

Influencia de los Modelos de Desarrollo y del Comercio como Determinantes de la Salud Internacional en la implementación de Estrategias de Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas legales en Chile, México y Colombia

Influence of the Development 's Models and Trade like International Health Determiners in the implementation of Strategies' Prevention, Consumption and Psychoactive legal substances in Chile, Mexico and Colombia.

Ledis Johana López Cardona

Trabajo de Investigación para optar al título de Especialista en Salud Internacional

**Asesor
Steven Orozco Arcila
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública
Odontólogo, Magister en Desarrollo Social y Educativo,
Doctor en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Medellín
2016**

Dedicatoria

A Dios por ser mi motor en cada uno de mis proyectos,
Por permitirme aprender y disfrutar de cada momento,
A mi familia por su apoyo incondicional y creer que todo es posible,
Por su acompañamiento y motivación constante,
Por ayudarme a perseverar hasta hacer mis sueños realidad.

Tabla de contenido

Resumen	7
1. Planteamiento del problema	9
2. Justificación	14
3. Objetivos	16
3.1 Objetivo General.....	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4. Marco teórico	17
4.1 Modelo Conceptual en Salud Internacional	17
4.1.1 Ciencia, Innovación y tecnología.....	19
4.1.2 Política Exterior y Relaciones Internacionales.....	19
4.1.3 Modelos de desarrollo.	20
4.1.4 Comercio.....	24
4.2 Definición Conceptual de Sustancias Psicoactivas Lícitas y adicciones.....	28
4.3 Estrategias de políticas para prevención de consumo de sustancias psicoactivas lícitas	31
5. Metodología	34
5.1 Tipo de estudio	34
5.2 Técnicas de búsqueda de la información	35
5.3 Criterios de inclusión de los documentos	36
5.4 Técnicas de análisis de la información	37
5.5 Consideraciones éticas.....	37
6. Resultados	39
6.1 Chile	40
6.1.1 Ejes de análisis modelos de desarrollo.	40
6.1.1.1 Breve descripción del modelo de desarrollo.....	40
6.1.1.2 Consumo de tabaco.	42
6.1.1.3 Consumo de alcohol.	42
6.1.1.4 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.	43
6.1.1.5 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.	44

6.1.1.6	Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.	45
6.1.1.7	Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.	45
6.1.1.8	Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.	46
6.1.1.9	Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.	47
6.1.1.10	Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.	48
6.1.2	Ejes de análisis comercio.	50
6.1.2.1	Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol.	50
6.1.2.2	Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.	52
6.1.2.3	Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.	52
6.1.3	Ejes de análisis cooperación internacional.	53
6.1.3.1	Acuerdos internacionales prevención de consumo de SPA legales.	53
6.2	MEXICO	54
6.2.1	Ejes de análisis modelos de desarrollo.	54
6.2.1.1	Breve descripción del Modelo de Desarrollo.	54
6.2.1.2	Consumo de tabaco.	56
6.2.1.3	Consumo de alcohol.	58
6.2.1.4	Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.	58
6.2.1.5	Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.	60
6.2.1.6	Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.	61
6.2.1.7	Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.	61
6.2.1.8	Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.	62
6.2.1.9	Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.	62
6.2.1.10	Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.	63
6.2.2	Ejes de análisis comercio	65
6.2.2.1	Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol.	65
6.2.2.2	Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.	68
6.2.2.3	Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.	69

6.2.2.4 Comercio ilegal de tabaco.....	70
6.2.3 Ejes de análisis cooperación internacional.....	72
6.2.3.1 Acuerdos Internacionales.....	72
6.3 COLOMBIA.....	73
6.3.1 Ejes de análisis modelos de desarrollo.	73
6.3.1.1 Breve descripción del Modelo de Desarrollo.	73
6.3.1.2 Consumo de tabaco.	75
6.3.1.3 Consumo de alcohol.	75
6.3.1.4 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.	77
6.3.1.5 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.	77
6.3.1.6 Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.	78
6.3.1.7 Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.....	79
6.3.1.8 Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.	80
6.3.1.9 Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.....	82
6.3.1.10 Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.	84
6.3.2 Ejes de análisis comercio.....	89
6.3.2.1 Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol.....	89
6.3.2.2 Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.....	90
6.3.2.3 Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.....	91
6.3.2.4 Comercio ilegal de tabaco.....	91
6.3.3 Ejes de análisis cooperación internacional.....	92
6.3.3.1 Acuerdos internacionales.....	92
7. Discusión	93
7.1 Ejes de análisis Modelos de desarrollo.....	93
7.1.1 Consumo de tabaco.	93
7.1.2 Consumo de alcohol.....	94
7.1.3 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.	95
7.1.4 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.....	96
7.1.5 Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.	97

7.1.6 Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.	98
7.1.6 Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.....	99
7.1.7 Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.	101
7.1.8 Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.	101
7.2 Eje de análisis Comercio	102
7.2.1 Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol	102
7.2.2 Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.	103
7.2.3 Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.....	103
7.2.4 Comercio ilegal.....	104
7.3. Eje de análisis cooperación internacional.....	105
7.3.1 Acuerdos Internacionales.	105
8. Conclusiones	107
Agradecimientos	110
Referencias Bibliográficas	111

Resumen

Los fenómenos de globalización, el desarrollo económico, el auge de las grandes industrias y comercialización agresiva de las bebidas alcohólicas y tabaco hacen que predomine cada vez más el patrón de consumo de riesgo, por lo tanto, el *objetivo* de esta investigación es analizar según el modelo de salud internacional la influencia del comercio y los modelos de desarrollo sobre la implementación de las estrategias de prevención de consumo de sustancias psicoactivas legales en Chile, México y Colombia. La *Metodología* empieza con el desarrollo de la búsqueda, identificación y revisión de fuentes documentales alrededor del tabaco y alcohol, que estuvieran articulados con los modelos de desarrollo y el comercio internacional, en las bases de datos LILACS y SciELO, las páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y los Ministerios de Salud; los documentos debían estar escritos en español, publicados entre el año 2003 y 2015, contener texto completo y que hicieran referencia a los países de interés, finalmente se realizó el análisis documental bajo la modalidad de fichaje analítico. Algunos *resultados* obtenidos son: el consumo de alcohol ha presentado incremento considerable, mientras que el tabaco no muestra cambios significativos; la normatividad que rige la publicidad, la regulación y el aumento de impuestos de bebidas alcohólicas es débil y su eficacia deficiente, no obstante, se evidencia mayor control sobre el tabaco debido a la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Se concluye que existen grandes tensiones entre los modelos de desarrollo, el comercio y la implementación de estrategias de prevención de consumo; asimismo, su abordaje requiere una intervención integral donde se garantice el reconocimiento de los derechos humanos desde una perspectiva interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial.

Palabras Claves: tabaco, alcohol, adicción, comercio, desarrollo económico, desarrollo sostenible, abuso de sustancias, uso de tabaco, abuso de alcohol, prevención de consumo, políticas de salud.

Abstract

The globalization phenomena, the economic development, the rising of big industries and the aggressive marketing of alcoholic beverages and tobacco are determinants in the consumption growth pattern. This way, the main goal of this research is analyzing the influence of marketing and models for implementing strategies in order to prevent the use of psychoactive substances in Chile, Mexico and Colombia according to the international model of health. The methodology shows the process of a literature review on tobacco and alcoholic beverages focused on marketing and development models papers located on the LILACS and SciELO databases, as the official data sets of the World Health Organization (WHO), the Pan-American Health Organization (PAHO) and the Ministries of Health, written in Spanish and published between 2003 and 2015 referred to the three countries of interest. The documentary analysis corresponded to an analytical signing model. Some of the results were, on the one hand, that alcohol consumption is growing significantly while tobacco did not show significant changes; on the other hand, the implemented laws for regulating marketing and the rising of taxes on alcoholic beverages have been inefficient. However, it is seen a better control on tobacco consumption due to the adoption of the MARCO agreement for tobacco control. It is therefore concluded that there are considerable tensions in the development models, trading and prevention strategies to the use of psychoactive substances. Furthermore, it requires a holistic approach which ensure respect for human rights from an interdisciplinary, transdisciplinary and cross-sectorial perspective.

Keywords: tobacco, smoke, alcohol, addiction, commerce, economic development, sustainable development, substance abuse, smoke use, alcohol abuse, consumer prevention, politics.

1. Planteamiento del problema

Una de las mayores problemáticas en salud pública a nivel local, nacional y mundial, está asociada al incremento del número de personas que consumen sustancias psicoactivas SPA de manera permanente, ya sean lícitas o ilícitas. Algunos estudios reflejan que el consumo inicia cada vez a edades más tempranas, por lo cual, se dificulta su afrontamiento, abordaje y resolución; se evidencia que sólo el 25% de las personas que consumen drogas en el mundo logra recuperarse, y ese porcentaje disminuye aún más, si se tienen en cuenta las recaídas y una red de apoyo débil a nivel familiar y social (1).

Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en su “Informe del uso de Drogas en las Américas: 2015” manifiestan en el continente de América, se encuentran algunos países, con prevalencia en los patrones de consumo de tabaco del 10% y de alcohol del 50%, cifras que pueden aumentar por múltiples causas: la percepción de riesgo que las personas tienen sobre su uso es mínima, sumado a que generalmente son de fácil acceso y se observa un aumento en la oferta en el medio, cuyos mecanismos de control y restricción no han sido efectivos (2). Además, los fenómenos de globalización, el desarrollo económico, el auge de las grandes industrias, la publicidad y comercialización agresiva de las bebidas alcohólicas y tabaco en los diferentes escenarios, hacen que predomine cada vez más el patrón de consumo de riesgo.

El consumo de estos SPA lícitos afecta no sólo a las personas que las usan, sino que permea negativamente a sus familias y comunidades, generando problemas como aumento de violencia, abandono y abuso infantil, accidentes de tránsito, deserción educativa y laboral, delincuencia común, entre otros. Situación que se exacerba con el consecuente crecimiento de los problemas de salud y de gobernabilidad, que se traducen en efectos negativos sobre la convivencia y la paz social (3).

La carga que supone el tabaco para la salud es tal que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se refiere a ella como una epidemia. Fumar tabaco ha demostrado ser la causa de cánceres y enfermedades del pulmón e incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Según la OPS en su informe del año 2013, afirma que en todo el mundo el 12% de todas las muertes de adultos de más de 30 años de edad son atribuibles al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco, en las Américas esta cifra se incrementa al 16%. Por lo tanto, los riesgos para la salud no sólo afectan a los fumadores, sino también a las personas que están expuestas al humo de tabaco (fumadores pasivos). Además, estima que el consumo de tabaco y la exposición al humo causa cada año la muerte de seis millones de personas en el mundo, incluyendo alrededor de un millón de personas en las Américas (2).

Asimismo, el uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Se estima que en año 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320.000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (4). Actualmente, se producen 3,3 millones de muertes a nivel mundial, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, de manera que en el grupo etario de 20 a 39 años cerca del 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol (5). También, produce diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos, daños congénitos, cáncer, entre otros (6).

En cuanto al patrón de consumo de tabaco en la población general, para el año 2013, se evidencia que de la región de las Américas, Chile es el país que muestra el nivel más alto de prevalencia, con un valor de casi el 34%, mientras para Colombia la prevalencia en hombres fue de 18,8% en mujeres de 7,4% (2). Por su parte la Encuesta nacional de Adicciones realizada en México, en el año 2011, reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21,7%.

Igualmente, el alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total de alcohol per cápita es un 30%, superior al promedio mundial (2). La prevalencia del consumo de alcohol en población general en el año 2013 se encuentra entre un 50 y un 60% en los países de México, Chile y Colombia (2).

La Organización de Estados Americanos OEA publicó el documento “Escenarios para el Problema de Drogas en las Américas 2013 – 2025” donde se evidencia que varios países de la región han desarrollado múltiples estrategias para la prevención, tratamiento y rehabilitación a las personas que consumen SPA, pero infortunadamente, no han tenido el impacto positivo esperado (7).

La principal estrategia de prevención de consumo de tabaco, está articulada a los lineamientos del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) propuesto por la OMS sobre que fue aprobado en el 2003 y entró en vigor en el 2005. Su objetivo es prevenir el uso del tabaco entre los jóvenes, prevenir la exposición al humo de tabaco y ayudar a los fumadores a dejar el tabaco y permanecer

abstinentes, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad que son ampliamente prevenibles. En las directrices para la aplicación del CMCT, la OMS presenta seis intervenciones distintas que abordan las disposiciones del convenio: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, proteger a la población del humo del tabaco, ofrecer ayuda para dejar el tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y aumentar los impuestos sobre el tabaco (2).

También, sería valioso acercarnos a las políticas en salud mental, conocer la organización de los servicios de salud y cómo se implementan las estrategias, programas y proyectos enfocados a la prevención del consumo de SPA, con el fin de realizar un análisis comparativo que permitan establecer el por qué se han generado éstas dificultades, por qué no se han alcanzado los objetivos propuestos y plantear estrategias de solución.

Referente a las estrategias de prevención de consumo de alcohol en la región de las Américas, la mayoría de políticas están orientadas a la aplicación de impuestos, de leyes para el control de conductores de vehículos automotores en estado de ebriedad, la prohibición publicitaria y la educación de la población sobre su uso (8).

Ahora bien, para lograr una mejor comprensión del proceso de implementación, dificultades y logros de tales estrategias, es necesario partir de las tensiones y conflictos que se generan entre actores de diferente nivel. Por una parte, la Organización Mundial del Comercio, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, las Productoras de Tabaco y alcohol y los Comerciantes, tienen como principal interés el auge, el posicionamiento y la rentabilidad a través del aumento en la venta interna y externa de los productos. No obstante, están en contravía con los intereses de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Protección Social y el Estado, ya que para ellos prima la disminución del consumo de SPA legales, porque generan graves problemáticas de salud a toda la población. Este conflicto entre actores se traduce entonces en tensiones sobre la normatividad comercial internacional y políticas globales en salud, que su vez, son validadas o adaptadas según las disposiciones internas de cada país, que finalmente trae como resultado la configuración de una red de relaciones y tensiones entre las fuerzas de comercio y el consumo de sustancias lícitas.

De manera similar se evidencian debilidades en los Modelos de Desarrollo de algunos países, teniendo en cuenta que son el resultado de las concepciones políticas sobre la pertenencia de los medios de producción, las formas de redistribución de los ingresos y las políticas de protección social, se originan en la forma como una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, articulado con su historia, su cultura, su producción económica, su tradición jurídica política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico (9). Estas

debilidades están enmarcadas principalmente por la estructura del Sistema de Salud, el corte Neoliberal que prioriza las relaciones comerciales y la sostenibilidad financiera, independientemente de los efectos que puedan traer sobre la Salud y el Bienestar de la población.

El Modelo Neoliberal fue fortalecido por instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio, quienes promueven políticas de liberalización económica y financiera, desregulación, privatización, apertura de economías de mercado mundial, precarización de las relaciones de trabajo y retracción de la presencia del Estado en la economía (10). Aspectos que se traducen en el decaimiento del Estado de bienestar y de las políticas sociales, afectando la respuesta social en salud pública y aumentando el empobrecimiento de la población a partir de la expansión capitalista a nivel mundial. Esta situación hace que se globalicen los riesgos y las consecuencias negativas, se generalicen las enfermedades y las epidemias agravadas por el debilitamiento de los servicios de salud y sus organizaciones como la OMS (11). Además, se evidencian graves efectos como el incremento de las inequidades en la población, en los sistemas de salud y acceso a servicios, en la prevalencias y distribución de factores de riesgos y enfermedades a nivel local, nacional y mundial.

Por otra parte, el “Informe de Situación Regional Sobre el Alcohol y la Salud en las Américas realizado por la OMS en el año 2015, revela que el desarrollo económico de un país guarda una asociación positiva con el consumo de alcohol; por eso, es previsible que a medida que los países de las Américas vayan desarrollándose, experimenten un aumento del consumo de alcohol y los efectos nocivos relacionados. Al mismo tiempo, se ha visto que los grupos socioeconómicos menos favorecidos tienden a padecer efectos más dañinos aun consumiendo las mismas cantidades que los sectores más pudientes, quizá porque las pautas de consumo son diferentes, por la falta de acceso a los recursos de atención sanitaria o porque sufren mayor exclusión social (12).

Adicionalmente, América Latina tiene más desigualdad de ingresos que cualquier otra región del mundo, lo cual plantea interrogantes importantes tanto en lo que respecta a la representatividad de los datos a nivel nacional como al diseño y la aplicación eficaz de políticas e intervenciones nacionales. Las personas que antes no podían permitirse las bebidas alcohólicas pero que se han beneficiado del crecimiento económico de su país pueden convertirse en el blanco de las estrategias mercadotécnicas de la industria. Estos grupos son especialmente vulnerables, ya que todavía se enfrentan a barreras que los separan de la educación y de los servicios sociosanitarios. Por lo tanto, es crucial que los gobiernos de los países en desarrollo reconozcan esta relación y hagan de la fiscalización del alcohol y de los programas de tratamiento y prevención una prioridad (12).

