



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO.

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**“Estudio Comparado de Políticas Públicas Implementadas por
Chile e Islandia para Reducir el consumo de Alcohol en la
Población”**

**SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y AL TÍTULO
PROFESIONAL DE ADMINISTRADOR PÚBLICO**

Alumno/a

DIEGO IGNACIO GONZÁLEZ JARA

Profesor/a Guía

EDUARDO ARAYA MORENO

Santiago, Marzo 2020

AGRADECIMIENTOS:

“Agradezco a mi familia por ser el pilar fundamental para mi formación como profesional y como persona.

A mis amigos por ser parte de este proceso y por apoyarme durante estos 5 largos años, incluso en los momentos más difíciles.

A mi profesor guía, por apoyarme en la elaboración de este trabajo y a todos los funcionarios de la universidad que depositaron su confianza en la formación de este profesional”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN:	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	8
I. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	11
1. Qué es el alcohol y cómo ha evolucionado.....	11
1. El rol del estado en el desarrollo de la salud pública.....	13
2. Herramientas de análisis de una Política Publica	16
3. MARCO CONCEPTUAL:.....	20
3.1. Niveles de consumo de alcohol.	20
3.2. Consumo de riesgo.....	20
3.3. El consumo perjudicial.....	21
3.4. El Consumo Excesivo Ocasional.....	21
3.5. Alcoholismo.....	21
II. CAPITULO II: MARCO INSTITUCIONAL.....	22
1. MARCO INSTITUCIONAL CHILENO	22
1.1. Ministerio de Salud.....	22
1.2. El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).....	22
1.3. Observatorio Chileno de Drogas.....	23
1.4. Ley 18.455.....	23
1.5. Ley 19.925.....	24
1.6. Ley 18.290.....	24
1.7. Ley “Tolerancia Cero”.....	24
1.8. Ley Emilia.....	25
2. MARCO INSTITUCIONAL ISLANDÉS.....	26

2.1.	Centro Islandés de Investigación y Análisis Social (ICSRA).	26
2.2.	Planeth Youth.	26
2.3.	Compañía Estatal de Alcohol y Tabaco (Vinbudin).	27
2.4.	Ley de Transito N°77/2019:	28
2.5.	Ley de comercio de Alcohol y Tabaco N°86.	28
III.	CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.	30
1.	Objetivo General.	30
2.	Objetivos Específicos.	30
3.	Metodología.	30
4.	Tipo de Investigación.	31
5.	Recopilación de la información:	32
IV.	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA	33
1.	Liderazgo, concienciación y compromiso.	35
1.1.	La formulación de Estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales para reducir el uso nocivo del alcohol:	36
1.2.	Establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales:	40
2.	Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.	42
2.1.	Implementación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en la sangre.	43
2.2.	Sanciones por conducir bajo los efectos del alcohol y la suspensión administrativa del permiso de conducir.	46
2.3.	Tabla comparativa:	48
3.	Disponibilidad de alcohol.	49
3.1.	Implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas:	50
3.2.	Edad mínima para comprar alcohol.	53

3.3. Tabla Comparativa.....	56
4. Políticas de precios.....	57
4.1. Establecimiento de un régimen específico de impuestos nacionales sobre el alcohol;	58
4.2. Tabla Comparativa:	61
V. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES:.....	62
VI. BIBLIOGRAFIA.....	66
VII. ANEXOS	70
Anexo I. Tabla de Opciones Políticas elaboradas por la Organización Mundial para la Salud.	70
Anexo II: Evolución consumo de drogas en Islandia (1997-2018).....	74
Anexo III. Penas de cárcel contempladas con la Ley Emilia.	75
Anexo IV. Evolución del porcentaje de embriaguez, según sexo, edad y nivel socioeconómico en Chile (2012-2018).....	76

RESUMEN

El alcoholismo está afectando a la población chilena. Según un estudio realizado el año 2014 por la Organización Mundial para la Salud, el consumo promedio en Chile de esta sustancia fue de 9,6 litros per cápita, superando el promedio de 8 litros sugerido por esta institución. En el presente proyecto se realizará un análisis comparado entre los contextos de Chile e Islandia respecto al consumo de alcohol, tomando como marco para este los principales elementos de políticas públicas establecidos por la Organización Mundial de la Salud en su "Estrategia Mundial para Reducir el uso Nocivo del Alcohol", destinadas a controlar y disminuir los índices de consumo de alcohol dentro de sus poblaciones.

ABSTRACT

Alcoholism is affecting the Chilean population. According to a study conducted in 2014 by the World Health Organization, the average consumption of this substance in Chile was 9.6 liters per capita, exceeding the average of 8 liters suggested by this institution. This project will conduct a comparative analysis between the contexts of Chile and Iceland with respect to alcohol consumption, taking as a framework for this the main elements of public policy established by the World Health Organization in its "Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol", aimed at controlling and reducing the rates of alcohol consumption within their populations.

INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial para la Salud, el consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo, y tiene un impacto directo en las metas de los diferentes países para el desarrollo de sus planes de salud pública. (OPS, 2018)

Este mismo informe indica que en el año 2016 el consumo nocivo de alcohol causó más de 3 millones de muertes, el 5,3 % de las defunciones a nivel mundial, superando las cifras de fallecidos por tuberculosis, la diabetes o el SIDA. Las muertes atribuibles al consumo de alcohol se debieron principalmente a traumatismos, enfermedades digestivas, enfermedades cardiovasculares, a enfermedades infecciosas y a cáncer. (OPS, 2018)

La amplia gama de consecuencias negativas hace que el alcohol sea un problema que debe ser tratado por los diferentes países, con estrategias destinadas a disminuir el consumo de esta sustancia dentro de sus poblaciones. La Organización Panamericana de la Salud recomienda exclusivamente que los países desarrollen y se planteen políticas públicas que permitan reducir los índices de consumo de alcohol en el mundo. (OPS, 2018)

En Chile el consumo de alcohol ha llegado a una cifra histórica. Según la Organización Mundial para la Salud, los chilenos consumen en promedio 9,6 litros de alcohol, superando el promedio mundial de 8 litros y posicionándose como uno de los países con más consumo en el continente (Pozniak & Chestnov, 2014). En el siguiente trabajo, se realizará un análisis de las políticas públicas destinadas a disminuir el consumo de alcohol dentro de Chile y también las desarrolladas en Islandia, para realizar una comparación entre estos dos países, con el fin de extraer diversas sugerencias para futuras estrategias que permitan disminuir el consumo de alcohol dentro de Chile.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El consumo de alcohol está asociado a diversos efectos que pueden afectar la salud y la integridad física del individuo a corto y a largo plazo. En la primera instancia, un prolongado consumo de alcohol produce un estado de falta de coordinación física y mental que se denomina Estado de Embriaguez o Intoxicación Alcohólica en donde el individuo pierde el control de sus acciones dentro de su entorno social y empieza a realizar comportamientos inapropiados, distintos a los realizados en su estado normal. (SENDA, 2017)

Físicamente, empieza a afectar el equilibrio y la coordinación motora fina, también la visión y la audición, por lo que no se debe conducir vehículos bajo a este efecto ya que no cuenta con los reflejos activos. La intoxicación puede llegar a un punto mortal, pudiendo llegar a un estado de coma por la disminución de la función pulmonar que posteriormente podría causar la muerte del individuo. (SENDA, 2017)

El consumo de alcohol también está vinculado a efectos a largo plazo. Según estudios del SENDA y el Ministerio de Salud, se indica que el consumo rutinario de esta sustancia está directamente relacionado a problemas sociales y sanitarios (MINSAL, 2016)

Por su parte, según la OMS, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas conlleva a una gran carga social y económica para las sociedades (WHO, 2018). Asimismo, esta organización señala que el consumo de esta sustancia está relacionado directamente con la formación de diversas enfermedades:

“El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.” (WHO, 2018)

Según las estadísticas de la OMS, al año mueren 3 millones de personas en el mundo por el excesivo consumo de alcohol, lo que representa el 5,3 % de todas las defunciones.

Sumado a esto, se han establecido relaciones causales entre el consumo de alcohol y enfermedades infecciosas de gravedad como la tuberculosis y el VIH/SIDA (WHO, 2018)

En Chile la situación es compleja, según un estudio realizado por la OMS el año 2014, el consumo de alcohol llegó a 9,6 litros per cápita superando por creces la media Latinoamericana y posicionándose como uno de los países en donde se consume más bebidas alcohólicas en el continente. (Pozniak & Chestnov, 2014)

Adicionalmente, la última encuesta aplicada por SENDA en 2014 arrojó que un 48,9% de la población ha consumido alcohol en el último mes, alrededor de 4 millones de personas entre los 12 y 64 años. (Leyton & Arancibia, 2016)

En décadas pasadas, Chile era considerado dentro de los países con más muertes por cirrosis junto con México, debido al desarrollo de una cultura de alta ingesta de esta bebida y una edad temprana de consumo de la población. En la actualidad, se siguen generando una gran cantidad de enfermedades relacionadas al consumo de esta sustancia, provocando un serio problema sanitario. (Faustino & Luisa, 2010)

En 2014 se estableció que en Chile el 13 % de las muertes están relacionadas con el consumo de alcohol, o sea, que al día mueren 37 chilenos por causa de esta sustancia, transformándose en una de las principales causas de muerte en nuestro país. Se puede establecer que las principales causas son el manejo en estado de ebriedad, las enfermedades crónicas producidas por estas sustancias y por comportamientos erráticos directamente relacionados por las bebidas alcohólicas. (Departamento de Salud Pública, 2018)

Otro dato importante es que el excesivo consumo de alcohol provoca un gran gasto público, de acuerdo a un estudio del Ministerio de Salud, se estima que los costos derivados del alcohol llegan a US\$ 3.000 millones, cifra que supera ampliamente los beneficios. De hecho, se calcula que por cada peso que generó esta actividad, el país debe destinar 3,5 para paliar sus efectos negativos. (Montenegro, 2016)

En el caso de Islandia, según el estudio realizado por la OMS el año 2014, el consumo per cápita llegó a un promedio de 7,1 litros por persona siendo los hombres quienes más

consumen bebidas alcohólicas. En la actualidad, las muertes relacionadas al consumo de alcohol en el país nórdico son de solo 1 %, menos que la media de los países europeos. Según este mismo informe, los episodios de consumo excesivo de personas mayores de 15 años llegaron al 20 %, siendo los hombres el género con mayor consumo en el país nórdico. (Pozniak & Chestnov, 2014)

El consumo de alcohol también es muy limitado en comparación con otros países en el mundo, en el año 2015 alrededor de 7 % de los niños de 15 y 16 años y el 8 % de las niñas de esta edad informaron que al menos han tenido un episodio de excesiva ingesta de alcohol, la tasa más baja en europea en aquel año. Según un informe desarrollado por la Unión Europea, los adultos también tienen un consumo menor al promedio del viejo continente, posicionándose como uno de los países con los menores índices de consumo en Europa. (OECD, 2019)

El consumo de alcohol de una sociedad depende de patrones tanto individuales como ambientales, el uso nocivo está directamente relacionado con diversos problemas sociales y afecta directamente a la salud pública (WHO, 2018).

Según diversos Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, la acción del Estado puede ser fundamental para prevenir los daños causados por esta sustancia y para disminuir su consumo, todo esto concretado en políticas públicas eficaces que permita la intersección de los distintos sectores y produzca resultados a corto y largo plazo.

El caso de Chile es alarmante, las cifras de consumo de alcohol son elevadas y las medidas estatales son insuficientes. Islandia es uno de los países más sanos del mundo, el consumo promedio es de 7,2 litros y su estrategia "Planeth Youth es considerado una de las políticas más exitosas dentro de este ámbito. Es necesario tomar caso internacional y ver las acciones que se puedan adaptar al modelo chileno.

I. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.

1. Qué es el alcohol y cómo ha evolucionado.

El alcohol es una sustancia ligada a todas las culturas y sociedades. La fabricación y consumo de esta bebida se remontan los primeros procesos de fermentación natural de la miel o de otros azúcares (proceso de obtención del alcohol). Lo anterior, unido a la creación y utilización de recipientes, permitió el desarrollo de este proceso de exacerbación de sustancias naturales. (Blanco & Javier, 2020)

A pesar de remontarse a los albores de la civilización, los primeros textos que explicaron el proceso de fermentación y que dieron origen a la técnica de elaboración del denominado “bebestible” se dieron en el siglo XIV. Ya conocido el procedimiento de elaboración, este se fue perfeccionando durante el tiempo, hasta convertirse en la actualidad en una de las bebidas más consumidas en todo el planeta. (Blanco & Javier, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) relaciona el término alcohol de acuerdo con su composición química, la cual se entiende;

“En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas” (Villar & Lizarbe, 1994)

Como se aprecia, el etanol es el principal compuesto de las bebidas alcohólicas, las cuales se consideran como aptas para el consumo humano, a pesar de que el etanol también puede ser utilizado como combustible o dentro de la industria química.

Para la elaboración de las bebidas alcohólicas, el etanol se obtiene a través de la fermentación del azúcar por la levadura, y se puede transformar a través de diversos procesos, de los cuales se obtiene el nivel de concentración del alcohol y es la principal diferencia de las diversas bebidas alcohólicas. (Villar & Lizarbe, 1994)

Se pueden encontrar una gran variedad de bebestibles alcohólicos, como por ejemplo la cerveza, el whisky, tequila, pisco, etc. Cada una característica a una zona geográfica y cultura determinada.

Asimismo, cada bebida tiene su graduación alcohólica, entendida como el contenido de alcohol absoluto en 100 cc o el porcentaje de alcohol que contiene la bebida y que se miden a través de los grados. Por ejemplo, si la bebida posee 15 grados, quiere decir que en 100 cc existe un 15 % de alcohol. (Rojas, 2020)

Por otro lado, con el propósito de calcular el consumo de alcohol, se creó una Unidad de Bebida Estándar. Esta mide la cantidad de alcohol puro ingerido a través de una fórmula ya establecida y la expresa en gr. Una Unidad de Bebida Estándar (UBE) se compone de 8 a 13 gr de alcohol puro, pero va variando según lo establecido en cada país. (Rojas, 2020)

Según la cantidad de consumo se puede determinar el nivel de efecto que tiene esta sustancia en el cuerpo. La OMS recomienda un nivel discreto de consumo, no superando diariamente los 20 gr de alcohol en el caso de las mujeres y los 30 gr en los hombres. (Anderson & Colon, 2008)

En la siguiente tabla se indica la cantidad de alcohol puro que contiene cada bebida, por ejemplo, una lata de cerveza tiene 5 grados de alcohol, en 330 ml contiene 13,3 gramos de alcohol puro, si una copa de vino de 12 grados, 100 ml tienen 9,6 gramos de alcohol, mientras que en un trago considerado de alta concentración alcohólica como el whisky, que posee aproximadamente 42 grados de alcohol, un vaso de 60 ml contiene 20,2 gramos de alcohol.

