y Maule, se observa una tendencia en la concentración de esfuerzos hacia la capacitación de profesionales y el monitoreo de la aplicación de herramientas de tamizaje demandadas a través de las orientaciones, y las metas de desempeño del sector. Se exhibe solo en el segundo año (2017) la aparición de actividades de supervisión a los centros de tratamiento que están dentro del convenio SENDA-MINSAL.

Estas particularidades regionales en cuanto a la planificación operativa y sus resultados a nivel país y regional, nos permitirían establecer preliminarmente que sí existiera una relación causal entre las actividades realizadas en el sector y el nivel de impacto que se observa en el nivel más alto de la cadena de resultados, aquellas regiones que incorporan un enfoque integral del problema, a partir de un trabajo intersectorial fortalecido, y un esfuerzo sectorial dirigido al seguimiento cuantitativo y de calidad de las medidas implementadas, conseguirían mejores resultados respecto de los indicadores establecidos.

3. Revisión de la Literatura.

Los resultados de la búsqueda arrojaron 281 referencias después de la eliminación de duplicados, que fueron reducidas a 89 después de la selección por título y resumen. Luego, en la identificación por texto completo se eliminaron 29 más, quedando un total de 60 revisiones sistemáticas a analizar (Figura 5). A través de esta revisión se identificaron 8 grupos de factores y 18 grupos de intervenciones, las que fueron incorporadas en el diagrama que se presenta en el análisis causal.

Figura 5: Diagrama de PRISMA con los resultados de búsqueda de evidencia realizadas para la identificación de revisiones sistemáticas que evaluaron intervenciones para disminuir el consumo de riesgo de alcohol en población entre 15 y 24 años.



Fuente: Elaboración propia Departamento ETESA, MINSAL.

3.1 Análisis del tema desde la perspectiva de la Cadena de Resultados.

Al revisar las intervenciones abordadas por cada una de las revisiones sistemáticas seleccionadas se generó el diagrama explicativo del problema, el cual fue complementado incluyendo las intervenciones encontradas en la revisión en cada uno de los sub-factores identificados.

Este diagrama describe al problema de consumo riesgoso de alcohol en población adolescente y adulta joven, con 8 factores determinantes: acceso, disponibilidad, conocimiento, percepción de riesgo, influencia de pares, influencia de padres o tutores, ambiente y tamizaje.

De manera general, se hizo un resumen de las principales intervenciones identificadas en la búsqueda de literatura:

- **Acceso:** Entendido como la disponibilidad y/o factibilidad de adquisición de bebidas alcohólicas por parte de adolescentes y adultos jóvenes. En este factor se encontraron dos intervenciones que se vinculan con el marco normativo de los países desarrollados, los cuales establecen la restricción de la venta de alcohol a menores. Estas correspondían al control policial y

comunitario que buscaba lograr mayor control en los puntos de venta de alcohol y el aumento de la edad mínima para la venta de alcohol (50–53).

- **Disponibilidad de alcohol:** Este factor es explicado desde los aspectos normativos que implican tener la posibilidad de adquirir bebidas alcohólicas. En este contexto, se encontraron intervenciones dirigidas al aumento de impuestos a través del marco normativo de alcohol de países desarrollados (51,53–56). Es importante señalar que los cuerpos de ley que incluyen el aumento de impuestos también consideran otros aspectos como la restricción en el consumo de alcohol por lugar o edad (51,53–56).
- **Conocimiento:** Información que acumula una persona a lo largo de su vida mediante la interacción con el ambiente. Se vincula a su vez con el proceso de comprensión de las cosas siendo integradas en estructuras cognitivas (57). Para este factor se encontraron las siguientes intervenciones:
 - a. Etiquetado: se refiere a las etiquetas dispuestas en las bebidas alcohólicas que informan sobre los efectos dañinos en relación con el consumo de alcohol (58).
 - b. Educación a distancia: modalidad de enseñanza que se realiza de manera no presencial y enfocada a la prevención del consumo riesgoso de alcohol, los cuales son parte de diferentes programas de consumo (59–62).
 - c. Charlas y/o talleres educativos: intervenciones que se dan, tanto en el contexto educativo, como en el contexto comunitario, enfocadas a la prevención del consumo riesgoso de alcohol por medio de la entrega de conocimientos de manera presencial (63–68). Estas intervenciones contemplan temáticas específicas en salud, así como respecto a legislación, conducción y accidentabilidad (69,70).
 - d. Apps: entrega de información digital, generando educación para la prevención del consumo de riesgo de alcohol a través de aplicaciones y el uso de dispositivos móviles, las cuales van desde el uso de recordatorios hasta video juegos (54,59,62,71–74).
- **Percepción de Riesgo:** Creencias, actitudes, juicios y sentimientos, valores y disposiciones sociales que las personas adoptan en relación con situaciones riesgosas y la evaluación que hacen sobre los beneficios (75). Se incluyeron dos sub-factores:
 - ✓ Factor comunicacional: que modificaría la percepción de riesgo al favorecer la problematización del consumo de alcohol, de manera riesgosa. Las intervenciones dirigidas al primer sub-factor incluyen:

- a. Campañas Comunicacionales: Corresponden a campañas publicitarias masivas, que incluyen diferentes medios como TV, Internet, radio, periódicos, carteles publicitarios, materiales impresos, cintas de video, oradores, recursos informáticos, eventos públicos, entre otros (76–78). Los cuales, mediante la advertencia, proporcionarían un mensaje sobre el efecto negativo del alcohol para la salud modificando la percepción de riesgo (58).
- ✓ Autoconciencia: entendida como la habilidad del individuo, caracterizada por el pensamiento autorreflexivo, autoevaluación e introspección (79). A continuación, se definen cada una de las intervenciones:
 - a. Terapia Cognitivo Conductual: Intervenciones enfocadas a la reflexión en torno a cómo piensa el individuo acerca de sí, de otras personas y del mundo que le rodea y cómo esto afecta sus pensamientos y sentimientos. Puede ayudar a cambiar la forma cómo se piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") (80–83).
 - b. Entrevista Motivacional: Es un tipo de consejería de carácter directivo que tiene el objetivo de cambiar el comportamiento al ayudar a las personas a explorar y resolver la situación de riesgo. Se centra y orienta al cumplimiento de metas personales y terapéuticas (84,85).
 - c. Consejerías Breves: Las consejerías breves incluyen el intercambio de mensajes verbales y de información para la cesación de determinada conducta no beneficiosa. La consejería breve corresponde a una intervención inicial enfocada al cambio de comportamiento (70,82,86).
 - d. Coaching: corresponde a un entrenamiento personalizado y confidencial que busca potenciar ciertas habilidades como el liderazgo y el afrontamiento de situaciones adversas (87–89).
- **Influencia de Pares**: las intervenciones dirigidas a este factor se encuentran contenidas en el Coaching y Consejerías breves, definidas anteriormente.
- **Influencia de Padres y/o Tutores**:
 - a. Taller de responsabilidad parental: Se refiere a las actividades educativas destinadas a desarrollar herramientas en los padres para la prevención de consumo de riesgo de

alcohol, que busca generar capacidades prácticas en los padres para responder a los cambios de los hijos (64,68,90–92).

- b. **Consejerías:** se refiere al intercambio de mensajes verbales y el intercambio de información para la cesación de determinada conducta no beneficiosa. La consejería corresponde a una intervención inicial enfocada al cambio de comportamiento (64,93).
- **Ambiente:** Corresponden a diferentes intervenciones que mediante su implementación promueven la modificación del ambiente social y cultural. Algunas de ellas corresponden a actividades recreacionales implementadas en las escuelas o fuera de éstas, tienen como objetivo el buen uso del tiempo libre. Estas intervenciones son parte de programas multicomponentes de desarrollo positivo que buscan generar oportunidades de participación social y establecimiento de normas sociales en diferentes contextos (por ejemplo, familia, escuela o barrio) (94–98). Otras de las intervenciones corresponden a acciones comunitarias por medio del establecimiento de monitores activos que pertenecen a su comunidad, cuyo objetivo fue promocionar barrios y/o comunidades saludables y seguras a través del control del acceso y uso de alcohol por los jóvenes a través de normativas legales (69). Por otra parte, dentro del grupo de intervenciones que modifican el ambiente también se consideró la restricción publicitaria que promoviera el consumo de alcohol (74,99,100).
 - **Tamizaje:** actividad sanitaria que cumple con el objetivo de detectar tempranamente el consumo de riesgo de alcohol. La intervención encontrada en este ámbito correspondió a la capacitación de profesionales de la salud para la utilización de herramientas destinadas al tamizaje, diagnóstico oportuno y prevención de consumo riesgoso de alcohol (101).

A lo largo de esta revisión varias de las intervenciones identificadas forman partes de programas que incorporan más de una intervención. Los estudios que evalúan la efectividad del programa, lo miden en su conjunto y no de cada una de ellas. Se identificaron 10 intervenciones incluidas en programas, éstas se especifican en la Tabla 15:

Tabla 15: Intervenciones incluidas en programas.

Programas	Definición	Intervención
Programas sobre consumo responsable y conducción	Corresponde a un programa multicomponente que promueve la implementación de intervenciones y políticas en múltiples escenarios, con el fin de producir un cambio en la comunidad y el entorno para reducir	- Charlas y talleres - Educación a distancia - Campañas Comunicacionales

	directa o indirectamente la conducción bajo el efecto del alcohol y con ello reducir las tasas de lesiones relacionadas con el alcohol (69).	
Programa de desarrollo positivo y habilidades para la vida	Corresponde a educación voluntaria cuyo objetivo es promover el desarrollo generalizado (más allá de la salud) y positivo (más allá de evitar el riesgo) de activos (vinculación, resiliencia, social, emocional, cognitivo, comportamiento o competencia moral, autodeterminación, espiritualidad, autoeficacia identidad clara y positiva, creencia en el futuro, reconocimiento por comportamiento positivo, oportunidades de participación social y / o normas sociales), en diferentes contextos (por ejemplo, familia, escuela o barrio) (102–105).	<ul style="list-style-type: none"> - Coaching - Talleres y charlas - Actividades recreativas - Grupos focales de ajustes de normas
Intervenciones breves	Es una técnica que consisten en sesiones cortas que incluyen retroalimentación personalizada sobre el consumo de alcohol en relación con los límites recomendados, discusión sobre los daños y/o beneficios para la salud y riesgos sociales. Las cuales pueden comprender un conjunto de objetivos personales que pueden incluir intervenciones como las consejerías, versiones abreviadas de terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional (82,83,106–109), las que se realizan tanto en el ambiente sanitario como educacional (82,83,106–109).	<ul style="list-style-type: none"> - Consejerías breves - Entrevista motivacional - Terapia cognitivo Conductual

Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA.