Los elementos presentados, sugieren múltiples relaciones entre comercio internacional, los modelos de desarrollo y el consumo de SPA lícitas en diferentes países, en este caso de las Américas. Es de anotar que los análisis de estas relaciones son aún precarios y una forma de realizarlos es a través del modelo conceptual de Salud Internacional propuesto por la OPS, (modelo que será abordado en el marco teórico) que involucra las implicaciones de los Modelos de Desarrollo y el Comercio para el abordaje de las adicciones, específicamente de la implementación de estrategias de prevención de consumo de sustancia psicoactivas. Los elementos anteriormente presentados ameritan responder a la pregunta de investigación ¿Cómo influye el Comercio y los Modelos de Desarrollo desde la perspectiva del Modelo de Salud Internacional sobre la implementación de estrategias para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas legales en los países de Chile, México y Colombia?

2. Justificación

El estudio sobre la carga de enfermedades no transmisibles a nivel mundial a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial (BM), identificó el tabaquismo y el consumo de alcohol, como unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad (13). A pesar de ser un tema relevante y del que se han desarrollado múltiples estrategias para la prevención, tratamiento y rehabilitación a las personas con adicción, las mismas no han tenido el impacto positivo esperado. Esto se debe a que los Programas realizados se caracterizan en su mayoría, por acciones aisladas, episódicas, con limitadas coberturas, sin evaluación de impacto y con desconocimiento de los patrones de uso, así como de las tendencias culturales que favorecen cada vez más la gratificación inmediata (14).

De igual manera, tradicionalmente se había generado como principal mecanismo de intervención aquel que estaba orientado al enfoque punitivo, ligado únicamente a la categorización de actos criminales, con la aplicación de medidas sancionatorias y de encarcelamiento. Ahora bien, de manera más reciente se parte de la concepción de la drogadicción como un problema mundial, que requiere de un abordaje basado en la evidencia, el cual se apoya en principios de salud pública, seguridad y el respeto por los derechos humanos, a partir una mirada integral, equilibrada y multidisciplinaria (15). Obviamente, se deben seguir realizando esfuerzos para el fortalecimiento Institucional, reducción de la demanda, reducción de la oferta, medidas de control y cooperación Internacional.

En este sentido, cobra importancia la apropiación de los Determinantes Internacionales de la Salud: Modelos de Desarrollo y Comercio, reconociendo sus características claves, aspectos críticos y su influencia sobre la implementación de las estrategias de prevención de consumo de SPA.

Esto a través de la categorización, comparación y análisis de la información obtenida a partir una revisión estricta del material bibliográfico disponible, permitiendo la identificación de logros y dificultades, que sean el insumo para obtener la información que permita el fortalecimiento y transformación de los aspectos limitantes, que conllevará al mejoramiento en la implementación de dichas estrategias, programas y proyectos en los países de interés. Además, se pueden generar mecanismos que fomenten las bases de los sistemas normativos, el fortalecimiento de las instituciones democráticas, que traerá efectos positivos sobre la seguridad, la democracia, la gobernabilidad y el Estado de Derecho (15).

Asimismo, se posibilita la cooperación internacional entre los países investigados con el fin de ser parte activa en los procesos de cooperación técnica, en pro del bienestar de los países de Chile, México y Colombia; y a su vez, se genera

documentación en salud internacional, permeada por los determinantes internacionales de la salud y su relación con las fortalezas o limitaciones en la implementación de estrategias de prevención de consumo de SPA legales.

Finalmente, se puede concluir que el abordaje del tema de prevención de consumo de SPA, requiere una intervención integral donde se garantice el reconocimiento de los derechos humanos y se reconozcan todas las personas por igual; involucrando a todos los actores: las familias, las escuelas y universidades, los profesionales en salud pública y desarrollo social, los líderes de la sociedad civil, en colaboración con las agencias de orden público, organismos gubernamentales relevantes y de cooperación internacional. Además, se debe desarrollar una actitud de reflexión crítica, de transformación, un compromiso de solidaridad, inclusión, participación y la reparación de las carencias y vulnerabilidades que predispongan al consumo; en efecto, la concepción humanizadora en un marco de derechos, debe adoptarse a la luz de una mirada interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial (1).

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar según el Modelo de Salud Internacional la influencia del Comercio y los Modelos de Desarrollo sobre la implementación de las estrategias de prevención de consumo de sustancias psicoactivas legales en los países de Chile, México y Colombia.

3.2 Objetivos Específicos

- Contrastar las características de los Modelos de Desarrollo de algunos países de la región de las Américas identificando fortalezas y debilidades para la implementación de estrategias para la prevención del consumo de SPA legales.
- Identificar el impacto del Comercio como fuerza de los determinantes internacionales de la Salud sobre la implementación de estrategias para la prevención del consumo de SPA legales.
- Identificar las acciones desarrolladas a partir de la Cooperación internacional enmarcadas en las estrategias de prevención del consumo de SPA legales.

4. Marco teórico

4.1 Modelo Conceptual en Salud Internacional

La Organización Mundial de la Salud define que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (16). Siendo esta concepción, el cimiento para asumir a los seres humanos desde una perspectiva holística, dinámica y transformadora. Ahora bien, al precisar el termino internacional, se encuentra que etimológicamente es una palabra que emana del latín, es fruto de la unión de tres partes claramente diferenciadas: el prefijo inter, que es sinónimo de entre; el vocablo natio, que puede traducirse como nación, y el sufijo al, que es equivalente a pertenencia. Es decir, es aquello perteneciente o relativo a dos o más países, que ha trascendido las fronteras nacionales (17).

Si se relacionan estos dos conceptos, se puede mencionar que la Salud Internacional se ocupa de los problemas de salud más frecuentes en el mundo, diseñando el análisis y el mapa del perfil de morbilidad y mortalidad. Además, de incorporar reflexiones sobre una sociedad cambiante, donde influyen los procesos de la internacionalización de los eventos sanitarios (18). Si se retoma el concepto de salud, se puede evidenciar que en un comienzo la salud internacional tenía una mirada morbicentrista, refiriéndose al “control de epidemias que pasan fronteras entre las naciones” (18). En consecuencia, se hizo necesario evolucionar el enfoque para insertarse en la dinámica de las relaciones políticas, económicas, sociales y culturales que se establecen entre países y no de traspasar las fronteras como una cuestión mecánica en el terreno de la salud pública internacional (19).

En este sentido, la Revista Panamericana de Salud Pública divulgó el artículo Nuevas dimensiones de la Salud Internacional en la globalización, donde defiende la Salud Internacional como un campo con identidad propia y que “merece ser redimensionada a la luz de estas profundas transformaciones de la sociedad contemporánea” (18). Asimismo, se definió que el estudio de la salud internacional, abarca elementos tales como “las condiciones de salud de la población y de los factores que las determinan, la internacionalización de los hechos sanitarios y los fenómenos de transición epidemiológica; el análisis comparativo de las políticas y de los sistemas de salud; la importancia de los elementos culturales en relación con los hábitos de vida y con la utilización de los servicios” (20); además, asume “los problemas de salud como cuestión que

compete a todos los países sin importar su nivel de desarrollo, rechazando la perspectiva de que dichos problemas sólo atañen a los países en desarrollo” (20).

Teniendo en cuenta lo anterior, el Modelo Conceptual de Salud Internacional responde a una corriente de pensamiento que se guía por la búsqueda de la salud como un derecho y por la reducción de las inequidades sociales, en un entorno dinámico donde las fuerzas o determinantes internacionales interactúan entre sí y se relacionan con la justicia social, los derechos humanos y la equidad en salud (21).

El modelo constituye un marco metodológico que orienta los temas de salud pública de los países, en su capacidad de ofrecer una nueva visión crítica y analítica de un problema o situación, con el fin de promover distintos enfoques y perspectivas de acción. De igual forma, continúa fortaleciendo la línea de pensamiento que identifica las tensiones, conflictos y los acuerdos y/o consensos internacionales generados desde diversos espacios como la cooperación internacional, la diplomacia en salud, la política exterior de los Estados, los grupos y organizaciones sociales que emergen desde la sociedad civil con otra visión en el contexto de la salud global (9).

Es importante reconocer el carácter dinámico del modelo como un reflejo del contexto histórico, político, social y cultural de quienes lo construyen, de sus valores y de la propia naturaleza de un mundo globalizado y en constante evolución. El propósito fundamental del mismo es promover la capacidad explicativa de la complejidad creciente de los procesos de salud y enfermedad en un momento de transformación geopolítica y del fenómeno de globalización que afecta a todos los países. También, involucra en forma holística la acción sobre los determinantes sociales teniendo la promoción de la salud como una respuesta para el ejercicio de una salud pública que trabaja por la equidad y la justicia social (9).

El modelo considera diferentes “fuerzas” o determinantes que interactúan por sí solas y entre ellas sobre la salud como fin, reconociendo a su vez que ésta última influye también sobre las fuerzas en función del tipo de sociedad, cultura y modelo económico en el que está inmerso. Por tratarse de la salud internacional, la acción se da con los Estados a través de su política exterior, de los cooperantes multilaterales y bilaterales, los fondos y alianzas globales en salud y las diversas expresiones de la sociedad civil que interactúan en un mundo globalizado (9). En este sentido el modelo actual contempla cuatro fuerzas o determinantes internacionales: ciencia, innovación y tecnología, política exterior, modelos de desarrollo y comercio, los cuales serán descritos a continuación haciendo énfasis en los dos últimos debido a la importancia que tienen para objetivos de esta investigación.

4.1.1 Ciencia, Innovación y tecnología.

La innovación, ciencia y tecnología han estado presentes en la humanidad desde el comienzo de las civilizaciones. La innovación y tecnología surgen de la necesidad de contar con objetos y herramientas para facilitar las labores y tareas cotidianas de la vida; la ciencia nace de la observación de fenómenos naturales para producir teorías sobre el funcionamiento del universo a través de un método. La ciencia y tecnología se interrelacionan y actúan para producir cambios en el poder y en las capacidades de una sociedad (21).

Para el estudio de la innovación, ciencia y tecnología como determinante internacional de la salud es necesario introducir los elementos del bien público y privado con relación a las necesidades humanas; asunto complejo que se liga a la filosofía, a la política, al derecho, a la ética y a los principios y valores que rigen una sociedad globalizada (21). La concepción de lo privado nace con la protección de los derechos de autor y las patentes, de ahí, surge el valor del conocimiento y la investigación originando el intercambio de éste como mercancía. Este hecho, aunque puede ser considerado como un impulsor para la generación de nuevas ideas, también puede servir para generar diferencias, acumulación de capital y desigualdades en las relaciones de intercambio (9).

La Declaración de Budapest sobre La Ciencia y el Uso del Saber Científico reconoció la importancia de la actividad científica y de sus aplicaciones sobre el crecimiento económico y el modelo de desarrollo humano sostenible en el marco de un futuro humano que depende más que nunca de la producción, difusión y utilización equitativa del saber, asignando especial importancia a la gestión del conocimiento que ayude a salvar vidas, mejorar la salud, las condiciones ambientales, promover el desarrollo humano y mitigar la pobreza (9).

4.1.2 Política Exterior y Relaciones Internacionales.

La política exterior puede definirse como una política perseguida por una nación en sus relaciones con otros Estados, diseñada para lograr sus objetivos nacionales. Las relaciones Internacionales, como disciplina académica de la ciencia política, se orienta al estudio de las relaciones de los Estados entre sí mismos y con otras unidades que compongan el sistema internacional, incluyendo los organismos internacionales, las organizaciones de la sociedad civil y las multinacionales. Se trata de un campo interdisciplinario que involucra varias áreas de estudio: historia, geografía, derecho internacional, economía y la ciencia política, entre otras (21).

Las Relaciones Internacionales estudian la acción de los diferentes actores internacionales, en un escenario complejo por diversos factores que influyen en el

desenvolvimiento de esas relaciones. Lo anterior, genera el doble propósito de obtener un conocimiento lo más completo posible de dichas relaciones y de descubrir normas y principios aplicables a la generalidad de los casos en situaciones similares, así como a las variables que ocurren en casos específicos. En su estudio, es necesario profundizar sobre las relaciones de poder, la asimetría de las relaciones, la interrelación de los actores comerciales, financieros y el impacto de sus acciones sobre las condiciones de bienestar y calidad de vida de la humanidad (21).

Considerando que el estudio de las relaciones internacionales lleva implícito los temas de cooperación y diplomacia en salud, se hace necesario conceptualizar los términos, estableciendo que la cooperación técnica entre países consiste en un proceso horizontal y recíproco en el cual dos o más Estados trabajan en conjunto para la construcción de capacidades individuales y colectivas, a través del intercambio de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías; mientras que la diplomacia en salud en el ámbito multilateral, comprende los procesos de construcción y manejo de las coaliciones antes, durante y después de las negociaciones, en la consecución de objetivos compartidos en materia de salud global (9).

4.1.3 Modelos de desarrollo.

Para el Modelo Conceptual en Salud Internacional los Modelos de Desarrollo son el resultado de las concepciones políticas sobre la pertenencia de los medios de producción, las formas de redistribución de los ingresos y las políticas de protección social, los cuales se diferencian entre los países. Los Modelos de Desarrollo se originan en la forma como una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, articulado con su historia, su cultura, su producción económica, su tradición jurídico política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico (9).

Los sistemas políticos y las estructuras que configuran el manejo del poder, la autoridad, la institucionalidad, la gobernabilidad y la legislación, así como las relaciones internacionales, son elementos centrales de los Modelos de Desarrollo y de la búsqueda equitativa de la garantía de los derechos humanos, incluyendo el derecho al desarrollo individual y colectivo (21).

Es importante traer a colación el siglo XX, que se caracterizó por la “guerra fría” entre dos sistemas antagónicos, las potencias capitalistas y socialistas. La caída del muro de Berlín, dio inicio al auge de las tendencias neoliberales en los modelos de desarrollo, la apertura del libre mercado, la flexibilización de la fuerza laboral y la venta de los activos en poder de los Estados. Este auge tuvo su límite

en las grandes desigualdades existentes, debido a que solo algunos Estados lograron crecer económicamente con reducción de la pobreza (21).

Por otra parte, los sistemas de protección social también están estrechamente relacionados con los Modelos de Desarrollo que históricamente se han consolidado en cada nación, estos de manera implícita o explícita han determinado la política social. Durante el último siglo, los modelos de desarrollo se han fundamentado de manera consecutiva en dos teorías: en primer lugar, la teoría Keynesiana del Estado de Bienestar (sin llegar a desarrollarse realmente en América Latina) y posteriormente, en la teoría neoliberal con auge después de la década de los 80 (21).

El Modelo Keynesiano y Estado de Bienestar estuvo centrado en la teoría general de la ocupación, el interés financiero y el dinero, se preocupaba por agregados como el ingreso, el consumo, el ahorro y la inversión, más que de la determinación de precios, que es parte fundamental de la teoría económica. También, mostraba gran interés por la importancia de las variaciones en el nivel de producción y empleo, como movimientos equilibradores de la economía para igualar la inversión y el ahorro, determinándose así el nivel de equilibrio de la renta nacional total y de la producción nacional. Reconocía que las tasas de ocupación son indicadores de prosperidad en las naciones y que la falta de ingresos compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano (22). De la misma forma, Fleury y Molina, lo asumían como la respuesta al proceso de desarrollo de sociedades capitalistas industrializadas y a sus consecuencias, con el fin de lograr estabilidad y seguridad en un nuevo contexto de solidaridad social (22).

Sin embargo, la crisis de finales de la década del 60 y comienzos de los 70 demostraron que las posturas Keynesianas habían fracasado en términos de superar la crisis bajo el capitalismo. Al mismo tiempo, se acusaba de la crisis a la excesiva intervención del Estado, su desmedido endeudamiento y gasto público. Así se abrió paso a las teorías neoliberales basadas en la reducción del déficit fiscal a través de la reducción del gasto público (23).

El Modelo Neoliberal se caracteriza por las diversas formas de interacción de los individuos (ciudadanos que automáticamente adquieren la connotación de clientes), en amplios mercados donde los bienes, servicios y valores sociales se convierten en mercancías, con vendedores privados cuyo único interés es la rentabilidad económica bajo el principio de la libre competencia. En este modelo, el consumidor tiene la opción de elegir de acuerdo con su capacidad de compra, pues parte del supuesto de que todos los individuos tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en un mercado que les ofrece una variada gama de bienes y servicios (22). Lo anterior, se ve reflejado en intervenciones como la eliminación de leyes proteccionistas para la exportación de productos a través de los llamados tratados de libre comercio, la privatización de algunas ramas de la economía, liberalización de las tasas de interés, aprobación de leyes de

flexibilización y precarización de condiciones laborales y reducción de rol de Estado (23).