“Distribución de los grados de alcohol según la bebida alcohólica”

BEBIDA	GRADUACIÓN	VOLUMEN	ALCOHOL PURO CONTENIDO	UNIDADES DE BEBIDAS ESTANDAR
Copa de vino o cava	12°	10 cl	9.6 gr	1
Lata de cerveza	5°	33 cl	13.3 gr	1.3
Caña de cerveza	5°	25 cl	10 gr	1
Copa de ginebra, ron, coñac	40°	6 cl	19.2 gr	2
Copa de aperitivo	17°	7 cl	9.5 gr	1
Copa de licor afrutado	25°	6 cl	12 gr	1
Copa de whisky	42°	6 cl	20.2 gr	2

Fuente: “Calculadora de Alcoholemia” de Servicios Sociales Gijón

1. El rol del estado en el desarrollo de la salud pública.

Para comprender mejor los efectos del alcohol y su negativo impacto en la población, así como de la intervención del Estado para minimizar los niveles de su consumo, es menester abordar qué se entiende por salud pública y cómo se asocia a esta.

La evolución y discusión de este término se ha desarrollado en el transcurso de la historia, en donde diversas sociedades han planteado la necesidad de atribuirle un concepto que permita el desarrollo de los individuos dentro de su población. Empero, uno de los conceptos más claros fue desarrollado por Charles Winslow, experto en Salud Pública en la década de 1920, quien la entiende como:

«La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio; b) el control de las enfermedades transmisibles; c) la educación sanitaria; d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales

que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud» (UNICEN, 2020)

No obstante a lo anterior, este término no aborda aspectos como la cobertura universal o la gratuidad del servicio. En el transcurso de los siguientes años, con el desarrollo de los Estados de bienestar en los países europeos, este procuró asumir el rol de proporcionar este servicio a la totalidad de la población y de manera gratuita dentro de su territorio. (UNICEN, 2020)

A raíz de lo anterior, la definición de Salud Pública fue actualizada, entendiéndose como;

“La ciencia y el arte de organizar y dirigir todos los esfuerzos de la comunidad destinados a defender y promover la salud de la población cuando está sana y a restablecerla cuando se ha perdido. Es una acción de gobierno multidisciplinaria, eminentemente social, cuyo objetivo final es la salud de la población” (UNICEN, 2020)

Esta definición establece que el Estado es el encargado de la mayoría de las actividades comunitarias que atribuyen a mejorar la salud de la población. De estas, unas son propias de los servicios sanitarios destinados a cumplir con los objetivos fundamentales de la salud pública, como, por ejemplo, las acciones de defensa de la salud, prevención de enfermedades y protección ante malestares crónicos que deben ser proporcionados por instituciones públicas. (UNICEN, 2020)

Por ende, el término de salud pública está ligado directamente con el rol del Estado en garantizar el acceso a servicios destinados a la protección y al desarrollo de la población en esta área. Esto está directamente relacionado a la administración pública, ya que son instituciones de carácter gubernamental las que deben brindar dicho servicio.

La OMS lleva mucho tiempo investigando y elaborando informes con respecto al consumo de alcohol en el mundo. En 2010 elaboró la “Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol”, un manual que tiene como objetivo aportar a los diseñadores de políticas sanitarias elementos necesarios para la implementación de una estrategia eficaz que pueda resolver los problemas causados por el consumo de alcohol en la sociedad. (Alwan, 2010)

Cabe destacar que esta misma organización establece que el consumo de alcohol afecta directamente a la salud pública a nivel mundial;

“El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. En el marco de este proyecto de estrategia, el concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales” (Alwan, 2010)

A nivel nacional, en nuestra Constitución se establece en el artículo 19, referida a los derechos y deberes constitucionales, inciso 9, que el Estado es el encargado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud del individuo. A su vez, le corresponde ejecutar las acciones correspondientes a la salud, a través de sus instituciones públicas, permitiendo también un sistema privado que otorgue dichos servicios, dando así la posibilidad al individuo de elegir en donde atenderse. (Senado, 2020)

Tal como indica nuestra carta fundamental, el Estado debe otorgar los mecanismos necesarios para resguardar la salud pública dentro del territorio, con lo que se puede desprender que en Chile si se está aplicando la definición de salud pública anteriormente expuesta.

Asimismo, este concepto se puede relacionar directamente al problema del consumo de alcohol por los diversos efectos negativos que produce esta sustancia a la salud de la población chilena y, por ende, a la necesidad que tiene el Estado para atender dicho problema.

En la actualidad las instituciones públicas que abordan esta materia en Chile son el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y el Ministerio de Salud, entidades que efectúan un trabajo en conjunto en el desarrollo de estrategias y políticas destinadas a este problema.

2. Herramientas de análisis de una Política Pública

La prevención y la reducción del uso del consumo de alcohol se enmarca en la esfera de la salud pública y, debido a los nocivos efectos en la población, tendría un carácter de prioritario, por lo que la participación del Estado es fundamental para reducir los niveles de consumo de alcohol de la población

Siguiendo con el manual de 2010 elaborado por la OMS al que se hizo alusión en el punto precedente, este señala que esta problemática no se da solamente en países subdesarrollados, sino que afecta de igual manera tanto a países de altos ingresos como en desarrollo. (Alwan, 2010)

Las políticas públicas son un factor común de las decisiones del gobierno, según Lindorma Boneti estas pueden definirse como las acciones que nacen del contexto social por medio de la esfera estatal, en el que se decide la intervención pública de una determinada realidad social, con el objeto de responder a una necesidad o para una regulación administrativa. Agrega que una política pública busca una intervención que produzca una solución que se mantenga en el futuro. (Olavarria & Navarrete, 2010)

Los elementos constitutivos presentes dentro de una política pública desarrollados por Joan Subirats, en su texto denominado “Análisis y gestión de Políticas Públicas”, son los siguientes;

“Elementos constitutivos de una política pública según Joan Subirats”

Elementos	Descripción
Solución de un problema público.	Una política pública pretende resolver un problema social reconocido políticamente como público. Se supone pues, el reconocimiento de un problema, es decir, la existencia de una situación de insatisfacción social, cuya solución requiere la acción del sector público.
	Toda política pública busca modificar u orientar la conducta de grupos de población específicos ya sea de manera directa o actuando sobre el entorno de

Elementos	Descripción
Existencia de grupos-objetivos en el origen del problema público.	tales actores. Una política debe identificar los objetivos que permitan cambiar su conducta.
Programa de intervenciones.	Decisiones más o menos concretas e individualizadas (decisiones relativas al programa y a su aplicación)
Papel clave de los actores políticos.	Este conjunto de decisiones y de acciones sólo podrá considerarse como una política pública en la medida en que quienes las toman y las llevan a cabo lo hagan desde su condición de actores públicos. O dicho de otra manera, es necesario que se trate de actores integrados en el sistema político-administrativo o bien de actores privados que posean la legitimidad necesaria para decidir o actuar en base a una representación jurídicamente fundada
Naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades.	Sin embargo, si bien los actos públicos se imponen desde la autoridad legítima que reviste el poder público, la diversificación actual de los medios de acción y de intervención del sistema político administrativo es tal, que este aspecto coercitivo puede acabar resultando ser más la excepción que la regla. Tanto si se trata de actividades públicas convencionales o de actividades contractuales, las formas de acción pública son actualmente tanto incentivadoras como coercitivas

Fuente: “Análisis y gestión de Políticas Públicas” – Joan Subirats

Estos elementos recién descritos de políticas públicas están insertos dentro de las 4 acciones propuestas por la OMS y que servirán de base para el análisis de las realidades de Chile e Islandia, a continuación, se presentara un cuadro en donde se analizan lo descrito por la OMS con los elementos propuestos por Joan Subirats;

“Tabla de análisis de los elementos seleccionados por la OMS con respecto a los elementos establecidos por Joan Subirats”

Elementos	Liderazgo, concienciación y Compromiso	Medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol	Disponibilidad del alcohol	Política de precios
Solución de un problema público.	El alto consumo de alcohol dentro de la población	Los accidentes de tránsito provocados por el consumo de alcohol	El alto consumo de alcohol dentro de la población	El alto consumo de alcohol dentro de la población
Existencia de grupos objetivos	Las acciones van destinadas a reducir el consumo de alcohol dentro de la población en general.	A los conductores que manejan bajo los efectos del alcohol	Los grupos de riesgo como jóvenes o alcohólicos	A los consumidores habituales de las bebidas alcohólicas
Programa de intervenciones.	Formulación de estrategias y establecimiento de un órgano especializado que permita reducir el consumo de alcohol.	Implementación de un límite superior de concentración de alcohol en la sangre para conducir y penas efectivas por incumplir con esta norma.	Regulación de los puntos de venta del alcohol, establecer una edad mínima de venta, horarios establecidos de venta, etc.	Establecer un régimen específico de impuestos que permita controlar los precios de las bebidas alcohólicas
	El estado es el responsable de	La participación de diversas		

Papel clave de los actores políticos	generar todas las estrategias destinadas a disminuir el consumo de alcohol.	instituciones públicas en la elaboración y ejecución de las estrategias relacionadas con este tema	El estado es el principal encargado en generar medidas que permitan regular la disponibilidad del alcohol	El estado es el principal responsable de fijar medidas para establecer precios de las bebidas alcohólicas
Naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades.	Las medidas pueden ser obligatorias, como acciones establecidas por ley o campañas informativas	Las decisiones son de carácter obligatorias, sumado a que se complementan con campañas informativos sobre los riesgos de conducir bajo la influencia del alcohol.	Se ocupan medidas obligatorias a través de normas jurídicas.	A través de acciones normativas se hace obligatorio el cumplimiento de lo que establezca el estado

“Tabla de elaboración propia con información extraída del Manual de la OMS y lo establecido por Subirats”

La característica fundamental de una política pública es que se desarrolla en base a un problema público, el cual es la carencia objetiva presente en la sociedad y que los actores políticos o externos determinen que lo que está sucediendo en la población no es aceptable y necesita la participación del Estado, incluyéndolas dentro de la agenda pública. (Olavarria, 2007)

Por ende, una política pública se estructura dentro de la discusión pública, en donde se desarrollan los diversos temas que son considerados como importantes y merecen la atención inmediata del ejecutivo. Dentro de esto, hay personajes que tienen mayor capacidad para introducir temas a la discusión, generándose intereses particulares que compiten en la formación de políticas públicas. (Lahera, 2004)

Entonces se pueden definir las políticas destinadas al consumo de alcohol como las decisiones tomadas por los gobiernos que se expresan en leyes, reglas y reglamentaciones que tienen relación con el alcohol, la salud y el bienestar social.

La “Estrategia Mundial para Reducir el uso Nocivo del alcohol” de la OMS entrega diversas opciones y mecanismos para los Estados enfrenten el consumo de alcohol en sus poblaciones. Esta organización divide en 10 esferas de intervenciones aplicables a nivel nacional.

En el anexo número 1 se encuentra una tabla de elaboración propia que contiene 4 de las diferentes opciones políticas propuestas, sus descripciones y las diversas acciones que materializan dicha política.

3. MARCO CONCEPTUAL:

3.1. Niveles de consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se vincula a diferentes problemas y por sus componentes es considerada como una sustancia que puede generar un alto nivel de dependencia, sumado a los problemas sanitarios y sociales producidos por su alto consumo. (Anderson & Colon, 2008)

3.2. Consumo de riesgo.

Es el nivel o patrón que puede llevar a serios problemas a la salud si el hábito persiste. A pesar de que cualquier nivel de consumo de alcohol trae riesgos para la salud, la OMS recomendando que el consumo diario no exceda entre los 20 g a 40 g de alcohol (de 3 a 4 latas de cerveza) en las mujeres y 40 g a 60 g de alcohol (de a 4 a 5 latas de cerveza) en los hombres. (Anderson & Colon, 2008)

3.3. El consumo perjudicial.

Es el patrón de consumo que afecta a las personas físicamente (con enfermedades como la cirrosis) y psicológicas (como problemas de autoestima, violencia, depresión). Se señala como nocivo el consumo regular de más de 40 g de alcohol (4 copas de vino) en las mujeres y 60 g de alcohol (6 copas de vino) en los hombres. (Anderson & Colon, 2008)

3.4. El Consumo Excesivo Ocasional.

Es el nivel de consumo característico de los jóvenes, ya que hace referencia a la ingesta de al menos 60 g de alcohol (5 latas de cerveza) dentro de una o varias sesiones en la semana (Anderson & Colon, 2008). Este alto consumo de alcohol se puede producir especialmente los fines de semana o cuando hay algún tipo de celebración.

En nuestro país, según el último estudio realizado por SENDA en el año 2016, se indica que en la población el consumo se manifiesta de manera ocasional y que la tendencia del chileno es ingerir grandes cantidades de alcohol hasta embriagarse. En comparación, los países europeos muestran un consumo más responsable, ello a pesar de tener un volumen de ingesta mayor a nuestro país, pero con cifras menores de abuso de esta sustancia.

3.5. Alcoholismo.

Es el consumo crónico o periódico de alcohol, caracterizados por la imposibilidad de controlar la ingesta, frecuentes episodios de intoxicación y la falta de preocupación con respecto a esta sustancia, a pesar de sus consecuencias adversas (Anderson & Colon, 2008)

Muchos no utilizan este término y lo asocian directamente a la Dependencia del Alcohol, referida a que la conducta del individuo se centra directamente en el consumo de bebidas alcohólicas, dejando de lado actividades de su vida diaria que en algún momento fueron importantes para este. (Anderson & Colon, 2008)

II. CAPITULO II: MARCO INSTITUCIONAL.

1. MARCO INSTITUCIONAL CHILENO

1.1. Ministerio de Salud.

Es la principal institución encargada de velar por la salud pública. Fue creada en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25 de 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública de todos los chilenos. (MINSAL, 2020)

El principal objetivo del Ministerio de Salud es formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional. Por ende, también tendrá dentro de sus funciones el control y evaluación de los planes y programas generales en materia de salud, la definición de los objetivos sanitarios del país, la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios y la dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas. (Minsal, 2020)

1.2. El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Esta entidad gubernamental tiene como principal cometido la elaboración de planes y políticas destinadas a la prevención del consumo de drogas y alcohol, también del tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias. Esta institución radica en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, fue creado el 21 de febrero de 2011 por la ley N° 20.502. (SENDA, 2020)

Los mecanismos de prevención utilizados por el SENDA tienen como objetivo educar a la población sobre los riesgos del consumo de alcohol y evitar las consecuencias que puedan producir la utilización de este producto. Para ello desarrollan actividades dentro de colegios, liceos y lugares de trabajo, así como charlas para educar a las familias sobre los problemas a los que se enfrentan los jóvenes que consumen alcohol.