Los hallazgos de la búsqueda de literatura son insumos necesarios para realizar una exploración de las actividades presentes en la planificación operativa 2016-2018, con el fin de determinar la presencia o ausencia de dichas intervenciones y posteriormente, el respaldo científico que existe para dichas actividades.

4. Análisis Comparativo

A partir de la tendencia de las intervenciones priorizadas en el sector respecto del tema de salud consumo riesgoso de alcohol que arrojó el análisis de la planificación operativa y las intervenciones identificadas en la búsqueda de evidencia, se realizó un proceso comparativo entre estas. El que, además incorporó lo descrito en las orientaciones técnico administrativas, la guía clínica del tema y literatura adicional.

Es así como, en cuanto a la proporción de actividades identificadas, se observa que la planificación operativa evidencia una tendencia hacia la generación de acciones para alcanzar mayor cobertura

de intervenciones preventivas en consumo de riesgo, a partir de fortalecer la implementación de intervenciones breves/motivacionales para el consumo de riesgo en adolescentes, jóvenes y gestantes, siendo obligatorio en aquellos lugares con implementación del Programa DIR. De esta manera, las actividades que se realizan están centradas en la capacitación de los equipos de la red APS particularmente en tamizaje, las que se realizan a través de jornadas; además del monitoreo de la relación pesquisa/intervenciones aplicadas, y la supervisión del cumplimiento de metas.

Por otro lado, en un primer acercamiento de la Guía Clínica AUGE Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas en personas menores de 20 años (11), las orientaciones técnicas-administrativas (110) y literatura complementaria (111–115), se pudo observar que existen acciones orientadas a la prevención y tratamiento de consumo riesgoso/problemático de alcohol en adolescentes, con evidencia científica claramente identificada. En cuanto a tratamiento, sobresalen las intervenciones individuales tales como la entrevista motivacional breve, intervención conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicológica integrada, intervenciones familiares y en el contexto comunitario, además de la capacitación a profesionales. En el marco de la prevención, figuran intervenciones educativas grupales en entorno escolar con distintos tipos de contenido (alcohol, habilidades sociales), y las intervenciones familiares con énfasis en la parentalidad.

En este sentido, son estas últimas actividades las que precisamente se encuentran poco priorizadas desde la Planificación Operativa de los años analizados. Esto llama la atención ya que la capacitación en tamizaje e intervenciones breves en población joven, si bien parece tener evidencia en cuanto a su efectividad en el contexto de la detección y tratamiento, aporta poco en el marco de la prevención del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes y jóvenes, exhibiéndose la necesidad de fomentar el desarrollo de intervenciones educativas, que nos permitan adelantarnos a la aparición y consolidación del problema. De acuerdo a esto, podríamos inferir preliminarmente que los esfuerzos del sector, en estos momentos, se encuentran enfocados en intervenciones que por sí solas no ayudarían a conseguir los objetivos planteados en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

Se espera, en una etapa posterior de este proceso, analizar la efectividad de la capacitación en tamizaje e intervenciones breves en la detección precoz del consumo riesgoso de alcohol y de la educación en habilidades sociales y percepción de riesgo en adolescentes en la prevención del mismo. Lo anterior dado que, si bien cuentan con evidencia científica descrita, esta no es del todo

concluyente, encontrándose además en alta y nula proporción respectivamente en la planificación operativa, por lo que es imprescindible establecer claramente dónde y de qué manera debemos poner la atención y los recursos en las programaciones del sector salud.

En este sentido, y de acuerdo a lo encontrado en la planificación operativa y los documentos, se propone explorar las siguientes preguntas: “¿Es efectivo el screening de alcohol fuera del establecimiento de salud para la detección del consumo de alcohol de ellos?”; “¿Es efectiva la educación en habilidades sociales en adolescentes sobre el de alcohol?”; “¿Es efectiva la capacitación en habilidades sociales/parentales en docentes y orientadores vocacionales sobre el consumo de alcohol en adolescentes?”; “¿Son las intervenciones breves efectivas sobre el consumo de alcohol en población de 15 a 24 años?”.

El análisis de efectividad respecto a la pregunta planteada será realizado en un momento posterior al Análisis Crítico, contando con las posibles condiciones que son necesarias para que la intervención sea efectiva. Además, se pretende que ese material pueda aportar como insumo para posibles intervenciones del Plan de la próxima década.

VI. CONCLUSIONES

El consumo riesgoso de alcohol es un importante problema de Salud Pública en Chile, dadas las elevadas consecuencias sociosanitarias asociadas. En este sentido se releva su alto impacto como factor de riesgo para mortalidad, discapacidad y enfermedades crónicas, sobre todo para la población entre 15-49 años.

En cuanto a los logros asociados al tema, se observa un estado de cumplimiento en su indicador de impacto dado que existe a 2016 una reducción de la prevalencia de personas de 15-24 años con consumo riesgoso de alcohol (puntaje AUDIT mayor o igual a 8) de tal magnitud (16,2%), que sobrepasa el valor estimado como meta (17,1%), aunque el método de medición no permite establecer una diferencia estadísticamente significativa entre la estimación 2009 (18,8%) y la del 2016. Por otro lado, la baja es fundamentalmente debido a un menor consumo en hombres dado

que en las mujeres de este grupo de edad la prevalencia de consumo de riesgo aumentó 2,6 puntos porcentuales.