Por su parte, Hayek y Friedman, fundan sus principios en la libertad individual y la desigualdad en una franca crítica al Estado benefactor, por considerar que la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y la competencia de los individuos en el mercado que corrige todos los males económicos y sociales. A su vez, manifiestan que el carácter del neoliberalismo es el individualismo, en tanto que el individuo liberal es considerado una isla fundamentada en sí misma, centrado en la defensa de sus derechos como individuo a la vida, a la libertad y a la propiedad. Por lo anterior, se concluye que estos modelos han dado lugar, en cada caso, a sistemas de protección social que han fluctuado entre los enfoques de la seguridad social, el seguro social y la asistencia social, pasando por las redes mínimas de protección social y el manejo social del riesgo (22).

En este sentido, cobra importancia el concepto de desarrollo trascendiendo su vínculo exclusivo con el crecimiento económico, para ser abordado desde una perspectiva holística. De ahí, que el estudio entre la salud y el desarrollo cobró fuerza en la década de los 70 y los 80 con investigaciones y aproximaciones conceptuales sobre la influencia de los llamados Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de las poblaciones (21). Los cuales son entendidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (24). Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (24).

La labor de la Comisión de DSS de la OMS incorpora un nuevo enfoque del desarrollo. Posiblemente, la salud y la equidad sanitaria no sean siempre el objetivo de las políticas sociales pero son un resultado esencial. Manifiestan que es incuestionable que el desarrollo económico es importante, en particular para los países pobres, pues brinda la oportunidad de obtener recursos para invertirlos en mejorar la vida de la población. Ahora bien, el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas contribuye al incremento de la inequidad sanitaria afectando las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera (25). La distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es fenómeno natural, sino el resultado de una infortunada combinación de políticas y programas sociales deficientes, acuerdos económicos injustos y una limitada gestión política (25).

Posteriormente, la crisis financiera global llamó la atención sobre la relevancia de contar con instrumentos que regulen el mercado. Se resalta la necesidad de medir

y evaluar los resultados de los diferentes modelos de desarrollo en el ambiente, la calidad de vida y la salud (21). En el mercado, el Producto Interno Bruto (PIB) es el indicador clásico que establece el nivel económico de un país. El PIB corresponde al valor monetario total de la producción corriente de bienes y servicios durante un período. En él se considera la población que trabaja y su productividad (esta última es medida a través del capital físico, los avances tecnológicos y el capital humano). En este sentido, un país con población capacitada, con mayor nivel educativo y más desarrollo tecnológico percibe un mejor PIB. Una forma de reconocer las diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo, es observar el crecimiento demográfico. Generalmente los países en desarrollo con pirámides expansivas tienen menor renta per cápita o PIB per cápita y con ello mayores niveles de pobreza, disminución en el acceso a los servicios sociales y limitado acceso a educación y salud (21).

Por otra parte, para Amartya Sen, el desarrollo es percibido más allá del crecimiento económico, trascendiendo a aspectos sociales, políticos y culturales; propone que sea entendido como la libertad para elegir el tipo de vida que cada persona quiere llevar, aunque respetando la regla de oro kantiana de que la libertad de cada uno termina donde empieza la de los demás, presenta los límites entre la ética y los derechos humanos, señalando como principio que no se deben potenciar las capacidades o gozar de libertades a costa de los demás (9).

El hecho de que centre la atención en las libertades humanas contrasta con las visiones más estrictas del desarrollo, como su identificación con el crecimiento del Producto Nacional Bruto (PNB), con el aumento de las rentas personales, con la industrialización, con los avances tecnológicos o con la modernización social. El crecimiento del PNB puede ser, desde luego, un medio muy importante para expandir las libertades de las cuales disfrutaban los miembros de la sociedad. Pero las libertades también dependen de otros determinantes, como las instituciones sociales y económicas (por ejemplo, los servicios de educación y de atención médica), así como de los derechos políticos y humanos (entre ellos, la libertad para participar en debates y escrutinios públicos. Resalta la libertad para no padecer privaciones ni enfermedades fácilmente curables, para poseer una vivienda digna, para participar en la toma de decisiones colectivas, para disfrutar del nivel educativo deseado, para profesar, expresar y difundir libremente las propias ideas o para vivir en un entorno cultural propio (26).

Otra postura, la plantea el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), asumiendo el desarrollo humano como el proceso para “incrementar las posibilidades de elección de las personas”(27). Esta definición, está basada en el enfoque de capacidades y titularidades de Amartya Sen, involucrando no solo a las posibilidades de elección que permite un mayor ingreso, sino a la oportunidad razonable de las personas para desarrollar su potencial y “llevar una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses” (27). Para evaluar el avance de la condición de vida se utiliza el Índice de Desarrollo Humano

(IDH) que permite comparar, a través del tiempo, la situación de los países en tres dimensiones: longevidad, logros en educación y control sobre los recursos necesarios para un nivel de vida digno, con la medición de indicadores específicos.

Por otra parte, para alcanzar un desarrollo en términos económicos, ecológicos y sociales, la Comisión de Brundtland en 1987, introdujo el término de desarrollo sostenible, planteando el doble desafío de afrontar y mitigar la situación de pobreza, y el abordaje de los problemas medioambientales, el cual fue definido como "aquel que garantiza las necesidades del presente sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades" (21). Este pronunciamiento ha facilitado que el tema del desarrollo sostenible haya sido incluido dentro de las conferencias internacionales y le ha dado relevancia al desarrollo humano, donde las personas son el principal sujeto y objeto sobre el desarrollo económico (21).

4.1.4 Comercio.

El modelo conceptual de Salud Internacional asume el comercio como una práctica de intercambio de productos, bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los grupos humanos. Este intercambio y sus condiciones se fueron transformando, desde el simple trueque hasta los movimientos financieros globalizados, con desarrollos desiguales en la humanidad. Los acuerdos o intercambios comerciales y sus efectos a todo nivel pueden generar crecimiento económico o desigualdades que afectan o benefician a los actores involucrados. En las últimas décadas, la relación del comercio y la salud ha adquirido una mayor relevancia por las implicaciones en la salud, en el ambiente y calidad de vida de los grupos humanos (21).

El comercio puede ser categorizado desde diferentes perspectivas: conceptualización, aspectos jurídicos y justicia. Desde su conceptualización, el comercio se clasifica por la producción de bienes o de servicios; ambos aspectos, presentes en todo acto de salud, se refieren por acción o por omisión a la producción del proceso de salud y enfermedad, a los servicios de atención y asistencia, y al acceso a los mismos (tecnología e infraestructura). Desde el ámbito jurídico se clasifica en comercio legal y comercio ilegal. El comercio legal da cuenta de las estrategias comerciales reguladas por las leyes nacionales o internacionales. Desde la justicia del comercio se habla de comercio justo y comercio injusto. El comercio injusto se refiere a aquellas estrategias comerciales donde existe asimetría y/o subordinación entre las partes. Un paradigma del comercio injusto es la explotación de bienes primarios controlada por empresas transnacionales, en donde la mayoría de los beneficios provenientes de la comercialización se escapan de las manos del país productor. Por su parte, el

comercio justo es una forma alternativa de comercio que promueve una relación comercial voluntaria y justa entre las partes. Este tipo de comercio es alentado por varias organizaciones no gubernamentales, el Sistema de las Naciones Unidas y múltiples movimientos sociales y políticos como el pacifismo y el ecologismo (9).

Al interior de cada clasificación existen actores que implementan acciones en uno u otro de los sentidos señalados: los bloques económicos; las empresas transnacionales; el sector financiero; las organizaciones criminales y de tráfico; las empresas de logística y transporte; los gobiernos de países; las integraciones regionales, subregionales, bilaterales y multilaterales; la OMC; los organismos de derechos humanos y los movimientos sociales. Por ende, la OMS resalta la importancia de que los Ministerios de Salud brinden información a sus homólogos de Comercio y Finanzas sobre los efectos del comercio en la salud, con el fin de viabilizar la ejecución de acciones conjuntas y la toma de decisiones comerciales basadas en sus implicaciones en la salud (9).

En este punto, es importante identificar algunas de las teorías del comercio internacional que generaron grandes aportes en la historia, destacando que todas tienen interés por conocer los aspectos reales de las relaciones económicas entre naciones y comprender las tendencias a largo plazo (28).

En ese sentido, se encuentra la Teoría Superávit Comercial o de Mercantilismo representada por John Hales, Thomas Mun y David Hume, cuyo propósito era determinar las ventajas comerciales para la economía del país, lo que implicaba que un país se beneficiaría del comercio internacional siempre que el valor de sus exportaciones superase el valor de sus importaciones, para cumplir este objetivo, proponían el intervencionismo del Estado, que debía, por una parte, dificultar la entrada en el país de importaciones mediante políticas proteccionistas y por otra parte, fomentar las exportaciones de productos nacionales, esto traduce aumento de la demanda agregada y crecimiento de la renta nacional. Sin embargo, esta doctrina presenta críticas ya que solo beneficia a unos países en la medida en que perjudica a otros y asume que lo positivo de dicho comercio radica en la corriente exportadora (28).

Por otra parte, Adam Smith representa la Teoría de la Ventaja Absoluta, que expone nuevos principios sobre la economía internacional, claramente opuestos a las ideas mercantilistas. Smith incorpora los efectos reales sobre el funcionamiento de la economía, valorando el bienestar que pueda reportar a los ciudadanos. Ello no significa que renuncie a los intereses generales de la nación, sino que éstos quedan asegurados con un mayor bienestar individual: lo que es bueno para los individuos, es bueno para la nación. Nótese que, aunque Smith se preocupó por aumentar la riqueza nacional, no identificó, como lo hicieron los mercantilistas, los intereses del Estado con los de la monarquía, sino con los del conjunto de la sociedad. Smith proponía la regulación económica de modo natural sin necesidad de coordinación por parte de las autoridades; trasladó su doctrina

liberal al comercio internacional, estudiando sus posibles beneficios para la sociedad y las opciones de política económica para maximizar tales ventajas, basado en la liberación del mercado donde podrían beneficiarse todas las economías simultáneamente y favoreciendo la especialización internacional al hacerse líderes en productos específicos (28).

Asimismo, la Teoría Comparativa o Relativa, representada por varios autores, entre ellos David Ricardo, quien realiza grandes aportes para profundizar en la teoría del comercio internacional, destaca que el valor de los bienes depende de la cantidad de trabajo que estos incorporan; además, el trabajo se considera móvil dentro de un país, pero inmóvil entre países. La productividad es constante dentro de cada país, pero puede variar internacionalmente debido a la utilización de diferentes técnicas productivas. Señala que las diferencias en la productividad del trabajo en los distintos países representa la causa del comercio internacional. En efecto, la productividad relativa de cada país, depende de las técnicas de producción empleadas, lo que determinará la dirección de los flujos internacionales de bienes (28).

Por otra parte, en 1970, Seoane y Nye, hicieron referencia a la teoría de las relaciones internacionales, conocida como Interdependencia Compleja. Su perspectiva analítica se enfocó en la acentuación de las redes de interdependencia entre Estados, empresas y movimientos sociales a través de la expansión de los flujos políticos, económicos, sociales y culturales en escala transnacional. Para ambos, dichas redes son las responsables de la difusión de la democracia liberal, del dominio de las fuerzas del mercado y de la integración global de economías nacionales (21). La Teoría de la Interdependencia Compleja está basada en tres características principales: actores estatales y no estatales que interactúan a través de múltiples canales de comunicación, la agenda internacional con múltiples temas que no están organizados según un orden jerárquico y el papel de la fuerza militar en las relaciones internacionales. A partir de lo anterior, se puede afirmar que la interdependencia económica provocó la inclusión en la agenda internacional de la prioridad de nuevos actores no estatales, tales como las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), las empresas multinacionales, los grupos étnicos, las minorías, entre otros (21).

A partir de la década de los 70, se reconoce la emergencia de nuevos actores no territoriales en el sistema internacional, como las empresas multinacionales, los movimientos sociales transnacionales y las organizaciones internacionales. Por lo tanto, aunque los Estados siguen siendo los actores principales de la política internacional, son más permeables a los temas y a los intereses de estos diversos actores que pueden presionar directa o indirectamente a los gobiernos. De la misma forma, la sociedad civil organizada es considerada como un actor no estatal que puede contribuir a la redefinición de normas y patrones de acción colectiva porque influyen en el establecimiento de agendas, posicionamiento de

nuevos temas y estándares de comportamiento y fuerza la política de los Estados y de los organismos internacionales (21).

Ahora bien, es importante reconocer que la salud ha sido incluida como un tema estratégico de la política externa en la agenda internacional. La salud también está asociada con estándares culturales y sociales y puede ser afectada por los fuertes intereses económicos de las grandes empresas transnacionales, compañías dotadas de recursos financieros y tecnológicos importantes (21).

Con relación a la salud internacional, es necesario abordar el comercio internacional, definido y regulado por tratados internacionales que producen impactos en la salud pública de la Región de las Américas. Algunos teóricos de la economía han promulgado el libre comercio, la apertura de las fronteras y los tratados comerciales para generar un crecimiento global. Sin embargo, otros han promulgado políticas regulatorias y en algunos casos proteccionistas con el fin de conservar o resguardar la producción nacional (21).

En los últimos tiempos, los tratados y acuerdos bilaterales y regionales de libre comercio han generado profundos cambios en los procesos sociales, acelerados por la simultaneidad y rapidez de las transacciones económicas, facilitadas a su vez por la conectividad de las nuevas tecnologías. Las bolsas de valores de las sociedades mercantiles con sus accionistas, son un actor diario de la economía global que mediante el flujo financiero afecta o favorece las distintas regiones del planeta. Es necesario reconocer que el comercio no es neutral, es un instrumento económico que puede servir para construir o destruir; aunque es un medio generador de grandes diferencias, puede ser también un medio para la distribución de la riqueza (21).

Nye señala que las empresas transnacionales tienen, como nunca antes, el poder para crear normas y patrones, y que con sus prácticas pueden generar una gobernanza “de facto”. Las Alianzas y fondos globales, agencias bilaterales de desarrollo y las ONG son algunos de los actores que componen el nuevo escenario de la salud global, y sus acciones pueden estar ligadas a los intereses de las grandes industrias de los países desarrollados. De esta forma, el mundo globalizado deja cada vez más claro que las reglas de la economía global afectan de lleno no sólo el bienestar ciudadano y el goce de los derechos humanos, sino también las posibilidades de los Estados para cumplir con sus obligaciones de respetar, proteger y garantizar esos derechos (21).

4.2 Definición Conceptual de Sustancias Psicoactivas Lícitas y adicciones

Para la Organización Mundial de la Salud las drogas son aquellas sustancias que, introducidas en el organismo por cualquier vía de administración, producen una modificación de su natural funcionamiento. Las sustancias psicoactivas, si bien responden a la definición de droga antes mencionada, su efecto principal se ejerce en el Sistema Nervioso Central. Existen muchos tipos de sustancias que contienen drogas o lo son en sí mismas; por ejemplo, hay sustancias de libre consumo y socialmente aceptadas que son drogas, como las bebidas alcohólicas que contienen alcohol y el tabaco que contiene nicotina y otras sustancias (29).

El uso de drogas tiene sus orígenes en siglos pasados y en varios países. Hay escritos de griegos y romanos en los que se documenta el uso para provocar efectos placenteros y tratamiento de enfermedades (30). Sin embargo, reconociendo su potencial nocivo, muchas sociedades han restringido su consumo. Tras la llegada de los colonos europeos a la Región de las Américas a finales del siglo XV, el alcohol y el tabaco, se convirtieron en una mercancía primordial, producida y reglamentada por las autoridades coloniales. El legado de las prácticas de consumo, la producción y comercialización de SPA legales sigue repercutiendo en la salud de la población (12); debido a los fenómenos de consumo perjudicial y la introducción del concepto de adicción donde se evidencian las graves consecuencias derivadas de su uso.

Por lo anterior, es importante comprender algunas teorías que explican las adicciones: para el psicoanalista Freud, la dependencia a las drogas se constituye como un trastorno de la personalidad; sin embargo, no logró llegar a resultados significativos en el tratamiento de estas personas. Adler y Sullivan, desde la teoría ambientalista, afirman que los adictos son un producto del ambiente social en que habitan las personas, pero el cambio de ambiente tampoco les dio grandes resultados. Por otro lado, los teóricos del aprendizaje consideran el abuso de las drogas como una conducta que fue aprendida y con el uso de técnicas de modificación conductual y de reflejos condicionados de aversión, tampoco aportaron grandes resultados para el tratamiento (29).