Junto al Ministerio de Salud, desarrollan un trabajo en conjunto elaborando planes y programas destinados a la rehabilitación y al tratamiento del consumo nocivo de drogas tanto lícitas o ilícitas. En la actualidad, se encuentran ejecutando el plan de acción de Alcohol 2017-2020, ejecutando un grupo de intervenciones que respondan a todos los lineamientos necesarios para combatir dicho problema. (Leyton, 2017)

1.3. Observatorio Chileno de Drogas.

Es un organismo dependiente del SENDA dedicado a la generación y recopilación de información de los múltiples aspectos relacionados con el problema de las drogas. Como objetivos principales es facilitar la visión permanente, confiable y actualizada de los problemas relacionados con el consumo de drogas y suministrar información que permita mejorar el proceso de toma de decisiones acerca de las medidas necesarias para disminuir el consumo de drogas y de alcohol. (Observatorio Chileno de Drogas, 2020)

El observatorio se encarga de la elaboración de informes sobre la situación de la población en general sobre el consumo de drogas cada dos años. Los informes más actualizados son los del año 2016 y el del año 2018, estos documentos se caracterizan principalmente por entregar los principales datos sobre el consumo de alcohol dentro de la población, estableciendo diversos criterios como el grupo etario, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, etc. (Observatorio Chileno de Drogas, 2020)

1.4. Ley 18.455.

La cual fija las normas sobre la producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y vinagres dentro del territorio chileno. Para esta ley, se entiende por bebidas alcohólicas las fermentadas y no fermentadas, y estas últimas, en destilados y licores.

En este sentido, se estipula que “bebida alcohólica” es aquella que tenga una graduación alcohólica de un grado o más, “destilados” las bebidas obtenidas directamente de la destilación de sustancias azucaradas fermentadas y “licores” como las bebidas alcohólicas no comprendidas en las definiciones anteriores (Barrera, 2011).

1.5. Ley 19.925.

Tiene relación con el expendio y consumo de bebidas alcohólicas, regula las medidas de prevención y rehabilitación del alcoholismo y las sanciones y los procedimientos aplicables a quienes infrinjan las normas con respecto a su uso.

El artículo 3 de esta ley establece quienes están facultados para distribuir las bebidas alcohólicas, diferenciándose según el valor de la patente, requisito necesario que permite vender productos con contenido alcohólico. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2014)

1.6. Ley 18.290.

Tiene como objetivo regular el tránsito vial. El artículo 1 dice que quedarán sujetas todas las personas que, como peatones, pasajeros o conductores de cualquiera clase de vehículos, usen o transiten por los caminos, calles, ciclo vías y demás vías públicas, rurales o urbanas, caminos vecinales o particulares destinados al uso público, de todo el territorio de la República. En esta misma ley se establecen como delito manejar un vehículo bajo la influencia del alcohol. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2009)

1.7. Ley “Tolerancia Cero”.

Entró en vigencia en marzo de 2012, como modificación a la Ley de Tránsito. La iniciativa legal bajó los grados de alcohol permitidos en la sangre para conducir, estableciendo la condición de “bajo la influencia del alcohol” desde 0,3 gramos por litro de sangre y “estado de ebriedad” sobre los 0,8 gramos por litro de sangre.

Al mismo tiempo, se incrementaron las sanciones relativas a la suspensión de la licencia de conducir, dependiendo de la infracción que se cometa y las consecuencias que esta tenga, siendo mucho más rígida que en la anterior legislación. (CONASET, 2012)

En anexo nº3 se muestra cuadro de información extraído desde la CONASET, en el que se estipula que conducir bajo estado de ebriedad, sin causar lesiones, puede costar 3 meses sin licencia de conducir para el infractor y, en caso de causar daños, hasta 5 años.

De acuerdo a lo estipulado por esta normativa, los conductores sólo podrían tomar 1/3 de una lata de cerveza de 33 cl de 5 grados para no sobrepasar los 0,30 gramos de alcohol en la sangre.

1.8. Ley Emilia.

La Ley Emilia se encuentra vigente desde el 16 de septiembre de 2014, y sanciona con cárcel efectiva de al menos un año a los conductores en estado de ebriedad que generen lesiones graves gravísimas o la muerte. Además, se establece como delito fugarse del lugar del accidente y negarse a realizar el alcohotest o la alcoholemia.

Las penas de cárcel se aplican a los conductores que causen algún tipo de lesión grave o la muerte de otra persona superando los 0,8 gramos por litro de sangre. Las sanciones efectivas van desde los 3 años y un día por causar lesiones graves hasta los 5 años y un día hasta 10 años efectivos por causar la muerte de alguna persona. (CONASET, 2014)

2. MARCO INSTITUCIONAL ISLANDÉS

2.1. Centro Islandés de Investigación y Análisis Social (ICSRA).

Es una institución de carácter estatal, creada el año 1999 en colaboración con el Ministerio Islandés de Educación, Ciencia y Cultura y los diversos municipios comprendidos en Islandia y es el encargado de llevar a cabo encuestas sociales a la juventud islandesa entre niños de los 10 a 20 años para la recopilación de datos y difusión de la información con respecto al consumo de drogas y alcohol dentro de este grupo etario. Este centro es el encargado de la elaboración de la estrategia nacional “Planeth Youth”. (ICSRA, 2019)

Estas encuestas permiten una amplia recopilación y difusión de información con respecto al bienestar familiar y adolescente permitiendo el diseño de las estrategias destinadas a erradicar el consumo de sustancias por parte de la población joven dentro de Islandia.

Los tres objetivos clave de ICSRA son:

- a. Avanzar y distribuir el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud, el bienestar y el comportamiento de los jóvenes
- b. Mejorar la calidad de vida de los jóvenes mejorando la salud y el bienestar a través del proceso de educación y cambio social y
- c. Crear un lugar para la colaboración de académicos; específicamente para la educación y capacitación de jóvenes académicos. (ICSRA, 2019)

2.2. Planeth Youth.

Es una estrategia desarrollada por el Gobierno Islandés de Ólafur Ragnar durante los años 90 debido a los altos índices de consumo de alcohol y drogas dentro de sus jóvenes. Esta estrategia tuvo como objetivo generar acciones con el fin de controlar los niveles de consumo de alcohol dentro de la juventud islandesa, a través de la participación de diversos actores sociales y el estudio de las observaciones internacionales y las locales. Lo primordial de este plan era incorporar a todos los sectores de la sociedad, desde la familia,

la educación y los barrios, para acortar los accesos de alcohol e incentivar a los jóvenes a no consumir esta sustancia. (Poblete, 2019)

Después de 20 años de la incorporación de esta política pública, la cifra de jóvenes que se embriagaron alguna vez dentro de los 30 días disminuyó del 42% en el año 1998 a solo un 6% para el año 2018, como se puede observar en el anexo n^o2.

Esta estrategia, según un académico islandés Kristjansson, persigue 5 principios básicos los cuales son:

- 1) Aplicar un enfoque de prevención primaria para mejorar el entorno.
 - 2) Enfatizar la acción comunitaria, compromiso y empoderamiento de los miembros de la comunidad para tomar decisiones con información práctica.
 - 3) Incorporar a investigadores, junto a los creadores de las políticas públicas y a los miembros de la comunidad.
 - 4) Hacer coincidir el ámbito de la solución con la del problema.
 - 5) Enfatizar en las acciones que permitan mantener las soluciones a largo plazo.
- (Poblete, 2019)

2.3. Compañía Estatal de Alcohol y Tabaco (Vinbudin).

Es la institución pública encargada de la venta de alcohol y tabaco en el país nórdico. Para el estado islandés, el alcohol no es como ningún otro producto en el mercado, por lo tanto, su distribución no pretende maximizar ganancias, sino que, controlar los niveles de consumo para el beneficio social. (Vinbudin, 2019).

En la actualidad existen 51 locales estatales encargados de la venta de productos alcohólicos, no está permitido vender productos alcohólicos fuera de estos lugares, y solamente lo pueden hacer los bares o discotecas que vendan bebidas alcohólicas con consumo dentro de estas.

2.4. Ley de Transito N°77/2019:

Es el principal cuerpo normativo que regula y restringe las acciones dentro de las carreteras del país nórdico. El primer artículo establece que el propósito de esta Ley es;

“Proteger la vida y la salud de los usuarios de la carretera con una mayor seguridad vial, donde se garantiza el acceso equitativo entre los usuarios de la carretera, independientemente del modo de transporte, y las consideraciones ambientales se tienen en cuenta al planificar el tráfico”. (Gobierno de Islandia, 2020)

Dentro de este cuerpo normativo también se establecen los principales procedimientos de control de los diversos vehículos y de los transeúntes, siendo la policía los principales agentes destinados a realizar las acciones de fiscalización vial. El capítulo 9 de este cuerpo normativo establece las prohibiciones de conducir bajo la influencia de alcohol, narcóticos y drogas, aludiendo que el conductor debe estar física y mentalmente capaz de operar un vehículo, si se encuentra bajo efecto de alguna sustancia externa, puede afectar directamente la vida de él y de otras personas. (Gobierno de Islandia, 2020)

Paralelamente, este cuerpo legal establece penas efectivas a los conductores que infligen las normas establecidas en los incisos anteriores, también a los conductores que no respeten lo establecido en el capítulo 9 sobre la conducción bajo los efectos de alcohol. Las penas varían desde multas hasta penas de cárcel.

2.5. Ley de comercio de Alcohol y Tabaco N°86

Esta ley tiene como objetivo regular la venta por menor de las bebidas alcohólicas y la del tabaco teniendo como propósito definir un marco regulatorio de las ventas de estas dos sustancias con el fin de mejorar la salud pública y con un enfoque de responsabilidad social por parte del estado Nórdico para reducir los efectos nocivo que provoca el consumo de alcohol y de tabaco dentro de la población. Esta misma ley resalta la necesidad de cuidar a los jóvenes del consumo de estas sustancias y la necesidad de regular el acceso a estos productos. (Icelandic, 2011)

Este cuerpo normativo le entrega toda la facultad de vender y recaudar los fondos generados de la venta de alcohol y tabaco a la Compañía Estatal de Alcohol y Tabaco de Islandia (Vinbudin). Esta institución es la única con la facultad de comercializar bebidas alcohólicas, no se les permite a los privados ejercer beneficios con estos productos, excepto bares o lugares de consumo interno.

El artículo nueve establece los impuestos aplicados a las bebidas alcohólicas y a los cigarrillos distribuidos dentro de Islandia, la Compañía Estatal de Alcohol y Tabaco tiene la facultad de agregar un recargo especial a las bebidas alcohólicas según el volumen de alcohol que tenga la sustancia. También se establece como edad mínima los 20 años para comprar los productos establecidos dentro de los Vinbudin. (Icelandic, 2011)

III. CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.

1. Objetivo General.

Realizar un Análisis comparado de los elementos claves de las políticas públicas nacionales y las desarrolladas en Islandia, relativas a generar un modelo que permitan reducir los niveles alcoholismo entre la población chilena, estableciendo sugerencias de posibles acciones para el panorama chileno.

2. Objetivos Específicos.

- Realizar un análisis que aporte a un diagnóstico de las políticas públicas recomendadas por la OMS y destinadas a regular los precios de venta del alcohol, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, las medidas en contra de la conducción bajo los efectos del alcohol y el liderazgo de los estados para generar acciones de esta índole, tanto en Chile como en Islandia.
- Contribuir a formular estrategias que sean aplicables a la realidad chilena y que permitan disminuir los niveles de alcohol en la población nacional.
- Sistematizar un formato de análisis de políticas públicas destinadas a disminuir el consumo de alcohol en la población.

3. Metodología

Esta investigación se enfocará en la comparación de la realidad de Chile con respecto a los elementos claves de las políticas públicas destinadas a disminuir el consumo de alcohol con Islandia.

Para llevar a cabo este trabajo, se ha determinado la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se han desarrollado los elementos claves de las políticas públicas sobre la conducción bajo los efectos del alcohol, la disponibilidad de bebidas alcohólicas, las políticas de precios y el compromiso y liderazgo de los estados de Chile e Islandia con respecto al consumo de alcohol?

4. Tipo de Investigación.

Se efectuará un análisis descriptivo, que según Sampieri permiten detallar situaciones y eventos, conociendo como es y cómo se manifiesta determinado suceso y determina las principales propiedades del fenómeno en cuestión (Sampieri, 2006), en este caso se detallará los principales elementos de las políticas públicas destinadas al consumo de alcohol en nuestro país, la realidad nacional y los principales problemas que contrae esta bebida alcohólica. Sumado a lo anterior, se expondrá sobre las políticas públicas llevadas a cabo por Islandia, cuyos resultados permitieron tener controlado los niveles de consumo de alcohol.

Al ser un trabajo descriptivo, se procederá a realizar un trabajo de carácter Cualitativo, que según Siampieri es la recolección de información a través de un proceso inductivo (explorar, describir y luego generar perspectivas teóricas) a través del análisis de las descripciones detalladas de los diferentes eventos o grupos de personas (Sampieri, 2006). En este estudio se pretende realizar una descripción detallada de las principales características de las políticas públicas desarrolladas en Chile e Islandia destinadas a controlar el consumo de alcohol.

Por último, a través del análisis de estas dos realidades, se procederá a realizar un trabajo comparativo que permita identificar las principales falencias del modelo chileno destinado al consumo de alcohol, de las políticas públicas y las instituciones destinadas a estos temas, pero también extraer y generar datos que permitan mejorar la realidad chilena y la participación de las instituciones públicas para erradicar los altos niveles de alcoholismo presentes en nuestro país.

5. Recopilación de la información:

La recopilación de los datos para el desarrollo de esta investigación se generó principalmente de la observación e indagación de diferentes informes desarrollados por instituciones de carácter internacional, principalmente los realizados por la Organización Mundial de la Salud la cual ha desarrollado diversos análisis de las realidades de los diferentes países con respecto al consumo de alcohol y ha generado manuales con recomendaciones de posibles acciones que permitan disminuir el consumo de alcohol en el mundo.

También, para complementar la información aportada por la OMS, se analizaron diversos estudios realizados por instituciones de carácter nacional de ambos países que analizaban diversas áreas del consumo de alcohol tanto en Chile como en Islandia y que permitió mejorar el panorama y la realidad sobre el consumo de bebidas alcohólicas de ambos países.

Por último, se hizo una revisión de los estudios realizados por instituciones gubernamentales de ambos países que otorgaban cifras con respecto al consumo de alcohol y una observación de los diferentes medios de comunicación que aportaban con noticias y entrevistas con respecto al tema que se está desarrollando.

IV. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA

Islandia y Chile son dos países con culturas y realidades distintas, además, se encuentran separados geográficamente. Islandia, una república soberana, es una isla ubicada al extremo noroeste de Europa y comprende una gran variedad de pequeñas islas ubicadas en el océano atlántico. Su cantidad de habitantes es aproximadamente de 360 mil y comparte vínculos con Finlandia, Suecia, Noruega, principales países nórdicos. (Inspirados en Islandia, 2019)

Chile es una estrecha y alargada franja de tierra ubicada en el extremo sudoeste de América del Sur. Una de sus principales características es que está constituido por diferentes zonas geográficas, la primera es el Chile continental, ubicado dentro del suelo americano, Chile insular, un conjunto de islas ubicadas en el océano pacífico bajo la jurisdicción chilena y el territorio Chileno Antártico. (Gobcl, 2020)

En el territorio chileno habitan alrededor de 18 millones de personas según el último CENSO y se caracteriza por ser una república de carácter presidencialista. Tanto en Islandia como en Chile las coberturas de salud se dividen en instituciones públicas y privadas, las primeras son administradas por el Estado. Ambos países han trabajado en la elaboración de políticas públicas para combatir el consumo de alcohol dentro de sus poblaciones.