Sin embargo, se observó que el promedio de consumo de alcohol en población chilena es de 1,3 tragos o 20 gramos por día en las personas mayores de 15 años y en el grupo de bebedores el promedio es de 2 tragos o 30 gramos de alcohol diario, lo que supera el promedio de la región de las Américas. La frecuencia e intensidad del consumo es mayor en hombres que en mujeres y, en ambos sexos, la mayor prevalencia de consumo (último año, mes, semana) está en el grupo de 25 a 44 años.

La población en riesgo de tener problemas de salud como resultado de su consumo de alcohol varía según como se realice la estimación y toda medición se debe considerar como proxis dadas las complejidades que tiene la estimación del volumen de la exposición y las sensibilidades y especificidades de los instrumentos con los cuales se evalúa el riesgo. Si consideramos el patrón de consumo integrando consumo episódico con regular, así como las consecuencias agudas y de largo plazo del consumo de alcohol en diferentes magnitudes, la población en riesgo moderado a alto sería de un 39,9%, siendo en hombres de un 52,7% y en mujeres de un 27,4%. En el hombre de 25 a 44 años, la prevalencia de riesgo moderado a alto alcanzaría el 63%.

Es de destacar que, si bien existen importantes esfuerzos operativos desde el sector salud para dar alcance a este objetivo, dicho avance es representativo también del impacto de medidas implementadas desde otros sectores intervinientes.

La Planificación Operativa es una herramienta que permite ordenar y orientar las intervenciones del sector salud, sin embargo, aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas en el marco del Programa de Detección, Intervención y Derivación Asistida para consumo de alcohol. En el contexto de la priorización realizada por el sector salud respecto de este tema, el análisis de la Planificación Operativa Anual de los años 2016 a 2018, muestra una tendencia al desarrollo de acciones orientadas a dar cumplimiento al RE2 "Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo". En este sentido, las actividades están enfocadas en el RI "Fortalecer la implementación de intervenciones breves/motivacionales del consumo de riesgo de alcohol en adolescentes, jóvenes y en gestantes", siendo la capacitación, el monitoreo y la supervisión el tipo de actividades más frecuentemente realizadas.

La priorización de estas actividades alude a los propósitos operativos del Programa DIR, en el sentido de que ha sido necesario enfocarse en mejorar los niveles de adherencia y aplicación de

las herramientas de tamizaje por parte de los profesionales de la red, después de importantes ajustes que se hicieron al Programa. Esto es la incorporación del tema consumo de drogas y la consecuente ampliación en la oferta de instrumentos de tamizaje.

Se evidencian como nodos críticos la falta de evaluación de las actividades de capacitación; falencias en el registro estadístico, sobre todo, en centros municipalizados, y limitaciones tanto en el seguimiento de procesos como en la planificación. Así mismo, existen problemas de coordinación en la red, que se exhiben a partir de la baja derivación y/o la incongruencia en la relación detección– intervenciones realizadas.

Por otro lado, si bien el trabajo intersectorial se evidencia como priorizado a partir de la frecuencia con la que son planificadas actividades en el RE 3, se denota falta de orientaciones desde el nivel central para su desarrollo, especialmente para el funcionamiento y objetivos de la mesa, así como en la promoción de acciones en los territorios.

VII. RECOMENDACIONES

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de análisis crítico, se recomienda incluir el tema consumo riesgoso-problemático de alcohol dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década, esto en relación a la alta mortalidad que le es atribuible específicamente en adolescentes (causas externas) y a la gran carga que se le asocia como factor de riesgo de enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer).

En cuanto a lo encontrado en el análisis epidemiológico y considerando las prevalencias y la distribución de éstas en la población, se recomienda seguir aumentando la cobertura de detección de bebedores de riesgo con enfoque de grupos de riesgo (hombres y jóvenes), si es que no fuese posible abarcar a la población en su totalidad. Asimismo, impresiona que actualmente el tamizaje de consumo de riesgo se encuentra más asociado a la consulta de APS y no como parte de una búsqueda activa; es por ello que se sugiere buscar formas de aumentar cobertura en población no

consultante. Con el fin de monitorear dicho proceso de tamizaje, así como la intervención y derivación de la población con problemas de consumo de alcohol se recomienda enfocar también los esfuerzos en optimizar el registro de los resultados de la evaluación (por sustancia) en los REM. Por otro lado, si bien la planificación operativa es una herramienta que permite ordenar y orientar las intervenciones del sector salud, ésta aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas. De esta manera, se considera necesario el fortalecimiento constante de la misma, especialmente en cuanto a la evaluación de resultados y el desarrollo de procesos de planificación conjunta entre equipos técnicos de un mismo organismo, o entre los distintos organismos (SEREMIs-Servicios de Salud; Establecimientos de Salud Nivel Primario y Secundario).

Así mismo, se hace necesario poner énfasis en que las actividades que se planifiquen en el sector salud, sean respaldadas por la evidencia científica, con el fin de maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos en las intervenciones que realmente permitan conseguir los objetivos planteados. De acuerdo a esto, se sugiere fomentar el desarrollo de acciones preventivas ampliadas al contexto educativo, enfocadas en fortalecer las habilidades sociales y parentales de los adolescentes, jóvenes y apoderados, así como la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol.