A pesar de las dificultades en las investigaciones teóricas y experimentales, se han logrado múltiples avances, entre ellos, considerar las adicciones desde un punto de vista ecléctico, que tiene orígenes genéticos, psicológicos, ambientales y culturales. Por lo tanto, es necesario considerar el uso, abuso y dependencia de drogas como una problemática multicausal para la salud pública de la población mundial, puesto que se constituye en un trastorno adictivo recidivante y remitente, que debe ser tratado desde una perspectiva biopsicosocial. Por ello, es necesario contar con la experticia de varias disciplinas desde la detección, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la prevención de recaídas y sobre todo prevención de

consumo. La sociedad debe reconocer esta problemática como un fenómeno de salud que va en aumento, porque, además, alcanza todos los niveles sociales (29).

Del mismo modo, la OMS manifiesta que las adicciones y el abuso de sustancias legales e ilegales tienen relación con situaciones de salud, pobreza, violencia, conductas criminales y exclusión social. Para esto, se deben buscar mecanismos que disminuyan los costos para la sociedad en cuanto a la productividad, el desarrollo, la seguridad y la política. Igualmente, los costos referidos a las intervenciones de salud y las consecuencias económicas del abuso de drogas para el desarrollo de la población en todos los ámbitos (29).

Como se ha reiterado, el consumo de SPA tiene graves consecuencias a nivel individual, familiar y social, por lo cual se han diseñado enfoques teóricos y terapéuticos que buscan dar respuesta a estas necesidades, se han consolidado mecanismos particulares de atención a personas con problemas de consumo que pasan de objetivos meramente curativos a intervenciones integrales, que incluyen a distintos profesionales de la salud para la atención de los aspectos médicos, psicológicos, familiares y sociales y, sobre todo, reconociendo la importancia de la creación de redes sociales de apoyo a los adictos como factor de protección para la prevención de recaídas (29).

Igualmente, es preciso reconocer la importancia de la promoción y la prevención en los niveles universal, selectivo e indicado, para actuar antes de y no después de que se haya llegado al abuso y adicción. Es necesario que se diseñen planes y programas que fomenten los factores protectores y adquisición de hábitos de vida saludables, más que insistir en lo punitivo y sanciones penales que resultan deficientes; por tanto, la prevención y el tratamiento deben acompañarse de prácticas clínicas y estrategias terapéuticas basadas en las investigaciones y avances científicos multidisciplinarios que se realizan de forma rigurosa y permiten identificar asuntos que inciden sustancialmente en la farmacodependencia y en su recuperación (29).

La prevención debe enfocarse al fomento de hábitos de vida saludables y comenzar con la infancia para aprovechar el papel central de los padres de familia y los maestros. Por ello, se deben realizar programas dirigidos a las familias y establecimientos educativos desde esta perspectiva (29). Las características de las relaciones que se establecen entre padres e hijos son de fundamental importancia para la prevención del consumo. Así, familias en las que existe una relación positiva basada en la comunicación y el afecto, en la que además existen límites claros, se establecen normas que se cumplen, se supervisa lo que hacen los hijos y se comparte con ellos actividades, son familias fortalecedoras que ayudan a los hijos a integrarse, a ser menos vulnerables frente a las drogas y a tener una conducta más positiva y adaptada. La escuela constituye un elemento integrador de las políticas preventivas. La detección y la transmisión de valores y

actitudes preventivas permiten proporcionar a los escolares instrumentos y herramientas para hacer frente al consumo de drogas (30).

Con los adolescentes es de vital trascendencia el fomento de estilos de vida saludables porque se trata de una población muy vulnerable por los cambios físicos y psicológicos que se dan en esta etapa de la vida, pasan por una serie de cambios para los que requieren el acompañamiento de los padres en la búsqueda de una comunicación coherente. Dentro de las estrategias de prevención se puede recurrir a hablar de las drogas directamente (Prevención específica) o no (Prevención inespecífica), según las características de los adolescentes y el contacto que hayan tenido con las drogas y conductas adictivas. En este punto es oportuno fomentar la participación en grupos sociales y el aprovechamiento del tiempo libre como factor de protección, que les permita atravesar esta etapa de manera adecuada, con la adquisición de habilidades que les ayuden en su vida e interacción social (29).

La prevención basada en la mera presentación de información, transmitida por un “experto” en el tema que habla de las consecuencias que producen las sustancias, los daños físicos, psíquicos y legales, ha probado ser poco efectiva. Hace falta desarrollar un modelo de prevención integral que apunte a reparar las causas que predisponen y facilitan el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta la totalidad de los factores intervinientes y, por lo tanto, condicionantes socioculturales, familiares e individuales. En este contexto es importante entender que las drogas legales: el tabaco y el alcohol son la puerta de entrada al consumo de las sustancias ilegales (28). Uno de los primeros elementos de riesgo es la propia presencia de las drogas en el entorno, es decir, su accesibilidad, su visibilidad y su disponibilidad. Se sabe que cuanto más fácil resulta conseguir las drogas más aumenta su consumo, lo que explica que el consumo de las drogas legales sea mayor que el de las ilegales. También, existen mecanismos orientados precisamente a limitar la presencia de las drogas en el entorno. Para el caso del alcohol y el tabaco, se reducen los espacios para su consumo, se limita su publicidad, se aumenta el precio y se eleva el límite de edad mínimo para poder adquirirlos (30).

La fundamentación política para este problema debe ser multisectorial y se debe tener los sistemas operativos que aseguren su implementación y permanencia en el tiempo. Además, se debe garantizar los recursos económicos para financiar los programas y proyectos con mayor efectividad favoreciendo los enfoques participativos. En este momento está vigente el acuerdo propuesto por la OMS que ha ideado un mecanismo internacional de compromiso gubernamental mediante un Convenio Marco, el cual ofrece un modelo muy comprensivo para lograr los compromisos a todos los niveles de gobierno (28).

Por su dimensión global y sus graves efectos en el desarrollo de los países, el consumo de sustancias que causan adicción y sus consecuencias exigen de los

gobiernos la aplicación de políticas públicas claras, consistentes y de largo plazo, que integren en una acción sinérgica todos los recursos disponibles de las instituciones y propicien una responsabilidad compartida, con la participación de los tres órdenes de gobierno, de la sociedad civil organizada y de las personas. Este fenómeno tan complejo es tema obligado de la agenda internacional y uno de los mayores retos de salud pública de nuestra generación, que altera y enrarece la coexistencia, la vida productiva y la paz social (31).

4.3 Estrategias de políticas para prevención de consumo de sustancias psicoactivas lícitas

Con el fin de contextualizar este escenario es importante definir el término “política” como una categoría que tiene al menos dos significados distintos. A diferencia del idioma anglosajón, en la lengua castellana no existe la diferencia entre política (politics) como el uso del poder en general y política (policy) como respuesta social ante los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas. Las políticas son públicas porque, en oposición a lo privado, son de interés común y afectan a las personas colectivamente. Además, los problemas públicos son de responsabilidad de los Estados debido a la imposibilidad de ser resueltos de forma individual (32).

Por consiguiente, las políticas públicas pueden definirse como programas de acción gubernamental en un sector de la sociedad o un espacio geográfico; como procesos de mediación social donde la autoridad pública pretende solucionar o modificar el ámbito cultural, social o económico de actores sociales considerados dentro de una lógica sectorial; o como programas de acción que representan la realización de las decisiones del Estado, siendo este un actor que quiere modificar comportamientos mediante el cambio en las reglas de juego operantes hasta entonces (32).

Por otra parte, es necesario precisar el concepto de “Prevención” como la acción y efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del uso de drogas legales. Su objetivo es evitar el inicio del uso de drogas o, bien, el progreso del consumo entre poblaciones en situación de riesgo (29). El “Programa en prevención del consumo de drogas”, se refiere entonces, a un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos previamente establecidos, que tienen por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados con las drogas y sus usos (29). Finalmente, la “Promoción de la salud”, es asumida como un proceso político y social que abarca acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los

individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas para mitigar su impacto en la salud pública e individual (29).

Ahora bien, las “políticas sobre alcohol” pueden definirse como decisiones tomadas por los gobiernos mediante la aplicación de leyes y reglamentos relacionados con el alcohol, la salud y el bienestar social. El propósito de las políticas sobre alcohol es servir a los intereses de la salud pública y el bienestar social, a través de su impacto sobre determinantes sociales y de salud, como los patrones de consumo, los entornos de ingesta y los servicios de salud disponibles para tratar a los consumidores. Para que una política sea efectiva debe servir al bien público, reduciendo los grandes costos y sufrimientos relacionados con el uso del alcohol (8).

Emprender un enfoque de salud pública para las políticas de alcohol requiere de la aplicación de intervenciones apropiadas, que probablemente beneficiarían a una mayor cantidad de personas, ya que es un enfoque poblacional. También, implica la hipótesis de que las poblaciones consumen bebidas alcohólicas como resultado de una interacción entre la sustancia (el alcohol como sustancia psicoactiva y tóxica), lo individual (género, características biológicas, historial personal) y los factores ambientales (disponibilidad, precio y promoción del alcohol). Por consiguiente, se pueden utilizar principios epidemiológicos para evaluar y comprender mejor la ingesta de alcohol en una determinada población y proporcionar datos con el fin de monitorear tendencias, diseñar mejores intervenciones y evaluar programas y servicios, a diferencia de la medicina clínica, que se enfoca en el tratamiento y cura de una enfermedad en cada caso individual (8).

Existen lineamientos internacionales emitidos por la OMS en su informe “Alcohol y Salud Pública para las Américas, un caso para la acción” orientados a la prevención o reducción de los problemas relacionados con el alcohol, dentro de las cuales se encuentran: edad mínima legal para adquirir alcohol; restricciones sobre la disponibilidad de bebidas alcohólicas; restricciones sobre la venta al por menor fuera de los locales; aplicación de aumento de precios e impuestos; aplicación de leyes y sanciones para el control por conducir en estado de ebriedad; screening e intervenciones breves para problemas relacionados con alcohol; restricción de publicidad y patrocinio en las Américas; promoción de entornos libres de alcohol; prevención, tratamiento y capacitación de recursos humanos; además, señalan que una combinación de dichas políticas podría producir un mayor beneficio (8).

De igual manera, haciendo énfasis en el tabaco, en el orden internacional y ante la necesidad de enfocar a escala global un problema que trasciende las fronteras nacionales de los países, la OMS y sus estados miembros acordaron el primer Tratado Internacional de Salud Pública denominado Convenio Marco para el

Control del Tabaco (CMCT), el cual fue firmado en el año 2003 y entró en vigor en el año 2005. Este convenio proporciona un marco para las medidas de control del tabaco en los niveles nacional, regional e internacional con el propósito de reducir de manera continua la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Regula varios aspectos descritos a continuación, estableciendo compromisos mínimos que las partes deberán implementar a través de su legislación nacional y de sus políticas públicas (28).

El CMCT está conformado por 38 artículos organizados en 11 secciones y plantea estrategias relacionadas con la reducción de la demanda y la oferta de tabaco. En la primera sección se consideran las siguientes medidas: protección de la exposición del humo de tabaco; regulación de los contenidos de los productos de tabaco; regulación de la información sobre los productos de tabaco; empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; educación, comunicación, capacitación y conciencia pública; publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco; medidas para reducir la dependencia al tabaco y apoyar la cesación o su abandono;

En cuanto a las medidas centrales para reducir la oferta, se encuentran: comercio ilícito de productos de tabaco; ventas a menores y por menores; apoyo a actividades alternativas económicamente viables (32).

Una vez presentadas las anteriores definiciones y categorizaciones, será abordada la metodología que intentará buscar la relación existente entre los Modelos de Desarrollo, el Comercio Internacional y las Estrategias de Prevención de Sustancias Psicoactivas, identificando las tensiones y conflictos que se generan entre sí a través del análisis del Modelo Conceptual en Salud Internacional,

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Esta investigación tendrá como resultado un escrito de tipo monográfico, que es el texto de información científica por medio del cual se dan a conocer los resultados de la investigación documental (33). Según Kaufman y Rodríguez citados por Morales "la monografía es un texto de información científica, expositivo, de trama argumentativa, de función predominantemente informativa, en el que se estructura en forma analítica y crítica la información recogida en distintas fuentes acerca de un tema determinado. Exige una selección rigurosa y una organización coherente de los datos recogidos. La selección y organización de los datos sirve como indicador del propósito que orientó la escritura" (33).

Como en el proceso de investigación documental se dispone, esencialmente, de documentos, que son el resultado de otras investigaciones, de reflexiones de teóricos, lo cual representa la base teórica del área objeto de investigación, el conocimiento se construye a partir de su lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos, los cuales pueden ser impresos, electrónicos y audiovisuales. Las fuentes impresas incluyen: libros enciclopedias, revistas, periódicos, diccionarios, monografías, tesis y otros documentos. Las electrónicas, por su parte, son fuentes de mucha utilidad, entre estas se encuentran: correos electrónicos, CD Roms, base de datos, revistas y periódicos en línea y páginas Web. Finalmente, se encuentran los documentos audiovisuales, entre los cuales cabe mencionar: mapas, fotografías, ilustraciones, videos, programas de radio y de televisión y otros tipos de grabaciones (33).

En este punto, es importante mencionar que "para la investigación cualitativa, la investigación documental no es sólo una técnica de recolección y validación de información, sino que constituye una de sus estrategias, la cual cuenta con particularidades propias en el diseño del proyecto, la obtención de la información, el análisis y la interpretación, y como estrategia cualitativa también domina diversas fuentes (primarias y secundarias). Su expresión más característica la vemos en los estudios basados en archivos oficiales y privados, y en los trabajos de corte teórico que también se sustentan en documentos de archivo. Con base en el análisis sistemático de testimonios escritos o gráficos –cartas, periódicos, autobiografías, procesos judiciales, informes de investigación, entre otros- el investigador intenta responder a cuestiones sobre temas particulares. Todos los textos pueden ser "entrevistados" mediante las preguntas que guían la investigación, y se los puede "observar" con la misma intensidad con que se

observa un evento o un hecho social. En este sentido, la lectura de documentos es una mezcla de entrevista y observación” (34).

5.2 Técnicas de búsqueda de la información

Para la recolección de información se desarrolló el proceso de búsqueda, identificación y revisión de fuentes documentales alrededor del control del tabaco y del alcohol, que estuvieran articulados con los modelos de desarrollo y el comercio internacional. Se consideraron los siguientes sitios web de búsqueda:

- Se llevó a cabo una revisión no sistemática de literatura, utilizando como estrategia de búsqueda un examen bibliográfico de las bases de datos: LILACS y SciELO. El conjunto seleccionado de bases de datos documentales presenta alta estructuración y estandarización de la información, permitiendo recuperar referencias, documentos textuales y datos estadísticos, dado su carácter multidisciplinario y su alcance internacional. Se excluyeron otras bases de datos documentales, con el único propósito de limitar el número de publicaciones disponibles en la red para su análisis.

Se realizó la verificación del reconocimiento de las palabras claves utilizando los descriptores en ciencias de la salud en DeCS – biblioteca virtual en salud, por lo cual se utilizaron las siguientes variables o palabras claves en las respectivas búsquedas: “tabaco”, “alcohol”, “tabaquismo”, “alcoholismo”, “adicción”, “comercio”, “desarrollo económico”, “desarrollo sostenible”, “abuso de sustancias”, “uso de tabaco”, “abuso de alcohol”, “prevención”, “políticas”, “Chile”, “México” y “Colombia”; además, de múltiples combinaciones entre ellas a través del uso de conector booleano “and”.

Durante la búsqueda se obtuvieron 62 registros (artículos, investigaciones, boletines, entre otros) que posteriormente fueron verificados y depurados al realizar un rastreo de su pertinencia a través del análisis del título, palabras claves y el resumen de cada uno de los textos.

- Se visitó los sitios oficiales de la OMS – OPS – OEA – CICAD y otras entidades relacionadas, que tuvieran resultados de las encuestas nacionales y regionales de consumo de sustancias psicoactivas, además, incluyen los lineamientos vigentes para el establecimiento de políticas orientadas a la prevención. En la página de la OMS, se encuentra una barra de herramientas y una las opciones es “Temas de Salud” que despliega en orden alfabético contenidos, uno de ellos es “consumo de bebidas alcohólicas” donde se obtienen 6 registros y en “tabaco” se obtienen 12 registros, al ingresar a cada documento se evidencia que fueron realizados en colaboración con la OPS.