A continuación, se presentará una tabla de comparación con los principales datos de Chile e Islandia, esta información se extrajo de informes realizados por la Organización Mundial para la Salud sobre la calidad de la salud y los Índices de Desarrollo Humano y de diferentes paginas gubernamentales de cada país, con el fin de poder establecer la situación en que se encuentra cada nación;

“Tabla comparativa de los principales datos de ambos países”

	CHILE	ISLANDIA
Población	18 millones	362.860 mil
Continente	América del Sur	Europa
Sueldo Mínimo	455 dólares	3.483 dólares

	CHILE	ISLANDIA
Ranking países más saludables del mundo.	33	3
Consumo de Alcohol	9.6 Litros	7.1 Litros
Forma de Gobierno	Presidencialista	Parlamentaria
PIB Per cápita	15.923,359 dólares	70.056,87 dólares
Ranking Índice de Desarrollo Humano	Lugar 44	Lugar 6

“Información extraída desde sitios gubernamentales e informes de la OMS”

Como se puede apreciar en la tabla precedente, Islandia es el país con los menores índices de consumo de alcohol, posicionados en la posición 75 de la escala de los países con más consumo de alcohol desarrollado por la OMS y es también, uno de los países más sanos en el mundo (Pozniak & Chestnov, 2014). En contraposición, Chile posee un nivel de ingesta de alcohol es mucho más elevado y alejado al posicionamiento del país nórdico con respecto a la calidad de salud de su población.

Hay que destacar que ambos poseen una realidad muy distinta, Islandia es una isla con una población muy pequeña y Chile posee una cantidad de habitantes mucho mayor que este país nórdico, también Islandia está considerado como un país con grandes estándares de desarrollo, mientras que Chile todavía se encuentra en vías de desarrollo.

A pesar de lo anterior, este trabajo se fundamenta en la base de los nocivos efectos que produce el alcohol que se provocan tanto en sociedades desarrolladas como en vías de desarrollo, por lo que, a pesar de las diferencias entre ambos países, se puede extraer lo que le sirva a la realidad chilena.

De la Estrategia Mundial sobre el uso Nocivo del Alcohol desarrollado por la OMS, se extrajeron 4 ámbitos de políticas públicas las cuales son el liderazgo y compromiso, las políticas y medidas en contra la conducción bajo los efectos del alcohol, la disponibilidad del alcohol y la política de precios, que serán el modelo de análisis de las actividades de ambos países, y que se desarrollará a continuación.

Para mayores antecedentes y detalles sobre lo planteado por la OMS en la materia, fue elaborada una tabla que se encuentra en el Anexo I.

1. Liderazgo, concienciación y compromiso.

La Organización Mundial de la Salud dentro de este punto, plantea el rol del estado en la generación de acciones concretas que permitan controlar los diversos efectos nocivos del consumo de alcohol dentro de su población. Establece que los gobiernos o estados deben tener un fuerte liderazgo, entendido como la capacidad de influir y decidir sobre acciones que permitan controlar los efectos negativos de la utilización de esta sustancia, con el uso de recursos y medidas concretas que generen resultados positivos para la comunidad. (Alwan, 2010)

Sumado al liderazgo, los gobiernos deben tener la conciencia política suficiente para determinar de que el consumo nocivo del alcohol produce diversos efectos adversos sobre la población y que afecta directamente a la salud pública, con esto, los gobiernos deben generar un compromiso real para generar estrategias de carácter nacional que incorporen a los diferentes sectores de la población, para desarrollar acciones que se adecuen al contexto nacional y permitan generar resultados concretos que beneficien a los individuos. (Alwan, 2010)

Es por esto que las medidas realizadas por los estados deben ser de carácter social, pensando en las consecuencias directas que conlleva el consumo de esta sustancia. En Chile, históricamente el estado se ha procurado en generar medidas paliativas destinadas a combatir el consumo de alcohol dentro de la población, pero en la mayoría, no se han generado los resultados esperados pues todavía se observa un alto consumo dentro de la población.

En el caso de Islandia el estado ha tenido el liderazgo y el compromiso político real para gestionar medidas con resultados beneficiosos para la población, ejemplos claros son la realización en el año 90 de un plan destinado a disminuir el consumo de alcohol dentro de los jóvenes y la implementación del monopolio de la distribución del alcohol por parte del estado, dos acciones que cumplieron con su cometido y que serán desarrollados durante el transcurso del análisis.

La Organización Mundial de la Salud dentro de este punto, establece diferentes acciones que deberían ser adoptadas por los diversos estados para generar estrategias con liderazgo y compromiso político para combatir los principales problemas que conlleva el consumo de alcohol.

A continuación, para completar la descripción de este punto, se realizará el análisis de dos de las acciones propuestas por la OMS para determinar el nivel de liderazgo de los países en esta área, las cuales son;

- a) La formulación de estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales para reducir el uso nocivo del alcohol,
- b) Establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales. (Alwan, 2010)

1.1. La formulación de Estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales para reducir el uso nocivo del alcohol:

Las estrategias, planes y actividades se entienden como las acciones o medidas de carácter estatal que buscan generar un impacto dentro del problema público, que en este caso sería el consumo nocivo de alcohol dentro de la población. La Organización Mundial de la Salud recomienda que las generaciones de las diferentes acciones estatales deben ser de carácter multisectorial y se deben adecuar al panorama nacional. (Alwan, 2010)

Estas iniciativas pueden tomar diferentes aristas que permitan combatir el consumo de alcohol, desde medidas restrictivas como no permitir el consumo de un sector en específico, hasta las medidas destinadas a informar y culturizar a la población con respecto a los daños que puede generar el consumo habitual de estas sustancias, pero la característica principal de toda medida contra el consumo de alcohol es el compromiso y el nivel de liderazgo del órgano estatal en la realización de estas acciones. (Alwan, 2010)

En el caso de Chile, como se dijo anteriormente, el Estado ha realizado diversas intervenciones con la intención de reducir los niveles de alcohol dentro de la población, pero

no ha obtenido resultados positivos. Para el análisis de la realidad de este país se hace necesario referirse al estudio realizado por Paula Margozzini y Jaime Sapag, académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica en el año 2015, los cuales analizan las diversas estrategias tomadas por el Estado para combatir y controlar el consumo de alcohol dentro de la población.

En el estudio se demostró que en Chile se han desarrollado avances normativos importante con respecto a este tema en las que se encuentran la ley 18.455 de 1985 sobre la elaboración, control y comercialización de bebidas alcohólicas que tenía como principal objetivo combatir los aspectos críticos de la distribución de esta sustancia, la ley 19.925 del año 2004 sobre expendio y consumo de alcohol que tiene como objetivo regular el expendio de bebidas alcohólicas y la ley de tránsito que regula la circulación vial y propone diversas medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol. (Margozzini & Sapag, 2015)

Sumado a esto, el año 2010 el estado, concretamente el Ministerio de Salud, se concentraron en realizar la Primera Estrategia Nacional Sobre Alcohol, la cual propuso nueve líneas de acción para regular temas como la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, los impuestos, la publicidad, etc., todas avaladas por experiencias internacionales anteriores. Posteriormente, el año 2011 se crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, principal institución encargada de los temas de consumo de alcohol y de otras sustancias y que en la actualidad se encuentra trabajando con el Ministerio de Salud en el Plan de Acción en Alcohol 2016-2020 que tiene como objetivo diseñar medidas que puedan implementarse dentro del país y permitan disminuir el consumo de alcohol en la población. (Margozzini & Sapag, 2015)

El largo camino que ha desarrollado Chile en la concertación de acciones tendientes a controlar los niveles de alcohol hace que se pueda ver la preocupación del estado con respecto a este problema. El estudio resalta especialmente dos avances importantes los cuales son la atención primaria, con la creación del SENDA y las normativas destinadas a la conducción en estado de ebriedad de vehículos motorizados. (Margozzini & Sapag, 2015)

Sin embargo, se plantea que las medidas tomadas hasta las fechas solo se plantean resultados a corto plazo y no se ha generado una política de carácter nacional que incorpore

medidas a largo plazo, con visiones globales y especialmente, con medidas que reúnan a los diferentes sectores de la sociedad.

Otro punto importante que destaca es la necesidad de profundizar en las acciones ya establecidas, como, por ejemplo, en aumentar la regulación a la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, tanto física como comercial y aumentar progresivamente los precios de estos productos, medidas que en la actualidad son bastantes débiles. (Margozzini & Sapag, 2015)

Como se dijo anteriormente y con la base de este estudio, se puede establecer que las medidas y las acciones tomadas por el estado y los diversos gobiernos han sido débiles y no han dado los resultados esperados. La debilidad del sistema de prevención y control del alcohol se justifica principalmente por las altas cifras de consumo presentes hasta la fecha y los diversos estudios realizados por la OMS que posicionan a este país dentro de los principales consumidores dentro de la región.

Hasta la fecha, ninguna de las intervenciones estatales ha logrado un impacto significativo dentro de los índices de consumo de la población. Hay que destacar que una de las acciones más positivas y relevantes realizadas por el estado han sido las medidas en contra de la conducción bajo los efectos del alcohol que han dado muy buenos resultados y que serán estudiados en otro punto del análisis.

En Islandia, según el estudio realizado por las Naciones Unidas sobre la calidad de la salud en el país nórdico, establece que esta nación tiene uno de los índices más bajo de consumo de alcohol dentro de los países de Europa debido a las estrictas políticas realizadas por el estado que incluyen los altos impuesto en el alcohol, una edad mínima alta para comprar bebidas alcohólicas (20 años), restricciones sobre la venta de alcohol, regulación en la publicidad y en la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y una estricta aplicación de las medidas en contra de la conducción bajo los efectos del alcohol. (OECD, 2019)

La prioridad de las políticas públicas destinadas por este país hacia la prevención del alcohol se centra en los jóvenes y en los grupos de alto riesgo, y los principales objetivos son restringir el acceso a esta sustancia, prevenir el consumo y reducir los hábitos peligrosos producidos por el uso nocivo del alcohol. (OECD, 2019)

El caso islandés se materializa con una de las políticas públicas más efectivas por parte del estado, por los buenos resultados generados a largo plazo y por frenar el consumo de alcohol dentro de un sector etario. Esta estrategia tiene como nombre “Youth in Iceland” y fue desarrollado por el Gobierno de Ólafur Ragnar. (Poblete, 2019)

Para contextualizar el surgimiento de esta estrategia, en los años 90, el consumo de alcohol y drogas aumentó sosteniblemente dentro de los jóvenes en el país nórdico, el consumo de alcohol en este grupo etario alcanzaba el 42% y de marihuana el 17%. Estas altas cifras dieron paso a que el gobierno tomara carta en el asunto y se planteó la necesidad de crear una estrategia que permitiese disminuir estas cifras. (Poblete, 2019)

En el año 1999 fue fundado el ICSRA (Centro Islandés de Investigación y Análisis Social) que fue la principal institución que llevaría a cabo la implementación de las diversas acciones tendientes a disminuir el consumo de alcohol dentro de los jóvenes islandeses con el “Youth Iceland”. (Poblete, 2019)

Después de 20 años puesta en marcha de esta política pública se demostró la efectividad de su plan tras la disminución del consumo de alcohol, hasta llegar a un 5% en 2018, de acuerdo con el gráfico que se encuentra en el Anexo II. (Poblete, 2019)

El gran resultado generado con la incorporación de esta medida se debió principalmente a su enfoque multisectorial, el cual tuvo como objetivo incorporar a los diversos sectores de la población para combatir un mismo problema, el consumo de alcohol en los jóvenes. Por otro lado, hubo un compromiso en fomentar diversos estudios y análisis del comportamiento de la población, de manera esporádica y a través del ICSRA, para apoyar la realización de las labores de los tomadores de decisiones. (Poblete, 2019)

Por último, el estado islandés se comprometió en generar y fomentar las actividades extracurriculares de los jóvenes islandeses, especialmente los deportes y las artes, mejorando las infraestructuras de los diversos establecimientos educacionales y fomentando el uso de espacios libres de drogas y alcohol, también se realizaron medidas restrictivas como no permitir la salida de menores durante cierta hora del día y aumentar las facultades para acceder al alcohol por parte de los jóvenes. (Poblete, 2019).

Esta medida se complementa con las diversas acciones estatales desarrolladas en Islandia y que persiguen controlar el consumo de alcohol dentro de la población, como por ejemplo, el Monopolio Estatal de la venta de las bebidas alcohólicas, la cual faculta a que solo el estado puede comercializar y generar utilidades con estos productos y las altas tasas impositivas a la venta de alcohol.

En comparación a Chile, las medidas tomadas por el país nórdico reflejan la voluntad del Estado en generar acciones concretas y fuertes que permitan impactar directamente sobre el consumo en la población, todas estas medidas se caracterizan por generar resultados a largo plazo y por la incorporación de todos los sectores en la toma de decisión generando los buenos resultados expuestos anteriormente.

Paula Margozzini y Jaime Sapag dentro del informe destacan la posibilidad que tiene nuestro país de generar estrategias, que se materialicen en leyes y acciones concretas, que permitan generar resultados a largo plazo, con enfoques intersectoriales y que frenen los altos índices de consumo de alcohol dentro de la población. Para ello sugieren aumentar el compromiso del estado en la elaboración de las estrategias de esta índole, estableciendo la importancia de frenar el consumo en la población por sus efectos en la salud pública. (Margozzini & Sapag, 2015)

1.2. Establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales:

La necesidad de establecer un organismo que se encargue del seguimiento de los planes y acciones destinados a erradicar el consumo de alcohol a nivel nacional le entrega mucho carisma a los países que intenta combatir este problema.

En Chile el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol es el principal órgano encargado del seguimiento y la revisión de las acciones destinadas al consumo de alcohol y de otras drogas. Pero también, el Ministerio de Salud realiza una tarea en conjunto con este organismo en la elaboración de planes y programas destinados a la rehabilitación y educación de estas sustancias

En la actualidad SENDA y el MINSAL no dan abasto con la cantidad de personas que solicitan sus servicios y programas, debido a que no los mecanismos suficientes para satisfacer las necesidades de la población con respecto a la problemática del consumo de alcohol.

Según el Sistema Nacional de Monitoreo de Tratamiento, el año 2017 se atendieron 7.456 personas dentro de los servicios de tratamientos del SENDA o del Ministerio de Salud, y el año esa cifra disminuyó a 6.901 individuos con algún problema con el consumo de alcohol. (SISTRAT, 2018)

Lo anterior no se condice con las cifras de los dos estudios de consumo de drogas el año 2016 y el 2018 desarrollado por SENDA que indican las elevadas cifras de personas con consumo de riesgo, quienes de alguna u otra forma necesitarían de algún tipo de tratamiento.

A este respecto, el año 2016 el estudio indicó que las personas con consumo riesgosos alcanzan el 9,3 %, alrededor de 400 mil personas (Novoa, 2017) y el año 2018 las cifras no variaron, manteniéndose el porcentaje de 9,3 % de personas con consumo de riesgo de alcohol. (Mora, 2019).