Por otro lado, se sugiere focalizar el desarrollo de acciones como la pesquisa e intervenciones breves/motivacionales fuera del establecimiento de salud, de modo tal que se dé una cobertura eficiente de la población en riesgo, asumiendo la oportunidad de mediar sobre la demanda no expresada y los factores que la determinan. En este sentido, se hace necesario fortalecer en el nivel regional el trabajo multisectorial que existe con el SENDA, esto a partir de la unificación de registros y, una distribución estratégica y ampliada de acciones en espacios educacionales y laborales.

Del mismo modo, se sugiere promover el trabajo intersectorial en el nivel local con el diseño de una estructura funcional que impulse el desarrollo de acciones coordinadas, cuya implementación sea orientada y acompañada desde el Nivel Central.

Con respecto a las poblaciones, los adolescentes y jóvenes deben seguir siendo población objetivo, sin embargo, es importante considerar la incorporación de la población de hombres adultos. Este grupo es el que presenta peores indicadores relacionados con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a registros del Programa. Otro aspecto importante a considerar a futuro es el daño a

terceros por alcohol; acá se incluyen daños por accidentes de tránsito y aquellos relacionados a la exposición fetal al alcohol, objeto de múltiples recomendaciones internacionales.

VIII. PRÓXIMOS PASOS

Los próximos pasos de este análisis crítico se orientarán en la exploración y determinación de la efectividad de aquellas intervenciones que estando presentes en el POA y en el análisis inicial de búsqueda de evidencias, no cuentan con un respaldo claro de la literatura. Lo anterior, con el objetivo de determinar si las acciones del sector salud y sus alcances son suficientes para el cumplimiento de las metas en todos los niveles. Es en este sentido que, de acuerdo a lo evidenciado en la búsqueda, nos enfocaremos en responder las siguientes preguntas: ¿Cuál es la magnitud del impacto potencial de esa intervención, sobre los siguientes outcomes?: reducción del consumo de riesgo; reducción del consumo de alcohol; reducción de la carga de enfermedad: AVISA, reducción de costos económicos. ¿Cuál es la evidencia de efectividad de programas de habilidades parentales sobre los siguientes outcomes en jóvenes y adolescentes y jóvenes: Inicio del consumo;

reducción del consumo de alcohol; reducción de la carga de enfermedad: AVISA; reducción de costos económicos? Esta etapa se pretende sea completada durante el primer semestre de 2020. Por último, como componente adicional a este proceso, se pretende realizar un análisis de pertinencia de los hallazgos presentados en este informe, por parte de los referentes temáticos tanto a nivel nacional como regional, además de un grupo de expertos en el tema. Para esto fue elaborado un instrumento de consulta, el que fue sometido a una prueba piloto junto a referentes regionales y de nivel central, de forma tal que se recolectaron las observaciones y se hicieron ajustes en cuanto a pertinencia, coherencia y redacción. Con este paso se pretende resguardar una mirada integral y completa de la problemática expuesta, en miras de realizar una propuesta sólida de mejora para el próximo Plan Nacional de Salud.

IX. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. 1ª. Santiago: MINSAL; 2016 [cited 2019 Jul 10]. 103 p. Available from: <https://www.ssmaule.cl/dig/epidemiologia/EPIDEMIOLOGIA/2017/EstrategiaNacionalSalud/PlandeSalud2016/Plan%20Nacional%20de%20Salud%202016.pdf>
2. Ministerio de Salud. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011-2020. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [cited 2019 May 20]. 426 p. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
3. Ministerio de Salud. Unidad 1: Aspectos relevantes de la Planificación Sanitaria en Chile. In: Cápsula Autogestionada: Gestión basada en resultados en la Estrategia Nacional de Salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://minsal.uvirtual.cl/>
4. Marianela Armijo. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (Versión Preliminar) [Internet]. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública ILPES/CEPAL; 2009 [cited 2019 Oct 2]. Available from: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf

5. Departamento de Estrategia Nacional de Salud. Resultado Indicadores de Salud - SIMPO [Internet]. 2019 [cited 2019 May 30]. Available from: <http://simpo.minsal.cl/monitoreo/indicadores>
6. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Ministerio de Salud (MINSAL). El Consumo de Alcohol en Chile: Situación Epidemiológica. Documento Trabajado por SENDA-MINSAL [Internet]. SENDA; 2015 [cited 2019 Jul 23]. Available from: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
7. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Switzerland: WHO; 2018 [cited 2019 Jul 23]. 450 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
8. Margozzini P, Paraje G, Zitko P, Espinoza M, Rojas R, Balmaceda C, et al. Estudio del Costo Económico y Social del Consumo de Alcohol en Chile – Actualización 2018 [Internet]. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2018 Dec [cited 2019 Jul 10] p. 161. Available from: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualizacio%CC%81n-2018_Informe.pdf
9. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias [Internet]. MINSAL; 2010 [cited 2019 Jul 20]. Available from: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2%20Estrategia%20Nacional%20sobre%20Alcohol_b.pdf
10. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Ministerio del Interior. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018 [Internet]. 2009 [cited 2019 Jul 10]. Available from: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20sobre%20Drogas%20\(%20CONACE%20_%202009-2018\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20sobre%20Drogas%20(%20CONACE%20_%202009-2018).pdf)
11. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ sobre Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas en personas menores de 20 años [Internet]. Santiago: MINSAL; 2013 [cited 2019 Sep 10]. 92 p. (Serie Guías Clínicas MINSAL). Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/1.-MINSAL_2013_GPC_Alcohol-y-drogas.pdf
12. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes [Internet]. MINSAL; 2015 [cited 2019 Jul 10]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%c3%b3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
14. Sullivan EV, Harris RA, Pfefferbaum A. Alcohol's Effects on Brain and Behavior. Alcohol Res Health. 2010;33(1–2):127–43.

15. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2015 [cited 2019 Jul 23]. 75 p. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
17. Abrahao KP, Salinas AG, Lovinger DM. Alcohol and the Brain: Neuronal Molecular Targets, Synapses, and Circuits. *Neuron*. 2017 Dec 20;96(6):1223–38.
18. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*. 2001 Jul 1;21(5):797–811.
19. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev*. 2013 Feb;19(1):38–43.
20. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004 May;28(5 Suppl):18S–28S.
21. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies since 1995. *Drug Alcohol Rev*. 2007;26(2):201–14.
22. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study*. *Addiction*. 2005;100(12):1840–50.
23. Norström T, Rossow I. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level. *Arch Suicide Res*. 2016 Oct 1;20(4):489–506.
24. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Prevention of cardiovascular risk by moderate alcohol consumption: epidemiologic evidence and plausible mechanisms. *Intern Emerg Med*. 2010 Aug 1;5(4):291–7.
25. Arranz S, Chiva-Blanch G, Valderas-Martínez P, Medina-Remón A, Lamuela-Raventós RM, Estruch R. Wine, Beer, Alcohol and Polyphenols on Cardiovascular Disease and Cancer. *Nutrients*. 2012 Jul 10;4(7):759–81.
26. Krenz M, Korthuis RJ. Moderate Ethanol Ingestion and Cardiovascular Protection. *J Mol Cell Cardiol*. 2012 Jan;52(1):93–104.
27. Chiva-Blanch G, Arranz S, Lamuela-Raventós RM, Estruch R. Effects of Wine, Alcohol and Polyphenols on Cardiovascular Disease Risk Factors: Evidences from Human Studies. *Alcohol Alcohol*. 2013 May 1;48(3):270–7.

28. de Gaetano G, Costanzo S, Di Castelnuovo A, Badimon L, Bejko D, Alkerwi A, et al. Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2016 Jun 1;26(6):443–67.
29. Rehm J, Roerecke M. Cardiovascular effects of alcohol consumption. *Trends Cardiovasc Med*. 2017 Nov 1;27(8):534–8.
30. Seitz HK, Pöschl G, Simanowski UA. Alcohol and cancer. *Recent Dev Alcohol Off Publ Am Med Soc Alcohol Res Soc Alcohol Natl Counc Alcohol*. 1998;14:67–95.
31. Reidy J, McHugh E, Stassen LFA. A review of the relationship between alcohol and oral cancer. *The Surgeon*. 2011 Oct 1;9(5):278–83.
32. Figuero Ruiz E, Carretero Peláez MA, Cerero Lapiedra R, Esparza Gómez G, Moreno López LA. Effects of the consumption of alcohol in the oral cavity: relationship with oral cancer. *Med Oral Organo Of Soc Espanola Med Oral Acad Iberoam Patol Med Bucal*. 2004 Feb;9(1):14–23.
33. Liu Y, Nguyen N, Colditz GA. Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Womens Health Lond Engl*. 2015 Jan;11(1):65–77.
34. Brooks PJ, Zakhari S. Moderate alcohol consumption and breast cancer in women: From epidemiology to mechanisms and interventions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Jan;37(1):23–30.
35. Dumitrescu RG, Shields PG. The etiology of alcohol-induced breast cancer. *Alcohol*. 2005 Apr 1;35(3):213–25.
36. Moon AM, Singal AG, Tapper EB. Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2019 Aug 8 [cited 2019 Aug 28]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1542356519308493>
37. Berry MS, Johnson MW. Does Being Drunk or High Cause HIV Sexual Risk Behavior? A Systematic Review of Drug Administration Studies. *Pharmacol Biochem Behav*. 2018 Jan;164:125–38.
38. Purdie MP, Norris J, Davis KC, Zawacki T, Morrison DM, George WH, et al. The Effects of Acute Alcohol Intoxication, Partner Risk Level, and General Intention to Have Unprotected Sex on Women’s Sexual Decision Making with a New Partner. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2011 Oct;19(5):378–88.
39. Williams EC, Hahn JA, Saitz R, Bryant K, Lira MC, Samet JH. Alcohol Use and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Current Knowledge, Implications, and Future Directions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 Oct;40(10):2056–72.
40. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1. Edición de 2015 [Internet]. OMS; 2015 [cited 2019 Aug 28]. Available from: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/Volume-1-CIE-10-2016-cha.pdf>

41. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 [Internet]. MINSAL; 2011 [cited 2019 Jul 10]. Available from: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20Sobre%20%20Drogas%20y%20Alcohol%20%20\(CONACE%202011_2014\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20Sobre%20%20Drogas%20y%20Alcohol%20%20(CONACE%202011_2014).pdf)
42. 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.
43. 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(2):179–90.
44. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev Médica Chile.* 2009 Nov;137(11):1463–8.
45. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Aug 28]. 220 p. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3
46. Organización Mundial de la Salud. OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [Internet]. WHO. [cited 2019 Jul 22]. Available from: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
47. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 [Internet]. OMS; 2013 [cited 2019 Aug 28]. Available from: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
48. Ministerio Desarrollo Social. Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa DIR-APS Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (Ex Vida Sana Alcohol) [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio Desarrollo Social; 2017 [cited 2019 Aug 9] p. 18. Available from: http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_59208.pdf
49. Ministerio de Salud. Intervenciones Breves para Reducir el Consumo de Alcohol de Riesgo. Guía técnica para atención primaria en salud [Internet]. MINSAL; 2011 [cited 2019 Jul 26]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf
50. Everitt R, Jones P. Changing the minimum legal drinking age - Its effect on a central city Emergency Department. *N Z Med J.* 2002;115(1146):9–11.
51. Wagenaar AC, Livingston MD, Pettigrew DW, Kominsky TK, Komro KA. Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): secondary analyses of a randomized controlled trial showing effects of community organizing on alcohol acquisition by youth in the Cherokee nation. *Addiction.* 2018;

52. Hindmarsh CS, Jones SC, Kervin L. Effectiveness of alcohol media literacy programmes: A systematic literature review. *Health Educ Res.* 2015;30(3):449–65.
53. Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, et al. Interventions on Control of Alcohol Price, Promotion and Availability for Prevention of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People Acknowledgements.
54. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(3):280–96.
55. Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R, et al. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion part a: Systematic Reviews Systematic Review Team. 2008.
56. Herttua K, Makela P, Martikainen P, Sirén R. The impact of a large reduction in the price of alcohol on area differences in interpersonal violence: a natural experiment based on aggregate data. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(11):995–1001.
57. Valhondo D. *Gestión del conocimiento: Del mito a la realidad.* segunda. Madrid: Diaz Santos; 2010.
58. Scholes-Balog KE, Heerde JA, Hemphill SA. Alcohol warning labels: Unlikely to affect alcohol-related beliefs and behaviours in adolescents. *Aust N Z J Public Health.* 2012;36(6):524–9.
59. Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug Alcohol Rev.* 2013;32(2):115–23.
60. Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: A systematic review. *Med J Aust.* 2010;192(SUPPL. 11):15–21.
61. Tait RJ, Lenton S. Online alcohol interventions, sexual violence and intimate partner violence: A systematic review. *Internet Interv.* 2015 May;2(2):152–60.
62. Tebb KP, Erenrich RK, Jasik CB, Berna MS, Lester JC, Ozer EM. Use of theory in computer-based interventions to reduce alcohol use among adolescents and young adults: A systematic review. Vol. 16, *BMC Public Health.* BMC Public Health; 2016.
63. Agabio R, Trincas G, Floris F, Mura G, Sancassiani F, Angermeyer MC. A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2015;
64. Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R. Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: A systematic review and European evidence synthesis. *European Addiction Research.* 2016.

65. Flynn AB, Falco M, Hocini S. Independent evaluation of middle school-based drug prevention curricula a systematic review. *JAMA Pediatrics*. 2015.
66. Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Issue 3. 2009;(3).
67. Foxcroft D, Ireland D, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9).
68. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. *Addiction*. 2003.
69. Shults RA, Elder RW, Nichols JL, Sleet DA, Compton R, Chattopadhyay SK. Effectiveness of Multicomponent Programs with Community Mobilization for Reducing Alcohol-Impaired Driving. *Am J Prev Med*. 2009;37(4):360–71.
70. Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2015 Apr;51(24):1–18.
71. Tamony P, Holt R, Barnard K. The Role of Mobile Applications in Improving Alcohol Health Literacy in Young Adults With Type 1 Diabetes: Help or Hindrance? *J Diabetes Sci Technol*. 2015;9(6):1313–20.
72. Durl J, Dietrich T, Pang B, Potter LE, Carter L. Utilising virtual reality in alcohol studies: A systematic review. *Health Educ J*. 2018;77(2):212–25.
73. Rodriguez DM, Teesson M, Newton NC. A systematic review of computerised serious educational games about alcohol and other drugs for adolescents. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(2):129–35.
74. O'Rourke L, Humphris G, Baldacchino A. Electronic communication based interventions for hazardous young drinkers: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Sep;68:880–90.
75. Moreno E, Pol E. La percepción del riesgo y fenómenos NIMBY. In: *Nociones psicosociales para la intervención y la gestión ambiental*. Barcelona: Universitat Barcelona; 1999. p. 100.
76. Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 19];(3). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006748.pub2/full>
77. O'Rourke L, Humphris G, Baldacchino A. Electronic communication based interventions for hazardous young drinkers: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Sep 1;68:880–90.
78. Ferri M, Allara E, Bo A, Gasparrini A, Faggiano F. Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 19];(6). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009287.pub2/full>