En el sitio web de la CICAD – OEA en la página principal se encuentran las portadas de los informes realizados por dichos organismos internacionales obteniendo 5 registros relacionados con el tema de interés.

- Se incorporó en la búsqueda las páginas oficiales de los Ministerios de Salud de los países seleccionados, donde se revisó el material normativo disponible como leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y circulares emanadas por las autoridades públicas para la caracterización de sus objetivos y alcances. Además, fueron consultados los planes gubernamentales de carácter nacional que tuvieran o hayan contenido estrategias y metas relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol.

En este sentido, se encontró que México cuenta con la página oficial de la Secretaría de Salud, en la cual se evidencia el área de “Secciones”, donde está disponible la “Biblioteca Virtual”, al digitar en el buscador “tabaco” se obtienen 5 registros y “alcohol” arroja 16 registros.

Asimismo, Chile cuenta con una página conjunta del Ministerio de Salud y el Instituto de Salud Pública, en el buscador se digito la palabra clave “alcohol” obteniendo 6 registros y “tabaco” obteniendo 14 registros.

Colombia cuenta con la página del Ministerio de Salud y Protección Social, en ella se encuentra una barra de herramientas donde una de sus opciones es “Salud”, de la lista de “elegibles” se selecciona “Salud Pública”, luego “Salud Mental” y finalmente “Sustancias psicoactivas” obteniendo 4 registros relevantes. Desde “Salud Publica” también se encuentra la opción de “hábitos saludables” donde se encuentra “prevención de consumo de tabaco” de donde se obtienen 2 registros.

5.3 Criterios de inclusión de los documentos

Para seleccionar los estudios, informes, lineamientos, circulares, entre otros, éstos debían estar escritos en español; haber sido publicados en el período de tiempo comprendido entre el año 2003 y 2015; contener texto completo y que hicieran referencia a los países de Chile, México o Colombia.

Esta búsqueda fue dirigida a publicaciones del año 2003 en adelante, debido a la entrada en vigencia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, el cual fue adoptado el 21 de mayo de 2003 por la Asamblea Mundial de la Salud y entró en vigor el 27 de febrero de 2005.

5.4 Técnicas de análisis de la información: análisis documental bajo la modalidad de fichaje analítico

Consiste en la realización de las operaciones a las que el investigador someterá los registros previamente organizados con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio, en este caso, se realizará un análisis documental mediante la modalidad de fichaje analítico, estableciendo una herramienta dinámica que permita identificar la información relevante para ser categorizada e interpretada.

Se dará la opción de establecer categorías emergentes a la información que no había sido prevista inicialmente, pero que se considera relevante para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

La información será consignada ordenadamente en una matriz elaborada en Excel, que contiene las siguientes variables: tipo de trabajo (artículo, informe, investigación), título, autor (personal o corporativo), año, país al que hace referencia el documento, ideas secundarias o complementarias del documento, publicación (revista, boletín, circular), enlace o dirección directa del documento, objetivo de investigación al que aporta y categoría de análisis.

Lo anterior permite visualizar fácilmente los hallazgos relevantes de los documentos y a la vez, generar una articulación y estructuración de la información; las dos últimas variables, hacen referencia al ejercicio analítico que debe realizar el investigador con el fin de clasificar la información de acuerdo al objetivo de investigación con el cual tiene relación y establecer las categorías de análisis que se identifican como tópicos y se consideran significativos, lo anterior permiten ir agrupando los hallazgos, que son el insumo para la elaboración del capítulo de resultados de la monografía.

5.5 Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social (35), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la investigación “Influencia de los determinantes internacionales de la salud en la implementación de estrategias de prevención de consumo de sustancias psicoactivas legales en Chile, México y Colombia” se clasifica como investigación sin riesgo para la población objeto de estudio.

Por el contrario, puede traer consigo aportes valiosos si se logra identificar las dificultades y limitaciones para la implementación de las estrategias de prevención de consumo de SPA legales en los países de Chile, México y Colombia; ya que éste sería un insumo para generar los ajustes pertinentes y el planteamiento de posibles estrategias de solución.

6. Resultados

Los resultados de la investigación serán presentados de acuerdo al país de referencia, el objetivo de investigación al que aporta y la categoría de análisis con la cual se relacionan y agrupan los hallazgos.

Por consiguiente, se encontrará la información de los países de Chile, México y Colombia; abordando en primer lugar, el objetivo específico que identifica las fortalezas y debilidades expresadas por los Modelos de Desarrollo para la implementación de políticas para la prevención de consumo de SPA legales, iniciando con una breve descripción de los Modelos de Desarrollo con base en algunos indicadores y cifras oficiales; posteriormente, se presentan las categorías de análisis en torno a las cuales se desarrollan los resultados, en este caso son: consumo de tabaco, consumo de alcohol, análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género, relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales, percepción de riesgo frente al consumo de SPA legales, rol de la familia frente al consumo de SPA legales, servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales, políticas de regulación de consumo de tabaco y alcohol, y por último, planes, programas y estrategias de prevención de consumo de tabaco y alcohol. Al interior de cada categoría se encontrarán hallazgos relevantes obtenidos de diversas las fuentes consultadas.

Asimismo, el objetivo específico que identifica el impacto del Comercio sobre la implementación de las estrategias para la prevención del consumo de SPA legales, esta abordado a través de las categorías de: cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol, publicidad en tabaco y alcohol y su regulación, aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol y comercio ilegal de tabaco; esta última categoría es emergente, ya que no se había tenido en cuenta en el momento de organizar la información, pero dada su importancia se trae a colación.

Finalmente, el objetivo de que identifica las acciones desarrolladas a partir de la Cooperación Internacional, ésta articulado con la categoría de acuerdos internacionales donde se encuentran relacionados las alianzas más importantes por organismos multilaterales que están orientados a la prevención de consumo de SPA legales, a través de mecanismos de control, regulación y fiscalización.

6.1 Chile

6.1.1 Ejes de análisis modelos de desarrollo.

6.1.1.1 Breve descripción del modelo de desarrollo.

En el informe Salud en las Américas de la OPS publicado en el año 2012 (36), se encuentra que Chile es un país con una división político administrativa, que incluye 15 regiones, 53 provincias y 346 comunas. Es una república unitaria con un sistema político democrático estable, cuyo Estado tiene tres poderes independientes: ejecutivo, legislativo y judicial. La población estimada en 2010 ascendía a 17.094.275 habitantes, de los cuales el 22,3% eran menores de 15 años y 11,1% tenían 60 y más años de edad. La población ha envejecido progresivamente debido a la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida en todos los grupos de edad. En el 2010, la tasa de natalidad fue de 14,8 por 1.000 habitantes y la fecundidad, de 1,9 hijos por mujer. La mortalidad infantil fue de 7,7 por 1.000 nacidos vivos en 2009. La esperanza de vida al nacer estimada para el quinquenio 2006–2010 fue de 78,5 años (75,5 años para los hombres y 81,5 años para las mujeres).

La economía chilena ha venido creciendo sostenidamente. En 2009 el PIB per cápita fue de US\$ 14.341 y la tasa anual de inflación de 0,3%, promoviendo un aumento simultáneo del ingreso nacional bruto per cápita y la esperanza de vida al nacer entre 1995 y 2008. El estado de salud de la población concuerda en general con el mejoramiento paulatino de la situación social y económica del país, las medidas de protección social de los grupos más vulnerables, la existencia de políticas sociales y sanitarias que favorecen la promoción, el acceso y la cobertura asistencial, y el desarrollo del sistema de salud. El desempeño del sistema público de salud con relación a los sectores más necesitados y alejados geográficamente ha favorecido la equidad mediante la prevención de la mortalidad materna e infantil, la mortalidad prematura, las enfermedades transmisibles, la malnutrición y el mejoramiento de las condiciones de saneamiento.

En el año 2009, el ingreso mensual promedio de los hogares rondaba los US\$ 1.500. El desempleo ha disminuido progresivamente en la última década, y fue de 8,1% en 2010. En el 2009, el 15,1% de la población vivía en situación de pobreza y 3,4% en situación de indigencia. La pobreza es mayor donde hay más niños, adolescentes y grupos familiares encabezados por mujeres, en áreas rurales y en los pueblos indígenas.

Las políticas sociales redistributivas y los subsidios monetarios focalizados en la población más pobre y vulnerable constituyen una protección social efectiva. Los

subsidios corresponden a 43,7% del ingreso total. El número de viviendas aumentó 30,6% en la última década, correspondiente al 34,2% en las zonas urbanas y el 13,0% en las rurales. El alfabetismo en la población mayor de 15 años es de 98,6%. El promedio de escolaridad es de 10,4 años: 10,8 en las zonas urbanas y 7,8 en las rurales. Algunas políticas públicas incluyen el enfoque de género y se han hecho esfuerzos intersectoriales para promover los derechos de la mujer; no obstante, hay una baja participación laboral y política de las mujeres.

El sistema de salud es mixto (público y privado) y el Estado desempeña una función rectora y reguladora a través del Ministerio de Salud. El financiamiento del sector proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas, y pago de bolsillo. La Superintendencia de Salud vela por el cumplimiento de las garantías de aseguramiento y provisión de servicios. Se han realizado reformas específicas en el sistema de salud, aunque se mantiene la estructura básica establecida en 1979 en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios. Entre 2006 y 2010 el Gobierno ha puesto mayor interés en la protección social, que en salud se refleja en el Programa "Chile Crece Contigo". En la última década los Objetivos Sanitarios 2001–2010 orientaron el desarrollo del sector, junto con una serie de reformas específicas destinadas a consolidar las funciones del sistema. La evaluación del cumplimiento de esos objetivos en 2010 fue la base para el Plan Decenal de Salud 2011–2020, cuyos objetivos apuntan a mantener los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos que presentan el envejecimiento y los cambios en el estilo de vida y en la sociedad, disminuir la inequidad en salud y mejorar la calidad de los servicios. En 2010, la Comisión Presidencial de Salud hizo propuestas al Poder Ejecutivo para modernizar las actuales políticas de salud y configurar un nuevo plan con garantías, solidario y universal.

Por otra parte, En la Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPALSTAT, en el perfil nacional sociodemográfico de Chile 2015, la población total es 18.276.000 habitantes, la tasa de natalidad bruta de 12.6 y de mortalidad bruta de 5.1, la esperanza de vida 82 años: 85 para mujeres y 80 para los hombres; en educación la tasa de alfabetización de las personas de 15 a 29 años es de 99.3%, de los cuales el 99.7% son mujeres y 99% hombres; el gasto público en educación es el 4.6% del PIB y en salud el 7.7%, para los años 2012 y 2013, respectivamente. La tasa de desempleo es de 6.3% y de pobreza de 7.8%, el gasto público asignado es de 14.7% del PIB, el Coeficiente de GINI fue de 0.51 en el 2013 (37).

Ahora bien, en el perfil nacional económico de Chile en el año 2014, el valor agregado del PIB por actividad económica a precios corrientes, está representado por 26.5% intermediación financiera, 17.8% administración pública, 12.4% industria manufacturera, 12.3% minería, 10.6% comercio, 7.9% construcción, 6.6% transporte y comunicaciones, 3.3% agropecuario y 2.6% electricidad, gas y agua (38).

6.1.1.2 Consumo de tabaco.

Los índices de prevalencia de consumo en la población general sitúan a Chile como el país más fumador de la región de las Américas, además, a nivel de escolares tiene las mayores prevalencias de consumo de tabaco a nivel mundial (39). Por lo cual, se inicia el proyecto de ley que modifica la ley N° 19.419, que regula actividades relacionadas con el tabaco (39).

De acuerdo al estudio de “Factores Predictores del Riesgo de Consumo de Drogas Lícitas en Escolares de 4° a 7° básico” realizado en el años 2008, al evaluar la gravedad del consumo en la población escolar a través de la edad de inicio en el consumo de drogas lícitas se encontró que la edad varía entre 11.5 y 12.4 años para el tabaco (40).

De acuerdo con la nueva Ley de Tabaco Ley 20.660 Publicada en Diario Oficial el 8 de febrero de 2013 las jóvenes chilenas son las más fumadoras del mundo con 39,9% de prevalencia de tabaquismo; los adolescentes chilenos ocupan el segundo lugar entre los más fumadores de las Américas, con un 28%, sin embargo la población general mayor de 15 años arroja una prevalencia del 40,6% (39).

6.1.1.3 Consumo de alcohol.

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) reportó que la tasa de consumo de alcohol, registra un constante aumento en todo el decenio, partiendo el año 1994 de un 38,86%, para llegar en 2004 a un 56,80%, es decir, una diferencia de 18 puntos porcentuales (41).

Al evaluar la gravedad del consumo a través de la edad de inicio en el consumo de alcohol, según el estudio realizado en población escolar, se encuentra que éste varía entre los 11.9 y 12.8 años, siendo el número promedio de vasos de alcohol semanales consumidos entre 1.8 y 4.7 vasos, la frecuencia promedio del consumo de alcohol semanal entre 1 y 2.4 días. La disminución de la edad de inicio del consumo predice mayores problemas a futuro. Es decir, de los escolares que declararon consumir drogas en el último año, seis de cada diez son consumidores actuales, situación que se agrava aún más, al evaluar tanto la edad de inicio, como la cantidad y frecuencia del consumo (40).

En Chile, según el Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General realizado en el año 2008, la tasa de consumo de alcohol disminuyó de 58,1% en 2006 a 49,8% en 2008. Esta disminución es mayor en mujeres, observándose principalmente en las mujeres mayores de 45 a 64 años con una caída equivalente al 14% aproximadamente (42).

Según Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011 – 2014, la prevalencia de consumo de riesgo en el año 2014, en población mayor de 15 años, está calculada en 10,9%. Si bien, Chile tiene un consumo per cápita promedio calificado por estándares internacionales como medio, (8,2 litros de alcohol puro al año por habitante mayor de 15 años), el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes lo hace ubicarse entre las naciones con alto grado de riesgo y daños derivados. Considerando a aquellas personas que declaran beber alcohol el último mes, una de cada ocho personas presenta probable abuso de alcohol (cinco o más síntomas clínicos), sin embargo, entre las personas de 19 a 35 años el porcentaje se eleva al doble (uno de cada cuatro). A la vez, en la población general mayor de 15 años, una persona de cada 6 ha presentado alguna vez uno o más problemas en los ámbitos de salud, familiar o laboral derivados de su hábito de consumo (43).

6.1.1.4 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.

En cuanto al consumo de tabaco en población escolar en el año 2008, hubo una declaración anual de 18.6%, donde se resalta que el consumo de tabaco por género es prácticamente el mismo, cifra equivalente al 18.7% en mujeres y 18.5% en hombres (40).

La evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 64 años, según CONACE desde 1994-2008, se evidencia que en el año 1994 los hombres presentaron una prevalencia de 43.2 mientras que para las mujeres fue de 34.8, para el año 2008, fue de 45.2 en los hombres y 37.1 en las mujeres (44).

En el año 2012, la proporción de estudiantes que declaró haber probado tabaco alguna vez en su vida es de 65,3%, alrededor de 3 puntos porcentuales por debajo del registro del año 2010 cuando este indicador fue de 68,4%. Por otro lado, la edad de inicio para esta sustancia presentó un aumento significativo de 12,3 a 12,8 años. El aumento en la edad de inicio se observó similar tanto en hombres como en mujeres (45).

Para el consumo anual de alcohol en población escolar en el año 2008, la cifra alcanzó el 15.9%, donde el consumo de los hombres es casi el doble que el consumo de mujeres, representada el 10.6%; esta situación se incrementa al comparar el consumo actual: las mujeres reportan un 4.1% y los hombres 12.4%, es decir los hombres prácticamente triplican el consumo de las mujeres: por cada una mujer que consume alcohol hay 3 hombres consumidores (40).

No obstante, en el año 2012 un 67,3% de los estudiantes declararon haber probado alcohol alguna vez en la vida durante, mientras que un 69% lo reportaron

en 2010. Independiente del año de estudio, existe un mayor consumo en las mujeres, siendo de 71,4% en el último estudio. Por otro lado, la edad de inicio muestra un aumento significativo respecto del reporte anterior con una media de 13,3 años, explicado principalmente por un aumento en los hombres de 12,8 a 13,3 años (45).

La prevalencia de último mes no presentó variaciones entre 2010 y 2012, está identificada en 27,7% en 2010 frente a 27,3% en 2012. Por otro lado, a diferencia del estudio anterior, las mujeres presentaron un mayor consumo que los hombres, representado en un 29,2% frente a 25,3% (45).