Cabe recordar que el consumo riesgoso o crónico de alcohol está asociado a la dependencia a las bebidas alcohólicas y está íntimamente ligado a intoxicaciones y a diversos problemas sociales y de salud críticos que imposibilitan al individuo a desarrollar su vida normal.

La mayor parte de los tratamientos deben enfocarse en personas en esta categoría. Sin embargo, en 2017 sólo hubo 7.456 atenciones, a pesar de que la cantidad de personas con problemas graves de alcohol se cifran en 400 mil. Según estas cifras, en 2017 sólo el 2% de estas personas pudo atender dentro de un servicio del SENDA. Este mismo porcentaje podría ser aplicado en el año 2018.

Estas cifras indican que los cupos de los programas no alcanzan a atender la demanda verdadera de la población que tiene un problema serio con el alcohol. En una entrevista realizada en el año 2019 por Canal 13, el director del SENDA Carlos Charme reconoció el

problema de cobertura de los tratamientos y especialmente la falta de recursos para realizar estas actividades dentro de la comunidad. De manera ilustrativa, se mencionó el ejemplo de la Municipalidad de Cerro Navia, en la cual SENDA, le entregó sólo 60 cupos de atención a personas de los 1.500 vecinos que solicitaron ayuda.

Como se puede apreciar, la capacidad de SENDA y del MINSAL como pilares fundamentales para el desarrollo de planes y tratamientos son insuficientes, los porcentajes de los estudios del comportamiento de la población no han variado significativamente durante los años y los pacientes críticos van aumentando.

2. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.

La conducción bajo los efectos del alcohol afecta gravemente a la capacidad de juicio, la coordinación y otras funciones motrices. La conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol es un importante problema de salud pública que afecta al bebedor y, en muchos casos, a partes inocentes. (Alwan, 2010)

La utilización de los vehículos motorizados es un fenómeno sumamente normal en la sociedad moderna y que va aumentando exponencialmente durante el transcurso de los años. Cada día, alrededor de 3.500 personas fallecen a causa de los accidentes de tránsito y millones resultan lesionadas o con algún tipo de traumatismo debido a los efectos de un accidente de esta índole según las cifras entregadas por la OMS. (OMS, 2020)

Existen intervenciones respaldadas por datos muy sólidos que permiten reducir la conducción bajo la influencia del alcohol. Las estrategias de reducción de los daños asociados al alcohol al volante deben incluir medidas disuasorias destinadas a disminuir las probabilidades de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual serán menores la probabilidad y la gravedad de los daños por colisiones propiciadas por el alcohol. (Alwan, 2010)

Tanto en Chile como en Islandia existen normativas que establecen penas y sanciones a los conductores que conduzcan bajo los efectos del alcohol. Según la última encuesta anual de vehículos en circulación realizada por el Instituto Nacional de Estadística del año 2017,

en Chile existen alrededor de 5 millones de vehículos, mientras que, en Islandia cuentan con 226.321 automóviles, cifra alta considerando los 300 mil personas que habitan esta isla.

Según el Observatorio de Seguridad Vial el año 2018 se produjeron 89.311 accidentes de tránsito con un total de 1.507 fallecidos (CONASET, 2018), mientras que las muertes producidas por accidentes de tránsito en Islandia en el año 2017 fueron 12. (OECD, 2019)

Para la Organización Mundial de la Salud el conducir con una pequeña cantidad de grados de alcohol dentro del cuerpo aumentan el riesgo de verse involucrados en accidentes de tránsito.

Para el análisis de este punto, la OMS entrega diversas acciones que deberían adoptar los diversos países para disminuir los accidentes de tránsito por ingesta de alcohol, en esta oportunidad se analizaran dos de esas acciones las cuales son;

1. Implementación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre.
2. Suspensión administrativa del permiso de conducir. (Alwan, 2010)

2.1. Implementación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en la sangre.

Para la Organización Mundial de la Salud es sumamente importante implementar una normativa que establezca un límite superior de grados de alcohol a la hora de conducir. Como se dijo anteriormente, esta institución establece que ingerir bebidas alcohólicas y conducir vehículos compromete a la vida del conductor y de las demás personas que transitan.

Según la Organización Panamericana de la Salud, las leyes y normativas de tránsito referidas a un límite de alcohol para conducir, tienen que tener como referencia la concentración de alcohol en la sangre de 0,05 g/dl (gramos por decilitros de sangre) para la población en general y de 0,02 g/dl para los inexpertos. (OPS O. P., 2017)

En Chile, el año 2012 comenzó a regir la Ley 20.580 o la ley Tolerancia Cero la cual establecía un límite de concentración de alcohol dentro de los conductores chilenos y estipula las sanciones a quienes no cumplan con esta normativa. Esta ley establece como límite 0,03 g/dl de sangre para conducir, ósea, que una persona al beber la mitad de una cerveza se encuentra imposibilitado de conducir un vehículo y se enfrenta a diversas sanciones si es sorprendido en dicho acto. (CONASET, 2012)

Por su parte, la ley de tránsito establecida en Islandia, establece que los conductores que tengan 0,02 g/dl no pueden controlar el vehículo de forma segura, y si sobrepasa los 0,12 g/dl por litro de sangre ya no se encuentran, de ninguna manera, aptos para conducir vehículos. (Gobierno de Islandia, 2020). Al igual que en Chile, en Islandia no se permite conducir ni siquiera si se ha consumido la mitad de una cerveza.

Ambas normas se adecuan a lo establecido dentro de los parámetros de la Organización Panamericana de la Salud. Hay que destacar que en ambos países se utiliza el alcotest, que es una herramienta que indica los niveles de alcohol a través de la exhalación de los conductores y también, ambos países tienen la facultad dentro de sus cuerpos legales, de realizar exámenes de sangre a los conductores sospechosos de haber consumido grandes cantidades de alcohol.

Según la ley 18.290 la cual regula el tránsito vial y vehicular en Chile, Carabineros de Chile son quienes están autorizados de fiscalizar y controlar el cumplimiento de las normas legales de tránsito y las estipuladas por el Ministerio de Transporte y por las Municipalidades. Si se presenta alguna falta a las normas de conducción, carabineros tiene la facultad de llevar a la persona ante los Tribunales de Justicia para dictar la condena según la falta cometida.

En Islandia, la Ley de Tránsito es la principal base legal que regula el actuar de los conductores en las calles. En el país nórdico se establece como principales agentes de control vial a su Policía Nacional, los cuales tienen la facultad de realizar diversos controles a cualquier conductor que sea sospechoso. El capítulo 9 de esta ley establece la prohibición de conducir vehículos motorizados bajo la influencia del alcohol y de drogas. (Gobierno de Islandia, 2020)

Hay que destacar que la implementación de la ley de tolerancia 0 en Chile en el año 2012 los accidentes de tránsito disminuyeron en los siguientes años como lo indica el siguiente grafico sacado desde CONASET:



Fuente: Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito “CONASET”.

Si en el año 2011 se registraron 205 muertes por el consumo de alcohol, desde la implementación de la ley el 2012 hasta el 2018, las cifras no sobrepasaron las 152, una disminución considerable que se ve reflejado por el endurecimiento de las medidas restrictivas a quienes conducen bajo los efectos del alcohol.

Según la OMS, en 2017 las cifras por muerte en accidentes de tránsito en Islandia sólo fueron de 12 personas, posicionándose dentro de los países con menos cantidad de muertos por esta situación. El país nórdico posee una norma vial estricta que le ha significado tener una pequeña cifra de fallecidos por accidentes de tránsito y por el consumo de alcohol. (OMS, 2017)

2.2. Sanciones por conducir bajo los efectos del alcohol y la suspensión administrativa del permiso de conducir.

Las sanciones por conducir con algún grado alcohólico y la suspensión de las licencias han sido las estrategias más utilizadas por los diferentes países en el mundo. Muchos países han aumentado las penas a quienes conduzcan bajo los efectos del alcohol, pero la evidencia acerca de su efectividad es débil, la única medida que resulta más efectiva y eficiente es la retención de la licencia de conducir pues los infractores tienden a reincidir más si no se les quita el permiso e inversamente, cometen menos infracciones si se les quita dicho documento. (Pemjean, 2010)

La Organización Mundial para la Salud plantea la necesidad de generar un marco normativo que permitan establecer diversas sanciones a quienes incumplan con la concentración máxima permitida de alcohol para conducir vehículos motorizados.

En Chile la ley de tolerancia 0 también fija sanciones a quienes no respeten los límites al beber alcohol, esta norma establece que quienes conduzcan bajo los 0,03 g/dl hasta los 0,08 g/dl y no han causado lesiones graves arriesgan 3 meses sin licencia y si han causado lesiones graves o la muerte, arriesgan de 3 a 5 años sin poder conducir. (CONASET, 2012)

Si el conductor supera los 0,08 g/dl las penas aumentan, si no causa daños a terceros el conductor arriesga 2 años de no poder conducir y si lo realiza una segunda vez, arriesga 5 años sin licencia y si el conductor supera esta cantidad de grados de alcohol y causa un accidente grave arriesga la cancelación y la inhabilidad de por vida del permiso de circulación. (CONASET, 2012)

Sumado a esta ley, en el año 2014 se implementó la denominada ley Emilia, la cual persigue a quienes cometan algún daño a terceros y tiene como objetivo la cárcel efectiva de al menos un año a los conductores que produzcan lesiones graves, gravísimas o de muerte conduciendo en estado de ebriedad. Además, establece como delito fugarse y negarse a los procedimientos de carabineros. Las penas se aplican cuando el conductor supere los 0,08 gramos de alcohol por litro de sangre y están enumeradas dentro del Anexo III.

En el caso de Islandia es muy similar al chileno. Las personas que se encuentren en estado de ebriedad y sobrepasen los 0,05 g/dl arriesgan desde una multa hasta dos años sin poder conducir. Las penas mínimas se establecen si la cifra es menor a la establecida anteriormente, la cual pueden llegar a ser una multa y tres meses sin poder conducir. Las penas y multas aumentan si el conductor supera los 0.05 g/dl, inclusive, si el conductor supera los 0,20 g/dl arriesga altas penas de cárcel según el delito y más de 5 años sin poder conducir. (Gobierno de Islandia, 2020)

En ambos países se establece una normativa que establece penas efectivas de cárcel y la suspensión de las licencias de conducir según la cantidad de alcohol presente y la circunstancia en la que se encuentre el conductor. Las penas por conducir y los límites de concentración de alcohol son semejantes en ambos países. Pero en Chile sucede algo contra producido entre el funcionamiento de la ley Tolerancia 0 y la Ley Emilia.

Según un estudio realizado por la Fundación Emilia, la cual efectuó un seguimiento a la implementación a la ley de su mismo nombre, estableció que desde el 2011 al 2017 hubo una disminución del 50,5 % de los fallecidos por conducción en estado de ebriedad. (Figuera, 2018)

De acuerdo a esta institución, el año 2011 se registraron 348 muertes y el año 2017 la cifra bajó a 176. Es necesario destacar que esta institución critica las cifras entregadas por el Estado, las cuales son menores a los resultados de su estudio, debido a un problema de comunicación y coordinación entre Carabineros, el Ministerio Público y el gobierno. (Figuera, 2018)

En contraste a los resultados expuestos desde la aplicación de la “Ley Emilia”, de acuerdo a datos entregados por el Ministerio Público, ha aumentado de manera considerable los conductores formalizados por provocar accidentes fatales con menos de 0,08 g/dl, ósea sin aplicarles la ley Emilia. Según esta entidad, el año 2015 la Fiscalía tuvo que formalizar sólo a un conductor, en el año 2016 esa cifra aumentó a 8 y en 2017 a 16. En tanto, en 2018 se iniciaron 26 investigaciones contra conductores que, sin superar los 0,08 g/dl, le ocasionaron la muerte a alguien. (Figuera, 2018)

Ósea, lo que se está produciendo es que están aumentando los conductores que causan algún tipo de accidente bajo los parámetros establecidos por la Ley Emilia, esto debido a

que las penas establecidas por esta ley son más punitivas que las establecidas por la ley Tolerancia 0, por lo que el estudio plantea la necesidad de hacer que estas dos leyes se complementen para no generar estos vacíos normativos.

2.3. Tabla comparativa:

Para mejorar el análisis de las acciones destinadas a regular la conducción bajo los efectos del alcohol, se elaborará la siguiente tabla con los principales datos con respecto a Chile e Islandia;

Acciones	Chile	Islandia
Límite de alcohol para conducir	0,03 g/dl casi media cerveza.	0,02 g/dl menos de la mitad de una cerveza.
Sanciones con restricción para conducir por no respetar los límites establecidos por la norma.	0,03 g/dl – 0,08 g/dl sin causar lesiones graves; 3 meses sin conducir Con lesiones graves; 3-5 años sin conducir. > a 0,08 g/dl en primera instancia 2 años y si vuelve a infringir 5 años sin licencia	> a 0,05 g/dl 2 años sin poder conducir < a 0,05 g/dl 3 meses sin poder conducir y una multa monetaria. > a 0,20 g/dl 5 años sin poder conducir
Sanciones con penas efectivas de cárcel	Conductores que superen los 0,08 g/dl; Lesiones graves desde los 3 años y un 1 día hasta los 5 años. Causa de muerte desde los 5 años y un 1 día hasta los 10 años.	Penas establecidas dentro de la ley de tránsito según la gravedad del delito y la cantidad de alcohol presente en la sangre.

“Tabla de elaboración propia con los datos extraídos del análisis anterior”

3. Disponibilidad de alcohol.

Según la OMS, las estrategias de salud pública destinadas a regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante leyes, políticas y programas son un medio importante para reducir el nivel general de uso nocivo del alcohol. Esas estrategias prevén medidas esenciales para evitar el acceso fácil al alcohol por parte de grupos vulnerables o de alto riesgo. (Alwan, 2010)

La disponibilidad comercial y pública de alcohol puede influir a su vez en la disponibilidad social a esta sustancia y contribuir así, a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso nocivo de este producto, esto quiere decir que si dentro de un país se presentan diversos patrones que posibilitan el fácil acceso a las bebidas alcohólicas, la tendencia de las personas será a consumir estos productos y se generara una cultura etílica. (Alwan, 2010)

Paralelamente, la Organización Mundial para la Salud establece de que estas estrategias o medidas se deben aplicar según la realidad del país, incorporando a los diversos sectores de la sociedad, pero siempre buscando controlar los niveles de consumo de alcohol dentro de la población.

La realidad de Chile e Islandia es muy diferente con respecto a este tema, el país sudamericano les entrega toda la facultad a los sectores privados de distribuir las bebidas alcohólicas, hay un horario muy extenso de funcionamiento y la edad mínima es diferente que la del país nórdico, mientras tanto que, en Islandia, la venta y distribución del alcohol lo realiza el estado, los horarios son más acotados y las medidas de control son mucho más restrictivas en comparación a Chile.

A continuación, se analizarán dos de las acciones propuestas por la OMS que deberían incorporar los países para regular la disponibilidad del alcohol las cuales son;

- 1) Implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas y

- 2) Establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos.