79. López Bonilla JM, López Bonilla ML. Autoconciencia en el ámbito del consumidor: revisión teórica y operatividad del constructo. *Rev Electrónica Motiv Emoc.* 2013;13(34).
80. Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: A systematic review. *Addiction.* 2012;107(4):733–47.
81. Hale DR, Fitzgerald-Yau N, Viner RM. A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *Am J Public Health.* 2014;104(5):19–41.
82. Barata I, Shandro J, Montgomery M, Polansky R, Sachs C, Duber H, et al. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *West J Emerg Med.* 2017;18(6):1143–52.
83. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 24;(2).
84. Carney T, Bj M, Louw J, Ci O. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. 2014;(2).
85. Glass JE, Hamilton AM, Powell BJ, Perron BE, Brown RT, Ilgen MA. Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction.* 2015 Sep;110(9):1404–15.
86. Hennessy EA, Tanner-Smith EE, Steinka-Fry KT. Do brief alcohol interventions reduce tobacco use among adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *J Behav Med.* 2015;38(6):899–911.
87. BERRY V, LITTLE M, AXFORD N, CUSICK GR. An Evaluation of Youth at Risk’s Coaching for Communities Programme. *Howard J Crim Justice.* 2008;48(1):60–75.
88. Lee NK, Cameron J, Battams S, Roche A. What works in school-based alcohol education: A systematic review. *Health Educ J.* 2016;75(7):780–98.
89. Macarthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(10).
90. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. HLTH 4511: Introduction to Problematic Substance Use and Approaches for its Prevention and Treatment Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. 2011.
91. Gilligan C, Wolfenden L, Foxcroft DR, Williams AJ, Kingsland M, Hodder RK, et al. Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Mar 19;(3).

92. Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use — A systematic literature review. *Clin Psychol Rev.* 2016 Apr;45:89–101.
93. Allen ML, Garcia-Huidobro D, Porta C, Curran D, Patel R, Miller J, et al. Effective Parenting Interventions to Reduce Youth Substance Use: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2016;138(2):e20154425–e20154425.
94. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health [Internet].* 2015 Feb 12 [cited 2019 Aug 19];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339015/>
95. Dickson K, Melendez-Torres GJ, Fletcher A, Hinds K, Thomas J, Stansfield C, et al. How Do Contextual Factors Influence Implementation and Receipt of Positive Youth Development Programs Addressing Substance Use and Violence? A Qualitative Meta-Synthesis of Process Evaluations. *Am J Health Promot AJHP.* 2018;32(4):1110–21.
96. Liddell J, Burnette CE. Culturally-Informed Interventions for Substance Abuse Among Indigenous Youth in the United States: A Review. *J Evid-Inf Soc Work.* 2017 Oct;14(5):329–59.
97. Melendez-Torres GJ, Tancred T, Fletcher A, Thomas J, Campbell R, Bonell C. Does integrated academic and health education prevent substance use? Systematic review and meta-analyses. *Child Care Health Dev.* 2018;44(4):516–30.
98. Lee KSK, Conigrave KM, Clough AR, Wallace C, Silins E, Rawles J. Evaluation of a community-driven preventive youth initiative in Arnhem Land, Northern Territory, Australia. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27(1):75–82.
99. Siegfried N, Dc P, Je A, Volmink J, Kredo T, Jere M, et al. Restricting or banning of alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents (Protocol). *Cochrane Libr.* 2013;(9).
100. Ferri M, Burkhart G, Allara E, Bo A, Gyarmathy A V, Faggiano F. Media Campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6).
101. Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: A qualitative systematic literature review. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1–12.
102. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1–15.
103. Dickson K, Melendez-Torres GJ, Fletcher A, Hinds K, Thomas J, Stansfield C, et al. How Do Contextual Factors Influence Implementation and Receipt of Positive Youth Development Programs Addressing Substance Use and Violence? A Qualitative Meta-Synthesis of Process Evaluations. *Am J Health Promot.* 2018;32(4):1110–21.

104. Liddell J, Burnette CE. Culturally-informed interventions for substance abuse among indigenous youth in the united states: A review. *J Evid-Inf Soc Work*. 2017;14(5):329–59.
105. Melendez-Torres GJ, Tancred T, Fletcher A, Thomas J, Campbell R, Bonell C. Does integrated academic and health education prevent substance use? Systematic review and meta-analyses. *Child Care Health Dev*. 2018;44(4):516–30.
106. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie T, Garritty C, Singh K, et al. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: A systematic review. *Syst Rev*. 2014;3(1):1–18.
107. Patton R, Deluca P, Kaner E, Newbury-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: The how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(2):207–12.
108. Hale DR, Fitzgerald-Yau N, Viner RM. A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence. *Am J Public Health*. 2014 May;104(5):e19–41.
109. McGinnes RA, Hutton JE, Weiland TJ, Fatovich DM, Egerton-Warburton D. Review article: Effectiveness of ultra-brief interventions in the emergency department to reduce alcohol consumption: A systematic review. *Emerg Med Australas*. 2016 Dec;28(6):629–40.
110. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [cited 2019 Jul 22]. 46 p. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
111. Alonso MFS, González CD. Tratamientos basados en la evidencia para el abuso y dependencia de alcohol [Internet]. 2012 [cited 2019 Jul 24]. Available from: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/8-abuso-y-dependencia-del-alcohol/file>
112. Lefio LÁ, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Pública*. 2013 Oct;34:257–66.
113. Biolatto L. STRATEGIES WITH ADOLESCENTS TO PREVENT PROBLEMATIC ALCOHOL CONSUMPTION: MODALITIES AND AREAS OF APPLICATION. *Hacia Promoc Salud*. 2018 Dec;23(2):48–66.
114. Rojas Collado MJ. Eficacia de intervenciones educativas en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes. *Metas Enferm*. 2018;21(5):10–6.
115. González CS, Pelayo HL, Solé AG. Detección precoz e intervención breve [Internet]. [cited 2019 Jul 24]. Available from: https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_8.pdf