En contraste, El Observatorio Chileno de Drogas en su Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2012, tiene como resultado que la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes presentó un descenso observado de nueve puntos porcentuales, entre los años 2008 y 2010. Así, desde 2008 la prevalencia ha disminuido de un 49,8% a un 40,8% en 2012. El análisis de los datos desagregados por sexo evidencia un aumento en la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, pasando de 48,9% a 49,2% en hombres y de 32,2% a 32,5% en mujeres (46). Además, entre los entrevistados que reportaron consumo de alcohol en el último mes, la proporción que declaró haber bebido cinco o más tragos en una sola ocasión (cuatro o más para mujeres) durante los últimos 30 días fue de 52,1%. Es decir, uno de cada dos consumidores ha tenido a lo menos un episodio de consumo intenso (o embriaguez) en los últimos 30 días. Desagregando esta variable por sexo, se puede apreciar que un 59,3% de los hombres y un 41,4% de las mujeres han tenido a lo menos un episodio de embriaguez (46).

6.1.1.5 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.

En el estudio del Observatorio Chileno en el año 2012, al desagregar los resultados por nivel socioeconómico, se observa que un 48,8% de los individuos provenientes del nivel alto ha tenido a lo menos un episodio de embriaguez, lo que contrasta con lo reportado en los niveles bajo y medio, donde la proporción es de 60,6% y 50,9% respectivamente (46).

En el presente estudio se incorporó una nueva dimensión que pesquiza la presencia de venta clandestina de alcohol en el barrio, alcanzando este indicador un 11,9% a nivel nacional. Desagregando este dato según el nivel socioeconómico, se observan cifras de 17,8% para el nivel bajo, 16,1% en nivel medio y 5,1% en nivel alto. Por su parte, la diferencia entre las viviendas del nivel socioeconómico alto, respecto de aquellas de los niveles bajo y medio, es significativa (46).

Sin embargo, según el informe ejecutivo de SENDA 2014, en la evolución de las prevalencias de consumo según nivel socioeconómico, se evidencia que conforme aumenta el nivel socioeconómico disminuye el consumo de tabaco, de 27.4% a 20.5% y aumenta el consumo de licor 46.5% a 52.4% (45).

La incidencia del consumo de riesgo de alcohol en la generación de pobreza y/o persistencia en ella parece muy evidente, aunque las mediciones han sido más bien indirectas. Un dato nacional relevante es que si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos, son estos últimos los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol (43).

6.1.1.6 Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.

Referente a la percepción de riesgo frente al uso frecuente de tabaco, representado en fumar una o más de una cajetilla de cigarrillos al día, se encuentra que esta percepción es estable entre los estudios del 2010 y 2012, representada en el 58,4% frente al 57,5%, respectivamente, lo anterior, denota una diferencia no significativa ante el descenso en la percepción de riesgo de consumo de tabaco en la población general (45).

Mientras que para el alcohol un 87,9% de la población general percibe como un gran riesgo el consumo de cinco o más tragos de alcohol al día, cifra que muestra un aumento significativo con respecto al estudio anterior, variando de 85,3% en 2010 a 87,9% en 2012. En población adolescente, de 12 a 18 años, esta percepción marca un descenso no significativo, pasando de 82,9% en 2010 a 82,1% en 2012 (46).

6.1.1.7 Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.

Chile, identifica la familia como factor protector de los niños y adolescentes. Particularmente, se encontró evidencia que indica que aquellos niños que tienen padres más involucrados presentan menores posibilidades de consumir alcohol y marihuana en la adolescencia. Estos datos concuerdan con otros estudios similares, en donde se establece que el vivir con padres que se involucran en el desarrollo de los hijos, ayudaría a evitar conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias. Mientras mayor sea el involucramiento parental, la comunicación, contención, control y normas que estos les entreguen a sus hijos a temprana edad, mayor será la capacidad de autocuidado que ellos desarrollen. Esto permite fomentar actitudes responsables, reforzar la autoestima y el control ante la influencia de los pares, que durante la adolescencia puede ser decisiva en la adopción de conductas de riesgo (47).

Este aporte, está ratificado desde la teoría sociológica constructivista (Luckmann & Berger, 1968), que hace referencia a que la familia es probablemente el primer y más importante ambiente donde los niños comienzan a generar socialización a partir de las enseñanzas, experiencias y modelos aprendidos de sus padres, hermanos y familiares directos. Lo que allí se aprende, es utilizado como medio de referencia para comportarse y relacionarse con otros. Por esta razón la familia es considerada uno de los factores de protección más importante para los niños cuando estos tienen la atención y contención necesaria para enfrentar los cambios propios de su edad. Por el contrario, aquellos niños que tienen baja o nula contención familiar se verían más expuestos a situaciones de riesgo que pueden desencadenar un consumo temprano de drogas u otras conductas potencialmente dañinas (47).

6.1.1.8 Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011 – 2014, hace referencia a la formación de recursos humanos, evidenciando que la brecha con relación a la necesidad a nivel país es grande. En 2010, sólo 14 universidades y/o centros de formación impartieron carreras técnicas, diplomados o magíster en la temática de drogas. Por este motivo, es necesario realizar esfuerzos para aumentar la especialización en adicciones y fomentar la formación general de los futuros profesionales que deberán abordar situaciones ligadas a este tema, especialmente en el área de las ciencias de la salud, ciencias sociales y educación (43).

Sin embargo, vale la pena mencionar que Chile tiene grandes avances en el Programa de Formación de Médicos Especialistas en la Atención Primaria del Sistema Público de Salud, con la incorporación de la Universidad de Concepción se extiende a cinco universidades del país este programa (Universidad de Chile, de Santiago, de Valparaíso y del Desarrollo), alcanzando una matrícula total, sumados los cortes de los años 2008, 2009 y 2010. Lo anterior ha dejado como resultado, la formación de especialistas en Atención Primaria en Salud (APS) con 6 años de duración de 341 médicos y del Programa APS con una duración de 3 años de 346 médicos (48).

Chile cuenta con una fortaleza ya que tiene implementado el modelo de APS, que permite incrementar la cobertura y aumentar los niveles de resolutivez, además de aumentar la calidad de las prestaciones y de la atención a los usuarios, fomentando los centros de excelencia y mejorar la integración de la atención primaria a la red de salud (48). Por lo cual, es reconocido por el desarrollo de la atención de salud mental en la Atención Primaria de Salud y por los evidentes avances logrados en materia de cobertura, diversidad y calidad de la atención a

los afectados por problemas de salud mental, entre otros por el abuso y dependencia del alcohol (7).

6.1.1.9 Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.

El comienzo del camino de la regulación del consumo de tabaco en Chile se ubica en la Ley 19.419 del 9 de octubre de 1995 y su modificativa: Ley N° 20.105 del 16 de mayo del 2006. A nivel internacional, como ya se había mencionado antes, se planteó el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) propuesto por la OMS, dicho tratado se encuentra plenamente vigente, hoy son parte de él 172 Estados, incluido Chile que lo ratificó en el año 2005. En este contexto, las modificaciones introducidas a la ley N°19.419 a través de la ley N°20.105, implementaron las disposiciones del tratado. Sin perjuicio de ello, la posterior dictación de directrices oficiales, impulsan a continuar el proceso de modificación de la legislación en materia de exposición al humo del tabaco (44).

Dentro de la ley se incorporaron las siguientes recomendaciones: limitar el acceso al tabaco a los menores de 18 años; prohibir la promoción y publicidad del tabaco a través de los medios de comunicación; declarar espacios libres de humo de tabaco en educación, salud y transporte, lugares de trabajo y restaurantes fiscalizados por la Autoridad Sanitaria. Estas estrategias han demostrado un descenso en la prevalencia de tabaquismo en los escolares desde 42% (CONACE, 2005) a 39% (2005-2009), sin embargo, en el adulto la prevalencia no ha tenido cambios, explicado quizás por regulación incompleta: incremento de impuestos al tabaco, acceso a la compra, entre otros (49).

Para el control del alcohol, se encuentra la ley N° 18.455 de 1985, sobre la producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y otros, busca asegurar la legitimidad de productos que contienen alcohol, su calidad, la adecuación para el consumo humano, la distribución de productos relacionados con el alcohol y el reparto de los productos a los consumidores. La Ley N° 19.716, que modificó las tasas de impuestos que afectan a las bebidas alcohólicas, adecuándolas a las normas de la OMC, obligaciones contraídas por Chile por tratados comerciales condicionan las medidas de control. (Ej.: demanda de la Comunidad Europea en relación a las tasas aplicadas por Chile, específicamente al Whisky). El resultado ha sido la disminución de ciertos impuestos al alcohol, por lo que obligatoriamente debe considerarse este escenario en el diseño de una eventual política de precios para el alcohol (50).

Por otra parte, la Estrategia nacional de alcohol propuesta por el Ministerio de Salud contempla que el consumo nocivo de alcohol por más de un millón de personas en Chile, genera graves problemas sociales, económicos, laborales, familiares y de salud; este panorama, hace necesario que el gobierno Chileno

retome evidencia de investigación internacional, que es una base de información sólida, para seleccionar estrategias efectivas para reducir dichos problemas, dentro de las cuales se pueden destacar: la reducción de la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, el incremento de los precios de las bebidas alcohólicas, la atención preventiva de los bebedores que se encuentran en riesgo y la generación de una nueva cultura de venta de las bebidas alcohólicas, no sólo a través de una fiscalización más efectiva sino también por el aporte de productores, comerciantes y consumidores, de modo que se pueda lograr un efecto protector de la niñez y adolescencia. Lo anterior se traduce en promover el consumo, venta y publicidad responsable (48).

Se trabajará en el desarrollo de un plan que permita operativizar la estrategia nacional y enfrentar de manera efectiva los problemas asociados al consumo de alcohol. Para ello plantean las siguientes iniciativas: proyecto de ley que reduce nivel de alcoholemia vinculante, incrementa sanciones y obliga a evaluación de salud mental al conductor sancionado por conducción bajo efectos del alcohol; se acordó con la Comisión de Salud del Senado, priorizar la tramitación del proyecto de ley que fija advertencias en etiquetas y envases de bebidas alcohólicas, y restringe la publicidad de las mismas; la modificación de reglamento sobre limitantes de salud al otorgamiento de licencias de conducir, en estudio conjunto con la Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito (CONASET); el programa de intervenciones breves en alcohol en la Atención Primaria de Salud, programa que llega a 52 comunas en 2011; finalmente, el estudio sobre costos evitables del alcohol en Chile en fase preparatoria (48).

6.1.1.10 Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.

Las primeras acciones sobre el tema son desarrolladas por el Ministerio de Salud con las iniciativas “Quiero mi vida sin drogas” y “Sin drogas más libres”. En paralelo, ingresa al sistema educativo con los Proyectos Educativos de Prevención (PEP). Por su parte, el Ministerio de educación comienza en el año 2001 a implementar estrategias estandarizadas de prevención en establecimientos municipales y en particular subvencionados de 33 comunas de la Región Metropolitana, con los programas “Pasarlo Bien” para 5° y 6° Básico, “Ser y Crecer” para 7° y 8° Básico, “Vitales y libres” para 1° y 2° año de enseñanza media y “Cable a Tierra” para 3° y 4° medios (41).

A partir de esta experiencia y constatando la complejidad del fenómeno, se hizo necesario, además de la promulgación de una nueva ley de drogas Ley N°20.000, publicada en el 2005, asumir desde la política pública una estrategia concebida como un proceso, lo cual dio origen a los actuales programas del “Continuo Preventivo”, diseñados para su aplicación sistemática en el sistema educativo

nacional, acoplado sus ejes temáticos y conceptuales a los objetivos fundamentales definidos por el Ministerio en su nuevo marco curricular, en el que explicita un conjunto de orientaciones valóricas “transversales” donde la prevención del consumo de drogas encuentra su mayor conexión (41).

Las acciones con los centros de educación superior han recibido creciente atención en los últimos años pues se ha detectado un notable incremento en el consumo de drogas por parte de poblaciones estudiantiles. Este hecho puede estar relacionado con la disponibilidad de drogas en los ambientes universitarios o circundantes, la carga de estrés constante a la que están sometidos los estudiantes y la carencia de información adecuada acerca de los peligros asociados al consumo. Un aspecto central consiste en asumir que las acciones aisladas y unilaterales no son efectivas y que, por tanto, es necesario elaborar una estrategia de intervenciones globales e inclusivas para la comunidad universitaria docencia, extensión, investigación y estudiantes (41).

Asimismo, el programa de Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos es una iniciativa del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), diseñada para promover en los establecimientos educativos del país, el desarrollo y refuerzo de un proceso continuo y sistemático de construcción de una cultura preventiva como un abordaje institucional al problema derivado de la oferta y consumo de drogas y alcohol en la población escolar (51).

Por otra parte, en su agenda de desarrollo post 2015, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) expresa que los empleos vinculan a las personas con la sociedad y la economía en la que viven. En ese sentido, el acceso a un trabajo seguro, productivo y remunerado de manera justa asalariado o por cuenta propia, es un factor fundamental, ya que afirma su sentimiento de pertenencia a una comunidad y permite a las personas hacer una contribución productiva, entre muchos otros beneficios. En este contexto, SENDA reconoce la importancia de considerar el espacio laboral como un ámbito de intervención y apoyo a los trabajadores y a las organizaciones en la prevención del consumo de drogas legales e ilegales, a través del mejoramiento de la calidad de vida laboral. Ello implica el desarrollo de acciones preventivas integrales y sostenidas en el tiempo, las que se traducen en una cultura preventiva al interior de las organizaciones. Desde el año 2003, SENDA (entonces CONACE), ha desarrollado una metodología de prevención del consumo de drogas legales e ilegales en espacios laborales denominada “Trabajar con Calidad de Vida”, la cual está basada en los principios y recomendaciones de la OIT y la OMS (52).

En Chile existe una alta prevalencia de consumo en población trabajadora, según lo demuestra tanto la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS) del año 2011, como el Quinto Estudio sobre Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras

Drogas en Trabajadores Chilenos, elaborado por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) del 2010. Ambas investigaciones concluyen que más del 60% de los trabajadores y trabajadoras del país consume alcohol (62,6% ENETS, 72% ACHS), mientras que más del 30% puede considerarse un bebedor problemático (ACHS, 2010). En tal sentido, el 72,3% de los trabajadores de jornada completa no ha recibido información sobre prevención del consumo de drogas legales e ilegales. La cifra es aún más elevada entre quienes se desempeñan en jornada parcial, ya que el 87,7% señala nunca haber recibido este tipo de información en sus lugares de trabajo (SENDA, 2011). Sin embargo, el 76,7% de los trabajadores manifiesta interés en recibir información sobre prevención en sus lugares de trabajo, e incluso al 70,6% le gustaría que su familia participara en iniciativas de este tipo, impulsadas desde la organización, según la ACHS del año 2010 (52).

6.1.2 Ejes de análisis comercio.

6.1.2.1 Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol

Según la estadística recopilada en el año 2013, por las diversas Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) de Salud del país, en el primer mes de la ley sus inspectores efectuaron 3.954 fiscalizaciones a recintos de acceso público donde la normativa ahora prohíbe fumar. Sólo detectaron 43 infracciones, lo que significa un 1,08% de transgresión. Lo anterior, habla muy bien de cómo se ha asumido tanto por parte de la industria y de las personas el desafío que se ha planteado por la ley de mantener limpios los espacios donde circulan personas que fuman y que no fuman (53).

Las 43 infracciones detectadas en el primer mes fueron derivadas a los Juzgados de Policía Local, instancia designada por ley para revisar las acusaciones, pedir antecedentes complementarios si lo estima, escuchar los descargos y aplicar la multa correspondiente. Se ha observado que hay un gran respeto por la aplicación de la ley, tanto por parte de los administradores de locales como de las personas que asisten, uno de los temas donde se tenía preocupación y que no ha generado ninguna dificultad, es que cuando una persona saca un cigarrillo y se pone a fumar en un lugar prohibido, rápidamente en los mismos locales les informan que no se puede y las personas lo han aceptado sin necesidad de recurrir a la fuerza pública ni otro medio (53).

Sin embargo, una investigación realizada por profesionales del Instituto de Salud Pública (ISP) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en el año 2010, demostró que los trabajadores no fumadores de bares y restaurantes siguen expuestos a niveles de humo de tabaco dañinos para su salud, incluso para quienes se desempeñan en lugares denominados “libres de humo”. Para realizar

el estudio se determinaron los niveles de nicotina en el aire de locales en los cuales está permitido fumar, aquellos que tienen áreas separadas y en los que se prohíbe esta costumbre por completo. Para esto, el grupo recogió muestras de aire de bares y restaurantes, además de colocar monitores a dichas personas para registrar su exposición al humo tanto en el trabajo como fuera de él. Allí se demostró que los trabajadores de este tipo de dependencias están más expuestos al humo del cigarrillo de segunda mano en sus trabajos que en otros lugares, incluidos sus hogares; ya que se pudo comprobar que en locales mixtos y libres de humo existe contaminación, porque el humo se difunde entre los espacios o cuando las personas fuman afuera, al lado de puertas o ventanas, el humo se filtra finalmente a los espacios que se suponen libres de humo, manteniéndose los niveles de exposición (54).