3.1. Implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas:

Como se estableció anteriormente, es de suma importancia que los países generen un sistema adecuado que permita regular la accesibilidad de las bebidas alcohólicas en los países. Para generar esto, la Organización Mundial de la Salud dentro de este punto establece diversas sugerencias que posibilitarían la creación de un modelo sólido y adecuado para la regulación del alcohol, pero en este caso se tomaran 4 de estas acciones recomendadas por el organismo para realizar la comparación entre los dos países;

1. El primero es introducir cuando proceda, un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales orientados a la salud pública.
2. Regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales.
3. Regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista y
4. Regular las modalidades de venta de alcohol al por menor (Alwan, 2010)

En el caso de Chile, la ley 19.925 es la que regula el expendio y consumo de bebidas alcohólicas. Esta norma jurídica establece en el artículo número tres las principales características de aquellos lugares que puedan distribuir bebidas alcohólicas, la diferencia recae en la capacidad de distribución y su patente comercial, que se establece según la cantidad de UTM (Unidad Tributaria Mensual) que se debe cancelar. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2014)

Por ejemplo, los depósitos de bebidas alcohólicas o botillerías, entendidas como negocios que solo pueden vender las bebidas alcohólicas sin consumirlas dentro del local, su patente de expendio tiene un valor de 1 UTM, los supermercados deben cancelar 3 UTM para poder

comercializar bebidas alcohólicas y diversas otras instancias con diferentes valores y descripciones. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2014)

Lo que se puede desprender de esta ley es que la capacidad de distribuir y vender bebidas alcohólicas está entregada al sector privado, cumpliendo con lo establecido dentro de la ley y pagando el monto de la patente. Las Municipalidades tienen la capacidad legal de cobrar las patentes de alcohol, dicho dinero va directamente a las arcas municipales. Cabe destacar que dentro de esta ley se establecen más de 15 tipos de patentes comerciales y ninguna de ellas le entrega alguna facultad al Estado para distribución o comercialización estos productos.

Caso distinto es lo que sucede en Islandia. En el país nórdico el Estado posee el monopolio de la venta de alcohol. La Compañía Estatal de Alcohol y Tabaco (Vinbudin) posee tiendas de propiedad estatal con una patente sobre venta minorista de bebidas alcohólicas.

Esta institución es la única facultada por la ley nórdica en distribuir los productos relacionados con el alcohol. La ley de Comercio de Alcohol y Tabaco N°86 le entrega todas las facultades legales para ejercer dominio sobre las acciones de distribución y comercialización de las bebidas alcohólicas con el objetivo de controlar y reducir el consumo excesivo y el acceso de grupos de riesgo a estas sustancias. (Vinbudin, 2019)

Dentro de la Estrategia Nacional de Alcohol, realizada por el Ministerio de Salud de Chile el año 2010, se establece que un sistema de monopolio del gobierno de la venta de alcohol tiende a reducir el consumo bebidas alcohólicas en general, ya que se tiende a tener menos puntos de ventas en comparación al sistema privado y el estado tiene un mayor control de las personas que acceden. (Pemjean, 2010)

Hay que destacar que los ingresos generados por los Vinbudin son destinados a obras sociales, programas destinados a disminuir el consumo de alcohol y a la fomentación de actividades que se alejen del consumo de alcohol y de otras drogas.

Dentro del territorio nórdico, hay 51 botillerías estatales distribuidas por los distintos lugares de la isla, siendo la capital la que posee mayor presencia de estas. Alrededor de 250 mil personas en Islandia tienen la capacidad de acceder a las bebidas alcohólicas legalmente,

por lo que se desprende que hay una botillería cada 5 mil personas aproximadamente. (Vinbudin, 2019)

En Chile, la ley de distribución establece que son las Municipalidades son las encargadas de otorgar patentes para el expendio de alcohol dentro de sus comunas, pero esta misma norma establece que debe haber una botillería cada 600 personas. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2014)

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol realizó el año 2017 un estudio sobre la distribución de las patentes de expendio de alcohol en las diferentes regiones, cuyos resultados fueron preocupantes. De las 252 comunas analizadas, se contabilizó la existencia 46.096 patentes de alcohol a nivel nacional y que el 68 % de las comunas infligen la ley de números de botillerías por cantidad de habitantes, siendo la Región Metropolitana con más comunas que infringen esta norma, seguido de Concepción y Valparaíso. (Charme, 2019)

Otro punto importante que hay que destacar es el horario de venta de las bebidas alcohólicas, varios países han aplicado medidas destinadas a regular los horarios permitidos para comercializar esta sustancia para evitar sus principales efectos, como la violencia y los accidentes de tránsito.

En Chile está establecido por ley que las botillerías en día de semana pueden funcionar desde las 9 am hasta las 1 am del otro día, mientras que en los sábados y festivos de 9 am hasta las 3 am del otro día. Los comercios que venden alcohol dentro de sus locales pueden abrir desde las 9 am hasta las 4 am del día siguiente, y los días sábado y festivos desde las 9 am hasta las 5 am. Las discotecas desde las 19:00 horas hasta las 4 am del día siguiente y los sábados y festivos desde las 19:00 horas hasta las 5 am del día siguiente. (Min de Transporte, 2012)

En las Vinbudin o botillerías estatales islandesas, las horas de funcionamiento son de lunes a jueves de 11:00 am hasta las 18:00 pm, los días viernes 11:00 am hasta las 19:00 pm y los sábados de 11:00 am hasta las 14:00 pm. Las discotecas o locales nocturnos tienen la facultad de funcionar hasta altas horas de la mañana, igual en el caso de los bares o locales

que vendan bebidas alcohólicas dentro del recinto, que pueden permanecer hasta las 3 o 5 de la mañana según sea el caso. (Vinbundin, 2011)

Como se puede ver, en el caso chileno las botillerías, que son las principales fuentes de venta de bebidas alcohólicas, tienen la facultad de funcionar durante todo el día, desde la mañana hasta altas horas de la noche, incluso durante los días de semana, en contraposición a lo que sucede en Islandia, que tiene un horario más protegidos y no funcionan durante la noche.

Cabe destacar que la disponibilidad del alcohol también se ve condicionada con el horario de venta de los productos. Sumado a la gran cantidad de botillerías que hay dentro de Chile, estas tienen la facultad de funcionar durante todo el día, por lo que facilita aún más el acceso de personas, de jóvenes o de personas con problemas crónicos.

La OMS dentro de su manual, establece la necesidad de generar canales de regulación de los puntos de venta de alcohol y generar un sistema óptimo de autorización de la venta de este producto dentro del territorio. Como se puede apreciar Chile, cuenta con leyes y normas que regulan la distribución del alcohol, pero no hay un cumplimiento ni una regulación a la hora de entregar patentes de expendio por las instituciones encargadas.

3.2. Edad mínima para comprar alcohol.

Según la Organización Panamericana para la Salud fijar límites legales mínimos de edad ayuda a;

“Impedir que los jóvenes tengan un fácil acceso a las bebidas alcohólicas y, si se la aplica, ha demostrado ser una medida efectiva. Se pueden fijar límites legales a la edad para beber o adquirir alcohol, dentro o fuera de locales y para cada tipo de bebida”. (Monteiro & Maristela, 2007)

Diversos países han implementado a través de leyes o normas jurídicas las edades mínimas permitidas para comprar bebidas alcohólicas, estas van de los 16 a los 20 años según el país. Según diversos estudios realizados entre 1960 y 1990 concluyó que evidentes cambios en la edad mínima para comprar bebidas alcohólicas influyen

directamente en el consumo y en los accidentes provocados por la influencia del alcohol. (Pemjean, 2010)

En Chile está estipulado dentro de la ley 19.925 que la edad mínima para comprar es de 18 años e, inclusive, esta ley prohíbe el ingreso de menores a cantinas, bares y tabernas, exigiendo obligatoriamente el carnet de identidad. Esta ley también establece diversas penas a adultos que compren alcohol a menores de edad.

En esta misma ley entrega la facultad a Carabineros de Chile de fiscalizar y controlar los puntos de ventas, institución que puede multar a quienes vendan o compren bebidas alcohólicas a menores o inclusive, realizar controles de identidad a personas sospechosas de no cumplir con la edad mínima y llevarse detenidos a las personas que no cumplan con los procedimientos policiales. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2014)

Por otro lado, en Islandia la edad mínima para comprar bebidas alcohólicas es de 20 años y sólo se puede comprar dentro de los Vinbudin. Estas botillerías estatales poseen gran control y seguridad, por lo que limita el acceso a estos productos a los jóvenes.

Hay que agregar que dentro de las políticas islandesas existen toques de queda para los jóvenes durante la noche, lo que quiere decir que este grupo etario no puede superar las 10 pm en las calles, una medida restrictiva que se van sumando a las acciones para restringir el acceso a las bebidas alcohólicas por parte de los jóvenes islandeses. (Vinbudin, 2019)

En Chile las cifras de consumo de alcohol de los jóvenes son alarmantes. El estudio del SENDA desarrollado el 2017, estableció que al menos el 31,1% de los jóvenes ha consumido alcohol y de esta cifra el 61,7% ha tenido un periodo de consumo excesivo ocasional en el último mes. Estas altas cifras dan con la facilidad de este grupo etario para acceder a estos productos. Según esta misma entidad, el 40% de los jóvenes admite que es fácil o muy fácil conseguir alcohol, el 19% lo compra en botillerías y el 9% en supermercados. (Charme, 2019)

Por otro lado, las cifras entregadas por el Centro Islandés de Investigación y Análisis Social dan cuenta del poco consumo de alcohol presente en los jóvenes islandeses. Esto se debe

principalmente a las diversas medidas realizadas por el estado analizadas anteriormente, pero también por el difícil acceso de este grupo etario a las bebidas alcohólicas dentro del comercio establecido en dicho país.

En Chile se han iniciado campañas desde el Estado y del mundo privado. Ejemplo de lo anterior, la Compañía de Cervecerías Unidas (CCU), inició una campaña en contra de la venta a menores, educando a diversos dueños de botillerías de los riesgos de venderle este producto a menores (CCU, 2019). Se hace necesario incentivar y aumentar las campañas para educar a los vendedores y a las familias sobre los riesgos del consumo de alcohol en los jóvenes y de los diversos problemas que sugiere venderles o comprarles bebidas a este grupo etario.

Como sucede en el país nórdico, hay un mayor control y fiscalización en los puntos estatales a la hora de venderles bebidas alcohólicas a menores. En Chile se vuelve fundamental aumentar la fiscalización a las botillerías u otros locales que tengan la capacidad de vender alcohol, buscando que se respete la edad mínima de venta de estos productos.

3.3. Tabla Comparativa.

Para mejorar el análisis de los datos establecidos anteriormente, se desarrollará una tabla con cada una de las realidades de los dos países;

	Chile	Islandia
Sistema de venta de las bebidas alcohólicas.	Sistema privado establecido por ley que se otorga a través de patentes de expendio de bebidas alcohólicas.	Existe un sistema de Monopolio Estatal del Alcohol en donde el único autorizado en vender bebidas alcohólicas es el estado a través del Vinbudin.
Distribución de los puntos de venta del alcohol	Por ley, se establece que debe haber 1 botillería cada 600 personas, en la actualidad más del 50 % de las comunas no respetan esta ley, generándose un gran problema con la distribución de las patentes de alcohol.	Por la cantidad de habitantes que están facultados para comprar bebidas alcohólicas, existen una botillería estatal por cada 5 mil habitantes aproximadamente, más regulado que en el caso chileno.
Horarios establecidos para la venta de alcohol	Las botillerías pueden funcionar los días de semana desde las 9 am hasta la 1 am del otro día y los días sábados desde las 9 am hasta las 3 am del otro día. Los locales que facultados para vender alcohol puertas adentro están facultados los días de semana desde las 9 am hasta las 4 am del otro día y los viernes y festivos de 9 am hasta las 5 am del otro día.	Los Vinbudin están facultados de funcionar los días de semana desde las 11 am hasta las 18 pm, los días viernes de 11 am hasta las 19 pm y los días sábados de 11 am hasta las 14 pm. Los lugares que están facultados para vender bebidas alcohólicas dentro de sus locales pueden funcionar hasta las 5 am del otro día.
Edad mínima permitida para vender alcohol	La edad mínima permitida para vender alcohol en toda instancia es de 18 años.	La edad mínima permitida para vender bebidas alcohólicas es de 20 años

4. Políticas de precios.

Según el manual de la OMS, los grandes bebedores y los jóvenes, son particularmente sensibles a las variaciones del precio de las bebidas (Anexo I).

Se pueden emplear políticas de fijación de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercer influencia en las preferencias de los consumidores. El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol. (Pemjean, 2010)

La OMS establece que una medida destinada a aumentar los precios de las bebidas alcohólicas resulta una de las medidas más eficaces para disminuir el consumo y los episodios de consumo excesivo de bebidas alcohólicas dentro de la población. Empero, estas medidas se ven afectadas por grupos económicos los cuales se ven afectados por este tipo de iniciativas dada por la potencial disminución de la venta de estos productos. Dado lo anterior, la aplicación de esta medida debe reflejar los intereses tanto públicos como privados, por lo que es necesario entregar la mayor información posible con las intenciones y los resultados que se espera con la implementación de la medida. (Pemjean, 2010)

Es sumamente importante tener un sistema de impuestos que permita mejorar la condición de los diferentes consumidores. Para esto es fundamental analizar las acciones recomendadas por la OMS para establecer la complejidad de los precios de los países que se están analizando.

Para esto, se analizará una de las medidas entregadas por la OMS dentro de su manual de procedimiento la cual tiene que ver con la creación de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida.

4.1. Establecimiento de un régimen específico de impuestos nacionales sobre el alcohol;

Los impuestos son atribuciones y aportes de dinero que los ciudadanos están obligados a pagar por ley para el financiamiento del estado y este pueda satisfacer las necesidades sociales a través de acciones e intervenciones estatales. En los diferentes países existen diversos tipos de impuestos, el más común alrededor del mundo es el IVA (Impuesto al Valor Agregado) que varía en porcentaje en los diferentes países y se aplica a la venta de bienes y a la generación de servicios.

En Chile, los impuestos indirectos son aquellos que gravan las transacciones y compras que realizan las personas, uno de estos impuestos es el Impuesto a la Ley de Alcoholes la cual grava a la importación y venta de bebidas alcohólicas y productos similares, es un impuesto adicional al Impuesto al Valor Agregado (IVA) ya presente.

A partir del 01 de octubre del año 2014, las tasas de impuestos de las bebidas alcohólicas se establecieron como:

- a) Licores, piscos, whisky, aguardientes y destilados, incluyendo los vinos licorosos o aromatizados similares al vermouth, tasa del 31,5%.
- b) Vinos destinados al consumo, comprendidos los vinos gasificados, los espumosos o champaña, los generosos o asoleados, chichas y sidras destinadas al consumo, cualquiera que sea su envase, cervezas y otras bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su tipo, calidad o denominación, tasa del 20,5%. (SII, 2004)

Al ser un impuesto indirecto, este se agrega al IVA que en Chile equivale al 19%. En el caso de querer comprar una cerveza, esta tiene una tasa impositiva del 39,5% que se obtiene de la suma del IVA más el Impuesto al Alcohol, otro ejemplo son los destilados como el pisco los cuales recaudan una tasa impositiva del 50,5%.