Por otra parte, el informe sobre la “Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias”, reitera algunos lineamientos como la prohibición de estar intoxicado en un lugar público; establece en 18 años la edad mínima a la que se puede vender bebidas alcohólicas; prohíbe vender o servir alcohol a menores de edad en bares, restaurantes y similares; y prohíbe vender o servir alcohol a cualquier persona que se encuentre en evidente estado de intoxicación. La ley restringe el número y densidad de puntos de venta de alcohol, a través de la fijación legal de la proporción de patentes de expendio con el número de habitantes (1 por 600). La Venta de alcohol se permite los siete días de la semana y las horas de venta varían según el punto de venta. No obstante, la fiscalización de esta ley es muy limitada y tiende a afectar en mayor proporción, a adultos jóvenes y de menores recursos (controles de fines de semana). La embriaguez en lugares públicos se sanciona sólo si se repite. Puede indicarse tratamiento médico, pero hasta hoy se aplica muy poco. No hay prohibición explícita de ingesta de alcohol de menores de 18 años (pueden consumir en presencia de sus padres). Las restricciones en número y densidad no incluyen a restaurantes, hoteles y otros, donde se permite la venta de alcohol dentro del local (50).

Además, en esta ley validan las anteriores disposiciones para aquellos locales en que se expendan alcohol para consumo dentro del local junto con alimentos (restaurantes y similares) y restringiendo el horario de venta en botillerías, bares y discotecas (hasta las 23 horas de domingo a jueves, y hasta las 01 del día siguiente los viernes y sábado). Reconociendo que tampoco cuentan con los medios para realizar una estricta fiscalización (50). Asimismo, los 18 años es la edad mínima fijada por ley para la venta y consumo de alcohol. Sin embargo, el consumo de alcohol en el último año en menores de edad se ha mantenido en alrededor de un 50% de la población, lo que denota que la fiscalización del cumplimiento de esta norma es muy débil. Con el fin de dar fiel cumplimiento de la normativa legal vigente relativa a la venta de alcohol a menores de 18 años, se fortalecerá el rol fiscalizador y sancionador de los municipios y de Carabineros de Chile en esta materia (43).

También, se encuentra la Ley de Transito N° 20.068 de 2005, que establece regulaciones concernientes a las personas que conducen vehículos o maquinarias bajo el efecto del alcohol, definido por tener un nivel de alcohol en la sangre entre 0,5 y menos de 1 gramo de alcohol por litro de sangre, o que se encuentran en un estado de ebriedad, definida por 1 gramo de alcohol o más por cada litro de sangre. Las sanciones contempladas son administrativas, suspensión de la licencia de conducir por períodos variables, y las penalidades incluyen multas o cárcel, según el nivel de alcoholemia y las consecuencias, lesiones personales o daños materiales, no obstante, reconoce como falencia la incapacidad de vigilancia y de fiscalización. En esta ley se instauran sanciones con suspensión de licencia por periodos breves y control de sobriedad mediante dispositivos detectores de alcohol en el aire espirado “alcotest” (50).

El estudio del Observatorio chileno del año 2012, muestra estabilidad respecto de 2010 en la evaluación de medidas vinculadas con el control de la disponibilidad y uso irresponsable del alcohol. Otras medidas, como aumentar las penas a quienes conducen vehículos en estado de ebriedad y la reducción de locales de venta de bebidas alcohólicas mantienen altos y constantes niveles de aprobación por parte de la población (93,9% y 64,4%, respectivamente). Por otra parte, se aprecia un aumento significativo en el apoyo a la política de reducción de las horas límites para vender alcohol en las noches, pasando desde un 71,1% de aprobación en 2010 a un 73,8% en 2012. Con respecto a temáticas vinculadas a políticas preventivas y a la nueva ley de “Tolerancia Cero” al alcohol, se observa una aprobación del 88,3% por parte de los entrevistados para el año 2012 (46).

6.1.2.2 Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.

Por publicidad o promoción “responsable” se entiende aquella que no es incitante al consumo de riesgo y/o en menores de edad. Actualmente, la normativa que rige la publicidad de bebidas alcohólicas en Chile es débil y su eficacia, deficiente. Un tema crítico es la estrecha relación entre ésta y el patrocinio de actividades musicales o deportivas con gran influencia entre niños y jóvenes. Por ello, este programa tiene por objetivo adoptar medidas que protejan a niños y jóvenes de la promoción de bebidas alcohólicas (43).

6.1.2.3 Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.

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

económicamente vulnerables y en consumidores jóvenes. Para disminuir los niveles de consumo de alcohol per cápita se evaluará, dentro del Gobierno y en conjunto con el Ministerio de Hacienda, el incremento del costo de acceso a bebidas alcohólicas al detalle mediante un aumento del impuesto al alcohol (43).

Asimismo, un 65,3% de los entrevistados declara que estaría de acuerdo con aumentar el impuesto a las bebidas alcohólicas, registro que es 0,4 puntos porcentuales mayor al del año 2010 y confirma un cambio en el nivel de este indicador en relación a 2008 cuando fue de 56,8%, datos obtenidos del Observatorio chileno durante el 2012 (46).

6.1.3 Ejes de análisis cooperación internacional.

6.1.3.1 Acuerdos internacionales prevención de consumo de SPA legales.

Dado el carácter mundial y transnacional del fenómeno de las drogas, la adhesión de Chile a los acuerdos, tratados y comisiones internacionales de drogas constituye un eje fundamental para poder alcanzar los objetivos planteados en la estrategia. (43). Esto, principalmente, a través del cumplimiento de las recomendaciones de los organismos internacionales, de los cuales Chile forma parte en el marco de la concreción de acuerdos multilaterales, de carácter mundial o regional (43).

En este sentido, la Organización de Estados Americanos OEA publicó el documento “Escenarios para el Problema de Drogas en las Américas 2013 – 2025” donde el tabaco y el alcohol proporcionan lecciones potencialmente importantes para los programas de prevención de drogas. En el caso del alcohol, mayores impuestos, restricciones en la distribución, la reducción de horas de venta, la prohibición de la publicidad y el establecimiento de la edad mínima para el consumo, entre otras medidas, han demostrado ser eficaces en la reducción del consumo nocivo. Las intervenciones breves y específicas dirigidas a las poblaciones a punto de iniciar su uso también pueden ser útiles (7).

Para la prevención del uso de drogas basado en evidencias, se encuentran los programas de habilidades de crianza (infancia y adolescencia); estimulación temprana; habilidades personales y sociales, y las influencias sociales en la educación (la niñez media y la adolescencia); habilidades de gestión en clase (niñez media); implementación de políticas relacionadas con el alcohol y el tabaco (inicio de la adolescencia hasta la edad adulta); iniciativas de varios componentes basadas en la comunidad (todas las edades); detección, intervención breve, remisión y tratamiento; prevención en el lugar de trabajo para adolescentes y adultos (7).

También, hacen referencia a otras recomendaciones que no están basadas en la evidencia como: únicamente diseminación de la información; campañas en los medios de comunicación que no son teóricas ni de prevención basadas en la ciencia y deportes u otras actividades durante el tiempo libre (7).

6.2 MEXICO

6.2.1 Ejes de análisis modelos de desarrollo.

6.2.1.1 Breve descripción del Modelo de Desarrollo.

En el informe Salud en las Américas de la OPS publicado en el año 2012 (55), se encuentra que México es una república representativa y democrática, compuesta por 31 estados, un distrito federal y 2.438 municipios, unidos en una federación, quienes tienen igual jerarquía y sostienen principios de autonomía y de asociación. El gobierno federal y estatal cambia cada 6 años y los gobiernos municipales lo hacen cada 3 años.

Es importante mencionar que la economía mexicana fue afectada en el año 2009 por dos situaciones complejas: la crisis financiera internacional, que durante todo ese año incidió en los resultados macroeconómicos y la epidemia de influenza AH1N1. La actividad económica del país se vio afectada por una fuerte reducción de la demanda externa, un deterioro en los términos de intercambio y una marcada restricción en los mercados financieros internacionales, generándose en 2009 una contracción de 6,5% anual del PIB, reducción similar a la registrada durante la crisis de 1995 equivalente al 6,2%.

Los resultados censales de 2010 confirman que México tiene una población total de 112.336.538 habitantes, compuesta por 57.481.307 mujeres y 54.855.231 hombres, aún sigue siendo un país de jóvenes, donde la mitad de los residentes tienen 26 años de edad o menos y 29% tienen 14 años o menos. Entre los años 1990 y 2010, la población en su conjunto creció a una tasa promedio anual de 1,6%, en tanto que el aumento del grupo de 60 años y más fue de 3,8%. De este modo, el número de adultos mayores pasó de 5 millones a 10,5 millones, incrementando su participación de 6,2% a 9,4% en dicho período. Las mujeres en edad reproductiva registraron un promedio de 2,4 hijos, lo que representa un hijo menos que hace 20 años, reducción que ubica al país cerca del número de hijos nacidos vivos que son necesarios para reemplazar a sus progenitores.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2005, en ese año 50,6 millones de mexicanos eran pobres de patrimonio, es decir que no contaban con un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, vivienda, vestido y transporte público, aun si dedicaron la totalidad de sus recursos económicos a este propósito. Más todavía, 19,5 millones eran pobres alimentarios, es decir que no tenían ingresos suficientes para adquirir una canasta básica de alimentos, incluso si los destinaran exclusivamente para ese fin. Entre el año 2006 y 2008, la incidencia de la pobreza de patrimonio, se elevó de 42,6% a 47,4%, en tanto que la incidencia de la pobreza alimentaria lo hizo de 13,8% a 18,2%. Según cifras oficiales, la población económicamente activa (PEA) del país se estima que es el 57,5% de la población total, sin embargo, una porción creciente de la PEA se desempeña en la economía informal, representada por el 28,5%, mientras que la tasa de desocupación se estima en 5,2%.

Por otra parte, las desigualdades de género y de etnia también registran cifras importantes. Dos millones y medio más de mujeres que hombres viven en condiciones de pobreza, 8 millones más de mujeres que hombres que trabajan y no cuentan con seguro médico ni tienen derecho a una pensión y 7,6% de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas, comparadas con 4,8% de los hombres. Por otro lado, 32,5% de la población indígena mayor de 15 años es analfabeta, y peor aún, en algunos casos el analfabetismo de la mujer indígena duplica o triplica al del hombre indígena.

Según los datos censales del año 2010, muestran que la población de 15 años y más, que no sabe leer ni escribir alcanza a 6,9% entre los hombres y 8,1% entre las mujeres. Con base en la misma fuente, se estima que 41,8% de la población de 15 años y más, no concluyeron o nunca aprobaron algún grado de la primaria o la secundaria, y de esta población, uno de cada seis, es decir el 17,7% no aprobó ni el primer grado de primaria. Como consecuencia, el promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de apenas 8.5 grados.

En el plano laboral, los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al segundo trimestre de 2010, muestra que la tasa de participación económica de la población de 14 años y más es de 59,2%, el 94,7% está ocupada y 5,3% está buscando trabajo.

La función de rectoría del sistema nacional de salud en México es desempeñada por la Secretaría de Salud. Por otro lado, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) impulsa también la función rectora a nivel de las 32 entidades federativas con sus diferentes componentes y la coordinación territorial de la política nacional de salud, cuyas secretarías de salud estatales coordinan y conducen en ese ámbito las políticas nacionales y locales de salud con los diferentes actores involucrados. El Programa Nacional de Salud 2007–2012 (PRONASA) y Programa sectorial de Salud 2007–2012 (PROSESA) son quienes deben garantizar el acceso a los

servicios básicos y reducir las desigualdades mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. La segmentación del Sistema Nacional de Salud le resta costo eficacia y genera diferencias en las condiciones de acceso de la población a los servicios de atención en salud, todavía persisten obstáculos para construir un sistema equitativo con la universalidad de una respuesta sociosanitaria sin que el gradiente socioeconómico intervenga.

El financiamiento del sistema de salud de México se sustenta en los impuestos generales, las contribuciones de obreros y patrones, el pago de bolsillo de los hogares y el pago de primas a los seguros privados. El seguro popular fue establecido para orientar los fondos públicos y así conseguir más equidad de acceso a los servicios de salud, a través de la aportación solidaria de la federación y de los estados. En 2009 el gasto en salud representaba 6,9% del PIB, aunque 47,7% del total proviene de gastos del bolsillo, de los cuales 59% se relacionaban con la compra de medicamentos. La proporción de hogares que enfrentaban gastos catastróficos en 2006 era de 3,73% y la meta establecida para 2012 fue reducir este porcentaje en un 10% para evitar el empobrecimiento por motivos de salud.

Por otra parte, En la Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPALSTAT, en el perfil nacional sociodemográfico de México 2015, la población total es 126.248.000 habitantes, la tasa de natalidad bruta de 18.4 y de mortalidad bruta de 4.9, la esperanza de vida 77 (80 mujeres y 75 hombres); en educación la tasa de alfabetización de las personas de 15 a 29 años es de 98.7%, que equivale al 98.8% de las mujeres y el 98.7% de los hombres; el gasto público en educación es el 5.1 % del PIB y en salud el 6.2 %, para los años 2011 y 2013, respectivamente. La tasa de desempleo es de 5.1% y de pobreza es de 41.2%, el gasto público asignado es de 10.7% del PIB, el Coeficiente de GINI fue de 0.49 en el 2014 (56).

Ahora bien, en el perfil nacional económico de México en el año 2014, el valor agregado del PIB por actividad económica a precios corrientes, está representado por 21.3% intermediación financiera, 18.6% comercio, 17.7% industria manufacturera, 13.6% administración pública, 8.7% transporte y comunicaciones, 7.5% construcción, 7.2% minería, 3.3% agropecuario y 2.0% electricidad, gas y agua (57).

6.2.1.2 Consumo de tabaco.

México no escapa a esta epidemia globalizada. La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) realizada en México en el año 2009, refiere que el 15.9% de los adultos son fumadores actuales. El 48% de los fumadores actuales son fumadores diarios. El 99% de los hombres y 96% de mujeres fuman cigarrillos

manufacturados. Según la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) realizada en 32 ciudades capitales de México durante 2005, 2006 y 2008, en estudiantes entre 13 y 15 años de edad estima una prevalencia de consumo de tabaco que oscila entre 10.5% y 27.8%. Los adolescentes inician el consumo de tabaco en edades cada vez más tempranas, generalmente antes de cumplir los 15 años. La ETJ encontró que entre 8 y 15% de los estudiantes ha probado el cigarrillo antes de los 13 años de edad y 7.6% de los estudiantes fuman más de 6 cigarrillos al día, lo cual es signo de adicción a la nicotina en este grupo de edad (58).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008), en el ámbito nacional cerca del 23.3% de mexicanos nunca han fumado, sin embargo, se encuentran expuestos al humo de tabaco ambiental (HTA); el 25.5% son hombres y 22% mujeres. La ETJ de 2005, 2006 y 2008, encontró que los estudiantes entre 13 y 15 años de edad estaban expuestos al HTA tanto en los lugares públicos como en sus hogares. En 2005, Barrientos y colaboradores, realizaron un estudio para cuantificar los niveles de exposición al humo de tabaco en hogares mexicanos y encontró una correlación directa entre el número de fumadores en el hogar y las concentraciones de nicotina en el cabello de los no fumadores, observando los más altos grados de exposición entre los niños (58).

Sin embargo, la proporción de fumadores adultos con respecto a la población total disminuyó seis puntos porcentuales en la última encuesta. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008, el consumo de tabaco ocurría en 20.4% de la población entre 12 y 65 años. Los datos de la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes muestran que el porcentaje de adolescentes mexicanos de 12 a 15 años de edad que ha probado al menos un cigarro se incrementó de 51.1% en 2003 a 56.8% en 2006. De igual manera, la proporción de jóvenes que habían fumado en los últimos 30 días pasó de 19.9% a 24.9% en el mismo periodo, es decir, un incremento de 5 puntos porcentuales en sólo tres años (59).