En Islandia el IVA alcanza el 25,5 % y también está establecido por ley un impuesto especial al alcohol, entendiéndose como bebidas alcohólicas cualquier líquido que supere 2,25 % el grado alcohólico según sea su volumen ya sea a las importadas o a las bebidas realizadas dentro de Islandia. (Gob de Islandia, 1995)

Dentro de sus facultades, los Vibundin les suma un recargo a las bebidas alcohólicas según su volumen de alcohol, un 18% de recargo a bebidas alcohólicas con un 22% o menos de alcohol por volumen y un margen de beneficio del 12% en bebidas alcohólicas con más del 22% de alcohol por volumen (Vinbundin, 2011)

Con todos estos impuestos, la tasa impositiva a los productos que contengan alcohol alcanza alrededor del 80 %, siguiendo con la tradición de los países nórdicos, los cuales se caracterizan por tener las tasas impositivas más grandes en estos productos. (Vinbundin, 2011).

En la siguiente tabla se presentan tres bebidas de carácter internacional y su precio en ambos países en dólares aproximados. Los precios consultados se extrajeron directamente de la tienda online del supermercado Líder, principal distribuidora de Chile y del catálogo de Vinbundin, la botillería estatal presente en Islandia.

Precios aproximados en ambos países

BEBIDA ALCOHOLICA	CHILE	ISLANDIA
Heineken (330 ml) (5°)	0,71 dólares	2,51 dólares
Jack Daniel's Old No. 7 (750 ml) (40 °)	26,50 dólares	58,83 dólares
Casillero del Diablo, Cabernet Sauvignon 750 ml (13,5°)	5,67 dólares	16,15 dólares

Como se puede apreciar, las diferencias de precios son más del doble entre los dos países, teniendo el país nórdico los precios más altos en este tipo de productos que Chile. Esto se debe principalmente a la alta tasa impositiva impuesta dentro de las normas islandesas, las cuales son superiores a las establecidas dentro del marco normativo chileno.

Otro factor importante que incide en los precios de los productos es el poder adquisitivo de la población. Islandia posee un alto sueldo mínimo en comparación a Chile, lo cual indudablemente tiende a aumentar el nivel de precio de sus productos. A pesar de este factor, de acuerdo a lo señalado anteriormente, los precios de las bebidas alcohólicas se ven condicionados principalmente por su tasa impositiva.

Según diversos estudios analizados por el Ministerio de Salud de Chile, se ha observado en diferentes países que incrementar el precio de las bebidas alcohólicas puede contribuir a reducir la incidencia de violencia intrafamiliar, principalmente hacia la mujer, en el maltrato infantil, eventos suicidas, crímenes violentos, incidentes en el mundo laboral, enfermedades de transmisión sexual y muertes en accidentes de tránsito. (Pemjean, 2010).

Otro estudio importante y que analiza los impactos del alcohol dentro de la población chilena realizada por la Universidad Católica en 2018, establece que:

“Los costos económico total del consumo de alcohol es al menos 5 veces superior (entre 3 y 8 veces superior considerando el intervalo de credibilidad) al valor recaudado por el estado por concepto de impuestos específicos relacionados con la venta del mismo.” (Departamento de Salud Pública, 2018)

En Islandia, las recaudaciones de los impuestos producidos por la venta de las bebidas alcohólicas son destinadas a la elaboración de planes sociales o proyectos relacionados con la disminución del consumo de alcohol. En Chile la situación es preocupante, el gasto producido por las consecuencias del consumo de alcohol supera a lo recaudado por el estado.

El precio y un sistema de impuestos acorde a la realidad de un país son medidas indispensables para reducir el consumo de alcohol y en Chile todavía se hace necesario rediseñar las estas dos aristas.

El Presidente Sebastián Piñera en el año 2019 aseguró que se estaba estudiando la posibilidad de subir los impuestos al alcohol lo antes posible. Dentro de la Estrategia Nacional Sobre el Alcohol desarrollada por el gobierno se establece dos opciones que se podrían aplicar para subir los impuestos a esta sustancia.

La primera es un aumento diferenciado los impuestos, entre el 5 al 20% según el grado alcohólico de la bebida, quedando las bebidas con mayor presencia de alcohol con más inyección de impuestos.

La segunda opción es un aumento parejo de los impuestos en un 10 % para todas las bebidas, sin importar su grado alcohólico. (Pemjean, 2010)

Esta medida todavía no se concreta, pero está dentro de la agenda del gobierno. Las políticas destinadas a modificar los precios y los impuestos del alcohol deben ir enfocadas en enfrentar los efectos negativos sociales, económicos y sanitarios producido por esta sustancia, lo que se hace con las políticas dentro de Islandia.

Llegar una tasa impositiva elevada como en el país nórdico se debe hacer de manera progresiva, ambas realidades son sumamente diferentes. Chile se caracteriza por la producción de bebidas alcohólicas, muy por el contrario, al caso islandés, por lo que el aumento de un impuesto debe ser acorde a las necesidades del sector privado.

4.2. Tabla Comparativa:

Para mejorar el análisis, a continuación, se presenta una tabla comparativa con los principales puntos expuestos anteriormente:

	Chile	Islandia
Impuesto al Valor Agregado	El porcentaje del IVA es del 19 %	El porcentaje es del 25,5 %
Tasa impositiva aproximada a las bebidas alcohólicas	La tasa impositiva promedio es del 50 % a los alcoholes	La tasa impositiva promedio es del 80 % a los alcoholes
Tipo de impuestos a la bebidas alcohólicas	Los impuestos son proporcionales al volumen de alcohol	Los impuestos son proporcionales al volumen de alcohol

“Tabla de elaboración propia con los diferentes datos extraídos anteriormente”

V. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES:

A través del análisis realizado bajo las sugerencias establecidas por la Organización Mundial de la Salud, Chile presenta diversas dificultades para sostener un modelo destinado a disminuir los altos niveles de consumo de alcohol dentro de su población.

En primer lugar, las medidas realizadas por el estado chileno no han incorporado el liderazgo ni el compromiso necesario para generar el impacto necesario dentro de la población, las principales instituciones (SEDA y MINSAL) tienen serios problemas de gestión y recursos y sus planes de tratamientos solo alcanzan a un pequeño sector de la población que los necesita.

Por otra parte, en Chile hay una gran disponibilidad de alcohol debido a las grandes cantidades de lugares en que se distribuyen las bebidas alcohólicas, sumado a esto, estos lugares tienen la capacidad de funcionar durante altas horas de la noche, siendo el foco recurrente de personas con serios problemas de consumo de alcohol. También hay un gran porcentaje de jóvenes que consumen alcohol y que tienen fácil acceso a las bebidas alcohólicas.

Por último, los impuestos a las bebidas alcohólicas establecidos dentro del marco chileno son mucho menores a los establecidos en Islandia, como se dijo en el análisis, aplicar una tasa impositiva es una de las medidas más efectivas para reducir el consumo de alcohol y la tasa impositiva presente en Chile es insuficiente para generar buenos resultados dentro de la población.

Hay que destacar que es muy difícil realizar una comparación entre dos realidades muy distintas, también durante el desarrollo de este trabajo se hizo sumamente difícil recolectar información sobre la realidad islandesa, debido a los problemas con el idioma y la distancia del país. Pero con la información generada de la comparación se presentará a continuación las diversas sugerencias para mejorar el modelo chileno según los elementos utilizados de la OMS;

“Tabla de sugerencias para disminuir el consumo de alcohol en Chile”

Elementos	Sugerencias
<p align="center">Liderazgo, concienciación y compromiso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace importante mejorar la coordinación institucional entre el Ministerio de Salud y SENDA, principales instituciones encargadas de la elaboración de estrategias destinadas a disminuir el consumo de alcohol dentro de la población, por otro lado, se hace necesario aumentarle las capacidades a SENDA para que pueda abarcar a un número mayor de personas que soliciten sus servicios. • Se recomienda que, al igual que en Islandia, las políticas públicas destinadas a disminuir el consumo de alcohol tengan un enfoque multisectorial, incorporando a la sociedad civil en la elaboración de dichos planes y también, que el enfoque que se incorpore busque resultado tanto a corto, como a largo plazo. • Implementar y mejorar los mecanismos e instrumentos de trabajo con los alcohólicos, con el objetivo de entregar un servicio que realmente permita una rehabilitación o un control real del problema que está sufriendo el individuo por el uso de las bebidas alcohólicas. • Por último, se hace importante idear un mecanismo que permita aumentar la concienciación en los niños y jóvenes sobre los problemas reales del consumo prematuro del alcohol. También, fomentar las actividades en espacios libres de bebidas alcohólicas, fomentándoles a los jóvenes la vida sana y recreativa.
	<ul style="list-style-type: none"> • En ambos países existen normas que regulan el manejo en estado de ebriedad, aunque la gran diferencia recae en la cultura ética de cada uno de estos. Se hace sumamente importante

<p>Políticas y medidas en contra de la conducción bajo los efectos del alcohol</p>	<p>complementar acciones que permitan combatir el consumo de alcohol dentro de la población en general, con ello se conseguirá reducir considerablemente los accidentes de tránsito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hace importante endurecer las penas o aplicar los mismos castigos de cárcel establecidas dentro de La Ley Emilia a quienes provoquen estos accidentes fatales con menos de 0,08 g/dl. También, al igual que Islandia, endurecer las penas y los periodos de tiempo sin licencia a los conductores que no respeten las normas de consumo de alcohol.
<p>Disponibilidad del alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Al igual que Islandia, se hace necesario controlar los canales de distribución de esta sustancia, en el caso del país nórdico el Estado se hizo cargo directamente de los mecanismos de ventas. Sin embargo, aplicar esta medida en Chile se hace sumamente difícil, por la cantidad de negocios de personas privadas dedicados a este rubro, aunque si se hace indispensable regular, fiscalizar y controlar el número de patentes existentes y adecuarlas a lo que establece la ley. • La ley que exige establecer un número de patentes según la cantidad de personas es un gran paso normativo para la regulación dentro de Chile, pero hay que analizar si esta cantidad de patentes es la suficiente para entregar beneficios sociales y de salud a la población, como es el caso de Islandia, que la cantidad de personas por número de locales de venta de alcohol es mayor a el caso chileno. • Se debe mejorar los canales de fiscalización y control, como en el caso de Islandia, por parte de las autoridades a quienes vendan estos productos. Esto se puede conseguir con el aumento del número de policías o fiscalizadores durante los días de mayor concurrencia de menores para fiscalizar el cumplimiento de las normas de venta de estos productos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben implementar o incentivar campañas para educar tanto a locatarios como a la comunidad sobre los problemas que conllevan venderles alcohol a los menores y como afecta el consumo de alcohol a este grupo. También se hace necesario estimular a que la población apoye la fiscalización a través de denuncias y control ciudadano, mejorando el sistema de control de venta a menores. • Es necesario regular los horarios de venta de las bebidas alcohólicas, estableciendo un punto medio entre locatarios y autoridades, para establecer una hora pertinente para el termino de las ventas de bebidas alcohólicas.
<p>Política de precios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace necesario generar un aumento progresivo de los impuestos a las bebidas alcohólicas adaptando medidas multisectoriales que tiendan a regular el consumo de alcohol en la población y no, únicamente, a generar más ingresos. • Como se estableció anteriormente, el gobierno de Piñera propuso formular un aumento de la tasa impositiva de las bebidas alcohólicas de forma directa y proporcional. Se recomienda que el aumento del impuesto sea proporcional al volumen de alcohol que tenga el producto.

“Tabla de elaboración propia con sugerencias extraídas del análisis de los datos”

VI. BIBLIOGRAFIA

- Alwan, A. (2010). *Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- Anderson, & Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Barrera, A. (Mayo de 2011). *Ley 18.455*. Obtenido de Ministerio de Agricultura: http://www.gie.uchile.cl/pdf/GIE_legislacion/Ley_18455.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2009 de Octubre de 2009). *Ley Nº 18.290*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1007469>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (24 de Enero de 2014). *LEY SOBRE EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=220208>
- Blanco, Á., & Javier, F. (Enero de 2020). *Origen y evolución del término alcohol*. Obtenido de <http://www.geocities.ws/quimesca/articulos/alcohol.pdf>
- CCU. (23 de Julio de 2019). *Campaña no venta de alcohol a menores*. Obtenido de <https://www.ccu.cl/ccu-lanza-campana-no-venta-de-alcohol-a-menores/>
- Charme, C. (04 de Junio de 2019). *El problema del consumo abusivo de alcohol en Chile*. Obtenido de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=171677&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Chile, B. B. (14 de 09 de 2019). *Diario El Dia*. Obtenido de <http://www.diarioeldia.cl/pais/sube-2500-muertes-por-conductores-bajo-influencia-alcohol>
- CONASET. (Marzo de 2012). *Ley de Tolerancia 0*. Obtenido de Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito : <https://www.conaset.cl/ley-tolerancia-cero/>
- CONASET. (Febrero de 2018). *Observatorio de Seguridad Vial*. Obtenido de <https://www.conaset.cl/programa/observatorio-datos-estadistica/>
- CONASET. (16 de Septiembre de 2014). *Ley Emilia*. Obtenido de <https://www.conaset.cl/ley-emilia/>
- Congreso, B. d. (27 de Diciembre de 2007). *Ley 18290*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1007469>
- Departamento de Salud Pública. (Diciembre de 2018). *Estudio del Costo Economico y Social del Consumo de Alcohol en Chile*. Obtenido de https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualizacio%CC%81n-2018_Informe.pdf
- Drogas, O. C. (2018). *Decimo Tercer Estudio de Drogas en la Población en General*. Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/01/ENPEG-2018-21-01-20.pdf>
- Drogas, O. N. (Febrero de 2020). *¿Que es el Observatorio?* Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/observatorio/que-es-el-observatorio/>
- Faustino, T., & Luisa, M. (27 de Septiembre de 2010). *Análisis de la tendencia de la mortalidad por cirrosis hepatica en Chile: Años 1990 a 2007*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2007.pdf>
- Figuera, C. (26 de Julio de 2018). *A cuatro años de su implementación Ley Emilia logró bajar en un 50% los fallecidos por «conducción en estado de ebriedad»*. Obtenido de <http://www.fundacionemilia.cl/a-cuatro-anos-de-su-implementacion-ley-emilia-logro-bajar-en-un-50-los-fallecidos-por-conduccion-en-estado-de-ebriedad/>
- Gallardo, P. (10 de Julio de 2018). *Impuesto a alcoholes recauda más de US\$1.128 millones desde inicio de la Reforma Tributaria*. Obtenido de La Tercera:

- <https://www.latercera.com/pulso/noticia/impuesto-alcoholes-recauda-mas-us1-128-millones-desde-inicio-la-reforma-tributaria/237084/>
- Gob de Islandia. (Septiembre de 1995). *Ley de tarifas al alcohol y tabaco*. Obtenido de <https://www.althingi.is/lagas/nuna/1995096.html>
- Gobcl. (Enero de 2020). *Nuestro País*. Obtenido de Gobierno de Chile: <https://www.gob.cl/nuestro-pais/>
- Gobierno de Islandia. (10 de Enero de 2020). *Ley de Trafico Vial 2019 n° 77*. Obtenido de <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2019077.html#G49>
- Goic, C. (22 de Mayo de 2019). *Proponen aplicar impuestos al tabaco, alcohol y azúcar para financiar la Ley Nacional del Cáncer*. Obtenido de CNN Chile: https://www.cnnchile.com/pais/proponen-aplicar-impuestos-al-tabaco-alcohol-y-azucar-para-financiar-la-ley-nacional-del-cancer_20190522/
- Icelandic. (23 de Junio de 2011). *Ley del Comercio de Alcohol y Tabaco N°86*. Obtenido de https://www.vinbudin.is/english/Portaldata/1/Resources/um_atvr/log_og_reglur/act_on_trade.pdf
- ICSRA. (2020). *About*. Obtenido de <http://www.rannsoknir.is/en/about/>
- Inspirados en Islandia. (Enero de 2019). *Datos Basicos*. Obtenido de <https://es.visiticeland.com/descubra-islandia/datos-basicos>
- Internos, S. I. (Febrero de 2020). *Conoce mas sobre los impuestos*. Obtenido de http://www.sii.cl/destacados/sii_educacion/contenidos/contribuyentes/ed_fiscal/92-GA-201405295939.pdf
- José, J. (24 de Noviembre de 2014). *Mis Abogados*. Obtenido de ¿En que consiste la reforma tributaria sobre el impuesto a las bebidas alcoholicas?: <https://www.misabogados.com/blog/es/reforma-tributaria-sobre-impuesto-a-bebidas-alcoholicas>
- Lahera, E. (Agosto de 2004). *Economía Política de las políticas públicas*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/28170206_Economia_politica_de_las_politicas_publicas
- Leyton, F., & Arancibia, P. (2016). *El consumo de alcohol en Chile: Situación Epidemiológica*. Obtenido de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
- Margozzini, P., & Sapag, J. (enero de 2015). *El consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas*. Obtenido de <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/03/N%C2%B0-75-EI-consumo-riesgoso-de-alcohol-en-Chile.pdf>
- Mauricio Olavarria, B. N. (Marzo de 2009). *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?* Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372011000100004
- Min de Transporte. (09 de Marzo de 2012). *Alcohol; venta y consumo*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/alcohol-venta-y-consumo>
- MINSAL. (26 de Octubre de 2016). *"MINSAL y SENDA presentan plan de acción para regular consumo de alcohol"*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/minsal-y-senda-presentan-plan-de-accion-para-regular-consumo-de-alcohol/>
- MINSAL. (Enero de 2020). *Historia del Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/historia-del-minsal/>
- Monteiro, & Maristela. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Americas; Un caso para la acción* . Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf

- Montenegro, M. (30 de Junio de 2016). *Chilenos casi triplican el nivel de consumo de alcohol considerado peligroso por la OMS*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/chilenos-casi-triplican-el-nivel-de-consumo-de-alcohol-considerado-peligroso-por-la-oms/>
- Mora, M. (Enero de 2019). *Decimo Tercer Estudios Nacional de Drogas en Poblacion General 2018*. Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/01/ENPEG-2018-21-01-20.pdf>
- Munizaga, C. (14 de 01 de 2019). *ADN RADIO*. Obtenido de <https://www.adnradio.cl/noticias/nacional/estudio-estima-que-al-aumentar-en-un-20-los-impuesto-del-alcohol-se-evitarian-1380-muertes/20190114/nota/3849573.aspx>
- Novoa, S. (Enero de 2017). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en la Poblacion General*. Obtenido de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016_Estudio_Drogas_Poblacion_General.pdf
- Observatorio Chileno de Drogas. (Febrero de 2020). *¿Que es el Observatorio?* Obtenido de Observatorio Chileno de Drogas: <https://www.senda.gob.cl/observatorio/que-es-el-observatorio/>
- OECD. (Agosto de 2019). *State of Health in EU*. Obtenido de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_is_english.pdf
- Olavarria, M., & Navarrete, B. (Marzo de 2010). *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?* Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372011000100004
- WHO. (21 de Septiembre de 2018). *Alcohol*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS. (Enero de 2018). *Global Status Report*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- OMS. (2017). *Prevención de la Violencia y Traumatismos*. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/
- OPS. (2018). *Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018: Resumen*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS, O. P. (2017). *Beber y Conducir*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hojas-informativas-5231&alias=41188-hoja-informativa-beber-conducir-188&Itemid=270&lang=es
- Pemjean, A. (Enero de 2010). *Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias*. Obtenido de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2%20Estrategia%20Nacional%20sobre%20Alcohol_b.pdf
- Poblete, M. (Agosto de 2019). *Youth in Iceland: Modeo de prevención del uso de drogas en adolescentes en Islandia*. Obtenido de Biblioteca Nacional del Congreso de Chile: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27694/1/BCN_Poblete_Youth_in_Iceland_final.pdf
- Pozniak, V., & Chestnov, O. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1

- OMS. (2020). *Islandia: Accidentes de tránsito*. Obtenido de <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/iceland-road-traffic-accidents>
- Rojas, R. (Enero de 2020). *Concepto de Grado Alcohólico*. Obtenido de <https://www.infodrogas.org/drogas/alcohol?start=1>
- Sampieri, H. (Enero de 2006). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Senado. (Enero de 2020). *Capítulo III: De los derechos y deberes constitucionales*. Obtenido de <https://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/senado/2012-01-16/093413.html>
- SENDA. (10 de Noviembre de 2017). *Información sobre Drogas*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/alcohol/>
- SENDA. (09 de Enero de 2020). *Quiénes somos; Funciones*. Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/quienes-somos/funciones/>
- SII. (18 de Marzo de 2004). *Impuestos a las Bebidas Alcohólicas*. Obtenido de http://www.sii.cl/preguntas_frecuentes/iva/001_030_1250.htm
- SISTRAT. (Marzo de 2018). *Informe Anual 2017: Informe de Evaluación Técnica*. Obtenido de Sistema de Información y Gestión: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/Informe-Anual-SENDA-MINSAL-2017.pdf>
- Sociales. (s.f.). *Calculador de Alcoholemia*. Obtenido de <https://sociales.gijon.es/page/10501-calculador-de-alcoholemia>
- UNICEN. (2020). *Concepto de medicina preventiva y salud pública*. Argentina.
- Villar, M., & Lizarbe, V. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Vinbudin. (2019). *The Nordic Way*. Obtenido de Vinbudin: https://www.vinbudin.is/english/home/um_atvr/samfelagsabyrgd-og-umhverfi/the-nordic-way/the-nordic-way.aspx
- Vinbundin. (Junio de 2011). *Act on Trade in Alcohol and Tobacco*. Obtenido de https://www.vinbudin.is/english/Portaldata/1/Resources/um_atvr/log_og_reglur/act_on_trade.pdf

VII. ANEXOS

Anexo I. Tabla de Opciones Políticas elaboradas por la Organización Mundial para la Salud.

Opciones de políticas	Descripción	Acciones
1. Liderazgo, concienciación y compromiso	Para que la acción sea sostenible, hace falta un firme liderazgo y una sólida base de concienciación, voluntad política y compromiso. La expresión ideal de esos compromisos sería adoptar políticas nacionales integrales e intersectoriales, suficientemente financiadas, en las que se definieran claramente la contribución y las responsabilidades de los distintos asociados. Las políticas deben estar basadas en la evidencia disponible, ajustarse a las circunstancias locales y comprender estrategias, metas y objetivos claros.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación de estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales, o fortalecimiento de los existentes, para reducir el uso nocivo del alcohol. 2. Establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales.
2. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol	La conducción bajo los efectos del alcohol afecta gravemente a la capacidad de juicio, la coordinación y otras funciones motrices. La conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol es un importante problema de salud pública que afecta al bebedor y, en muchos casos, a partes inocentes. Existen intervenciones respaldadas por datos muy sólidos que permiten reducir la conducción bajo la influencia del alcohol. Las estrategias de reducción de los daños asociados al alcohol al volante deben incluir medidas disuasorias	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implantación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre, que debe ser más bajo para los conductores profesionales y los conductores jóvenes o noveles. 2) Suspensión administrativa del permiso de conducir.

Opciones de políticas	Descripción	Acciones
	<p>destinadas a disminuir las probabilidades de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual serán menores la probabilidad y la gravedad de los daños por colisiones propiciadas por el alcohol.</p>	
<p>3. Disponibilidad de alcohol</p>	<p>Las estrategias de salud pública destinadas a regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante leyes, políticas y programas son un medio importante para reducir el nivel general de uso nocivo del alcohol. Esas estrategias prevén medidas esenciales para evitar el acceso fácil al alcohol por parte de grupos vulnerables o de alto riesgo. La disponibilidad comercial y pública de alcohol puede influir a su vez en la disponibilidad social de alcohol y contribuir así a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso nocivo del alcohol. El grado de reglamentación de la disponibilidad de alcohol dependerá de las circunstancias locales, en particular el contexto social, cultural y económico, y de las obligaciones internacionales vinculantes en vigor. En algunos países en desarrollo y países de ingresos bajos y medios el alcohol se obtiene principalmente en mercados informales, por lo que los controles oficiales de las ventas se tienen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas y que imponga límites razonables a la distribución de alcohol y el funcionamiento de los puntos de venta de alcohol, de conformidad con las normas culturales, mediante la aplicación de las siguientes medidas posibles: <ol style="list-style-type: none"> a. Introducir cuando proceda un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales orientados a la salud pública. b. Regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales. c. Regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista. d. Regular las modalidades de venta de alcohol al por menor; 2) Establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos.

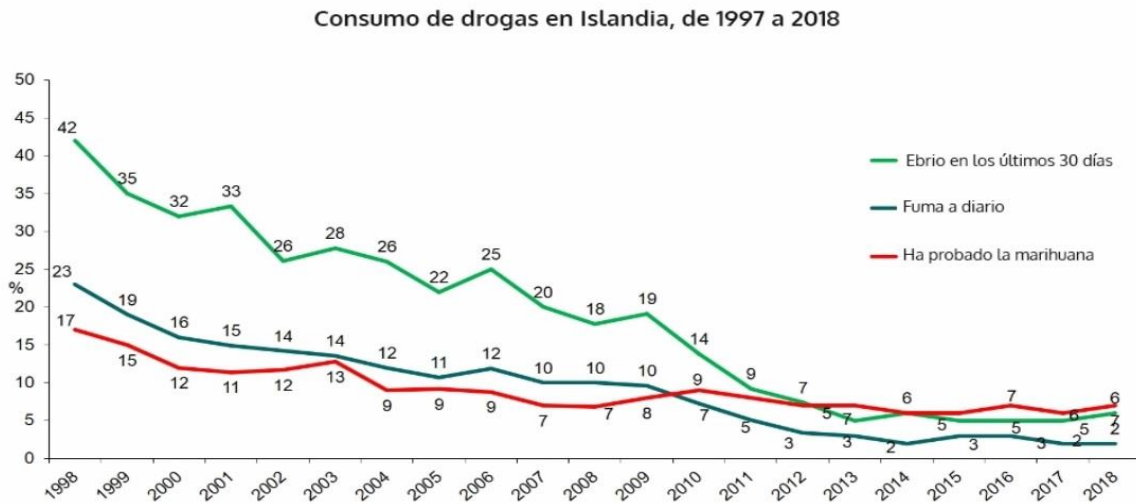
Opciones de políticas	Descripción	Acciones
	que complementar con medidas dirigidas al alcohol ilícito o el alcohol de producción informal.	
4. Políticas de precios	<p>Los consumidores, en particular los grandes bebedores y los jóvenes, son sensibles a las variaciones del precio de las bebidas. Se pueden emplear políticas de fijación de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercer influencia en las preferencias de los consumidores. El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol</p> <p>Factores como las preferencias y la libertad de elección de los consumidores, la variación de los ingresos, las fuentes alternativas de alcohol en el país o en los países vecinos, y la presencia o ausencia de otras medidas normativas respecto del alcohol, pueden todos ellos influir en la eficacia de esta opción de política. La demanda de las diferentes bebidas puede verse afectada en diversa medida. Los aumentos de impuestos pueden tener distinta repercusión en las ventas, según como afecten a los precios al consumidor. El aumento de los impuestos puede tropezar también con la</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="971 1003 1572 1203">1. Establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida.

Opciones de políticas	Descripción	Acciones
	resistencia de grupos de consumidores y operadores económicos, de modo que la política tributaria se beneficiará del apoyo de cualquier medida de información y concienciación tendente a vencer esa resistencia.	

Fuente: "Estrategia Mundial para Reducir el uso Nocivo del alcohol" desarrollado por la Organización Mundial para la Salud", 2010.

Anexo II: Evolución consumo de drogas en Islandia (1997-2018).

Evolución positiva durante 20 años (estudiantes de 10mo grado)



Fuente: Planeth Youth – “El modelo Islandés”

Anexo III. Penas de cárcel contempladas con la Ley Emilia.

PENAS DE CÁRCEL #LeyEmilia			
LESIÓN, DAÑO CAUSADO	DELITO CALIFICADO	CÁRCEL EFECTIVA	PENA DE CÁRCEL
Lesiones gravísimas	_____	¡Al menos 1 año!	3 años y 1 día a 5 años
	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción con licencia cancelada o inhabilitada • Conductor profesional • Reincidencia 	¡Al menos 1 año!	3 años y 1 día a 5 años
Muerte	_____	¡Al menos 1 año!	3 años y 1 día a 10 años
	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción con licencia cancelada o inhabilitada • Conductor profesional • Reincidencia 	¡Al menos 1 año!	5 años y 1 día a 10 años

Las penas aplican para conductores que ocasionen accidentes en estado de ebriedad, desde 0,8 gramos de alcohol por litro de sangre.

Fuente: SENDA – “Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018”.

Anexo IV. Evolución del porcentaje de embriaguez, según sexo, edad y nivel socioeconómico en Chile (2012-2018).

Evolución de prevalencia de embriaguez, según sexo, edad y nivel socioeconómico. Chile, 2012-2018.

Proporción de prevalentes de último mes que declaran haber bebido 5 tragos o más (4 o más en mujeres) en una ocasión (%)

Serie	Total	Sexo		Tramos de edad					Nivel socioeconómico		
		Hombre	Mujer	12 a 18	19 a 25	26 a 34	35 a 44	45 a 64	Bajo	Medio	Alto
2012	52,1	59,3	41,4	57,6	63,7	57,9	44,9	44,4	60,6	50,9	48,8
2014	43,7	51,3	34,0	38,4	58,5	48,3	45,5	34,9	47,9	44,2	41,4
2016	51,1	55,4	45,3	57,7	60,2	59,1	50,2	40,7	58,6	50,3	48,7
2018	56,3	59,5	51,4	54,3	60,3	62,2	57,3	50,0	59,3	56,3	53,9

Fuente: Observatorio Nacional de Drogas – “Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en la Población General”