Los registros de esta adicción muestran que en este país el grupo más vulnerable de inicio de exposición al tabaco lo constituyen los estudiantes del nivel secundaria, en el que se encuentra la frecuencia más elevada de inicio de consumo de tabaco equivalente al 40.7%. La proporción de adolescentes que se inicia en el consumo de tabaco a más temprana edad aumentó de tal forma que uno de cada 10 adolescentes hombres de áreas urbanas y rurales empezó a fumar antes de los 11 años de edad. Asimismo, de acuerdo con la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes que suministra información sobre adolescentes de secundaria de 12 a 15 años de edad, en México más de la mitad de los estudiantes, el 51.1% ha experimentado o probado el cigarro alguna vez, o bien ha tenido contacto con algún producto del tabaco (60).

Además, se ha observado que 74% de los episodios de fumar en los adolescentes ocurre bajo la influencia del alcohol, ya que para estos sujetos fumar y consumir alcohol de modo simultáneo representa una experiencia positiva. Este vínculo

puede explicarse porque ambas sustancias, tanto el etanol como la nicotina, estimulan los mismos receptores dopaminérgicos y de esta manera suscitan el deseo compulsivo de una sustancia por la otra (61).

6.2.1.3 Consumo de alcohol.

Para la Organización Mundial de la Salud OMS en el año 2010 y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ONUDD en el año 2013, señalan que el consumo del alcohol es una epidemia de “jóvenes” con patrones culturales muy arraigados en diversas regiones del mundo, el 25% de la producción mundial de alcohol es consumida por menores de 20 años (62).

Del mismo modo, en la investigación realizada en el año 2006 “Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso” se encontró que para el 66.6 % de los grupos, la calle fue el principal lugar de consumo, el 50 % acordó que son las fiestas privadas y 44.4 % reportó que los bailes. Además, 72.2% expresó que los adolescentes consumen alcohol en compañía de sus amigos, 11.1% dijo que lo hacen acompañados de sus familiares y 5.5 % expresó que beben acompañados por los dueños de los expendios de bebidas alcohólicas (63).

Los resultados nacionales sobre consumo de alcohol para la población total y por sexo, publicada en el año 2012, hace referencia a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6% (61).

6.2.1.4 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.

Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011. Así la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 de 55.9% a 62.7%. Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7% (61).

En el estudio publicado en el año 2006 “Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México” mostró una diferencia en el consumo de tabaco por género en los grupos

de jóvenes con mayor edad, ya que para ellos, la posibilidad de ser fumador en relación con ser experimentador es mayor en el grupo de hombres que en el de mujeres; no obstante, los resultados sugieren que esta diferencia se reduce en los grupos más jóvenes. Más aún, la edad de inicio del consumo habitual de tabaco en esta población fue muy similar en hombres y mujeres, identificada en 14.8 y 14.6 años, respectivamente. Estos resultados son consistentes con los estudios que han documentado que el hábito tabáquico es mayor en hombres, pero también con aquellos que sugieren que en los países en desarrollo esta diferencia tiende a reducirse en los grupos más jóvenes. Las edades de inicio reportadas confirman otros resultados, donde se señaló que en la población urbana mexicana, la edad media para iniciar el consumo de tabaco bajó de 21.8 años a 13.2 años en cinco décadas (64).

Del mismo modo, en la Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México del año 2006 “Prevalencias y evolución del consumo de drogas” manifiestan que por un lado, el consumo de alcohol se ha incrementado en tanto que el consumo de tabaco se mantiene similar al del 2003. Asimismo, se observó que el nivel de consumo de ambas sustancias es prácticamente igual entre hombres y mujeres. En el caso específico del abuso de alcohol se encontró un incremento de poco más del 1%, de manera que actualmente 25.2% de los/as adolescentes han consumido por lo menos cinco copas en la misma ocasión durante el último mes previo al estudio (65).

Confirmando los datos anteriores, la Encuesta GATS realizada en México en el año 2009, refiere que consumo actual está representado por el 24.8% de los hombres (8.1 millones) y 7.8% (2.8% millones) de las mujeres. Entre los fumadores diarios de cigarrillos, en promedio, los hombres fuman 9.7 cigarrillos por día y las mujeres 8.4. La edad de inicio de fumar entre los fumadores diarios de 18 a 43 años fue de 16.3 años para los hombres y 16.8 años para las mujeres. En este sentido, Las mujeres comienzan a ser un grupo de alto riesgo ya que paulatinamente el consumo tiende a ser similar al de los hombres (58).

De la misma manera, el estudio realizado por Sánchez y Andrade en el año 2013, confirma los datos previamente planteados, donde las diferencias entre hombres y mujeres han disminuido considerablemente, en 2000 el consumo de alcohol alguna vez en la vida en hombres fue del 62.6% y para las mujeres el 60.2%, en 2003 los hombres reportaron el 65.6% y las mujeres el 66.1%, para el 2006 fue el 68.2% en los hombres y el 69.4% en las mujeres, por último, en 2009 el porcentaje fue el mismo tanto para hombres como para mujeres referenciado en 71.4% (66).

6.2.1.5 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.

La prevalencia de fumadores actuales y experimentadores disminuyó conforme aumentó el valor del índice de pobreza del hogar: 4.9, 4.7 y 2.9% en las categorías de hogares no pobres, hogares cercanos a la línea de pobreza y hogares pobres, respectivamente. En el grupo de hogares no pobres la disponibilidad de dinero por un trabajo remunerado no se relacionó con ser fumador. Esto podría atribuirse a que un joven clasificado como no pobre tiene acceso a mayores recursos provenientes de su familia que podrían solventar su hábito. Por el contrario, en el grupo cercano a la línea de pobreza, en el cual los recursos familiares son más reducidos, se encontró una mayor posibilidad de que un joven fume si tiene dinero disponible proveniente de trabajo remunerado. En contraste, en el grupo de hogares pobres, el hecho de que el joven tenga un trabajo remunerado fue un determinante en su condición de fumador. Esta diferencia, con relación a los grupos menos desfavorecidos, podría atribuirse a la posibilidad de que en condiciones de extrema pobreza cualquier ingreso adicional disponible se destine a cubrir otros gastos familiares (64).

Puesto que las repercusiones del consumo de tabaco en la distribución del gasto de los hogares mexicanos, encontraron que en términos relativos los hogares fumadores más pobres de México, destinan una porción mayor de su gasto total a cigarrillos comparado con los hogares más ricos. Un hogar fumador pobre gasta en promedio 211 pesos en tabaco por mes, lo cual representa 5.5% de su gasto total y la octava parte de su gasto en alimentos. Los hogares fumadores más ricos gastan en promedio 360 pesos por mes en tabaco, lo cual representa 3.1% de su gasto total. Al igual que en otros estudios internacionales se encontró que los hogares fumadores en México gastan menos en alimentación y educación comparado con los hogares no fumadores; este hallazgo fue independiente del nivel de ingreso. Los hogares fumadores pobres gastaron al menos 485 millones de pesos en productos de tabaco en 2010, lo cual representa 13% del presupuesto para el Programa de Apoyo Alimentario de ese año. En total, los hogares fumadores gastaron al menos 6372 millones de pesos en productos de tabaco en 2010 (58).

Empero, debe tomarse en cuenta su posible impacto diferencial en tanto el poder adquisitivo de los individuos o grupos. De acuerdo con consultores internacionales, 30% de la población con el mayor ingreso consume 53% del alcohol disponible; aunque según el Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI), el gasto en alcohol es mayor en la población con menos recursos si se considera como proporcional a su ingreso. Así, un incremento de precios podría tener un impacto mayor en los sectores de menores ingresos (68).

6.2.1.6 Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.

Según la Encuesta de estudiantes de México realizada en el año 2006, la percepción de riesgo que tienen los escolares sobre el alcohol, está representada en un 49%, que lo considera muy peligroso su consumo frecuente; con relación al consumo de cigarrillo, consideran que es riesgo fumar cinco o más cigarrillos diariamente el 52% de la población. Es de anotar, que los porcentajes son muy similares en los hombres y las mujeres (65).

En las zonas rurales de México, se ha reportado que en estas regiones las personas no identifican a este problema como una necesidad de salud debido a la aceptación social que tiene el uso de drogas lícitas (69). Del mismo modo, la conducta de fumar en las mujeres comienza a aceptarse en términos sociales, situación que aprovechó la industria tabacalera en sus campañas publicitarias para captar más consumidores (61).

6.2.1.7 Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.

La evidencia internacional señala que la percepción de crianza parental positiva por parte de los hijos podría tener efectos protectores contra la aparición de conductas externalizadas como el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Se ha encontrado que una crianza con presencia de afecto, apoyo y monitoreo, se relaciona con una menor probabilidad de consumir sustancias en la vida y también, con un menor consumo reciente por parte de los hijos. Por su parte, poca comunicación y apoyo para los hijos se asocia con mayor consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y la marihuana (70).

Es importante manifestar también que la prevención es una actividad que debe iniciarse desde la infancia con la intervención de los padres y no en la adolescencia. En teoría, en estas épocas de la vida la interacción con los menores puede ser relativamente más fácil, ya que tienden a estar más integrados a su hogar. Asimismo, en estas etapas los infantes pueden ser más receptivos y el trabajo con sus familiares puede ser más ágil y dinámico (71).

Con base en los hallazgos, donde la dimensión de calidez fue la que se correlacionó con mayor intensidad, se recomienda enfatizar la importancia de las muestras afectivas en la relación padre-hijo, el uso de estrategias de crianza no hostiles, el involucramiento parental y el monitoreo de los padres como factores protectores ante el inicio del consumo de drogas (70).

6.2.1.8 Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.

Frente a la amenaza que representa el tabaquismo para la población mexicana, el sector salud, emprendió acciones que se han centrado en cuatro estrategias fundamentales: la prevención de la adicción al tabaco; la promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco; el control y la regulación de los productos del tabaco; y la promoción para dejar de fumar y el tratamiento para lograrlo (59).

Referente al consumo de alcohol, algunos miembros del personal de salud tienen la percepción de que el alcoholismo es incurable, ciertos médicos mencionan que el alcoholismo es una enfermedad social a la cual no ponen cuidado porque reconocen la limitación que tienen para otorgar una atención adecuada. Esta pasividad puede estar favorecida por percepciones prejuiciosas y falta de asignación de recursos para capacitación del personal de salud en esta temática, lo cual lleva a que no se atienda o no se haga la referencia a las unidades médicas especializadas en adicciones (69). Infortunadamente, los médicos generales que laboran en atención primaria, en algunos casos carecen de capacitación y de tiempo para realizar el tamizaje para identificar problemas con el alcohol y la consecuente intervención (68). Sumado a que la práctica médica generalmente está basada en un enfoque más curativo que de prevención y promoción de la salud, bajo un modelo médico biologizado, ahistórico y asocial, conocido como el Modelo Médico Hegemónico (69).

Por lo tanto, se coincide con lo que proponen otros autores acerca de que la respuesta del Sistema de Salud a las necesidades de la población tiene que ser intersectorial y favorecer la presencia del Estado para garantizar los servicios que promueven el bienestar y la participación social. Es decir, una práctica que supere el ámbito curativo, que incida en los determinantes, en la salud como derecho universal y en el mejoramiento de la condición humana (69).

6.2.1.9 Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) tiene como objetivo combatir el consumo de tabaco en todo el mundo. México fue el primero en América Latina en ratificar este compromiso en el año 2004. El Sistema Global de Vigilancia del Tabaco representa un segundo esfuerzo del convenio mencionado, y se estructuró para dar cumplimiento a las acciones propuestas (71).

De esta manera, el CMCT- OMS demuestra que hay voluntad política mundial para reforzar el control del tabaco y salvar vidas humanas. Para ayudar a los países al cumplimiento de las obligaciones establecidas en el CMCT, la OMS estableció en 2008 el plan de medidas MPOWER, el cual es parte integral del Plan

de Acción de la OMS para la Prevención y el Control del Tabaco e incluye las seis estrategias más costo efectivas que deben implementar los países miembros para abatir la epidemia del tabaquismo a nivel global: *monitor*: monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención; *protect*: proteger a las personas de la exposición al humo de tabaco ajeno; *offer*: ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco; *warn*: advertir sobre los peligros del tabaco; *enforce*: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y *raise*: aumentar los impuestos sobre el tabaco (58).

De hecho, en el plano legislativo en México, se aprobaron e implementaron nuevas leyes federales y locales como la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), la Ley de Protección a los No Fumadores del Distrito Federal y el Decreto 078 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco. Se fortalecieron dos áreas rectoras gubernamentales a nivel federal, se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y se fortaleció el papel del Estado en materia de regulación sanitaria para el control del tabaco a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Desde el punto de vista de prestación de servicios de salud, se amplió la cobertura a través de una red nacional de clínicas de ayuda para dejar de fumar (Centros Nueva Vida) bajo la coordinación del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC). Además, de manera estratégica se creó la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) que asesora a los tomadores de decisiones y vincula el trabajo entre el gobierno, las instituciones y la sociedad civil (58).

De igual manera, México requiere considerar y posicionar los objetivos de salud como una prioridad en todas las políticas y niveles de gobierno (federal, estatal y local), con enfoques rectores multisectoriales que involucren, según proceda, a las secretarías de educación, energía, agricultura, deportes, transporte, comunicaciones, urbanismo, medio ambiente, trabajo, industria y comercio, finanzas, desarrollo social y económico, a fin de responder a los factores de riesgo de las ECNT y los factores determinantes básicos de la salud de forma integral y decisiva (58).

6.2.1.10 Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.

Según la investigación publicada en el año 2010 “prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios” que mostró cómo los programas preventivos, son escasos y los existentes, no abordan el problema del consumo de drogas y trastorno adictivo desde la multidimensionalidad o integralidad del individuo. Además, hay programas preventivos en México basados en “ocurrencias”, los cuales carecen de argumentación para comprender el escenario del consumo de drogas (72). Dicho de otra manera, las pocas estrategias de

intervención a nivel primario son talleres o programas preventivos que tienen como enfoque primordial abordar aspectos teóricos (modelo racional o informativo), enfoque que ha probado no ser tan eficaz, se hace referencia a que prevenir es concienciar, no imponer o meramente institucionalizar ciertas medidas de actuación, de manera que ha de ser un acto de mediación más que de imposición. Mediante la prevención-intervención se debe formar, lo cual no se agota en labores informativas, ya que informar no supone necesariamente prevenir, sino que más bien ha de optarse por modelos competenciales y de entrenamiento en habilidades básicas (72).

Los programas preventivos y de tratamiento aún parecen insuficientes y requieren de una mejor evaluación y dirección, en términos de qué es lo más adecuado en su intervención. Reflejo de esto fue la modificación realizada en 2011 de prioridades de los programas nacionales contra las adicciones, donde se pondera la necesidad de fortalecer e implementar las acciones encaminadas a reducir la demanda de sustancias lícitas e ilícitas, así como focalizar los esfuerzos gubernamentales en la detección temprana y la intervención oportuna (62).

En este sentido, los programas de tratamiento y prevención sobre el abuso del alcohol deben enfocarse en el círculo social primario donde se aprenden todos los roles de comportamientos socialmente aceptables, es decir, la familia. Asimismo, se encontraron que ciertas características sobre el funcionamiento de la familia constituyen un factor explicativo para el desarrollo, mantenimiento y erradicación de una adicción. También, se indican que las características negativas o positivas del funcionamiento familiar, potencian o inhiben las autoevaluaciones de cada uno de los integrantes de la familia, lo que a su vez es un importante predictor para la adherencia a un tratamiento contra el abuso de sustancias. Bajo esta línea, se puede señalar que la familia puede actuar tanto como un factor de riesgo, como de protección; esto, debido a que elementos como la estructura y cohesión familiar, la comunicación, la disciplina y el afecto, han sido identificados como factores determinantes en el proceso de enfrentamiento ante diversas situaciones conflictivas, capaces de ajustar o desequilibrar la estabilidad, la salud y el bienestar de los integrantes de la familia (62).

Es importante reconocer las necesidades diferentes de hombres y mujeres, y desarrollar programas con enfoque de género. De igual forma, dado que las adicciones inician en la infancia y se reconoce que la edad de más riesgo es la adolescencia, deben apoyarse medidas que limiten el acceso y uso durante este periodo. Estas estrategias deben formar parte de programas integrales de prevención orientados a mantener estilos de vida saludables y al desarrollo de competencias sociales, así como de otros factores de protección que hagan a los jóvenes resilientes y les permita enfrentar los riesgos, que asimismo lleguen a la familia, al contexto de pares y a la comunidad (73).

Con relación a los tratamientos psicológicos, las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales para dejar de fumar han demostrado ser efectivas. Dichas técnicas combinan paradigmas de condicionamiento clásico, operante y técnicas cognitivas como el control de estímulos, la exposición señalizada, el manejo de contingencias, la reducción gradual de la nicotina y el alquitrán, y habilidades de afrontamiento orientadas a la prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades, solución de problemas y apoyo social (660). Asimismo, se deben fortalecer la comunicación interpersonal, el manejo de situaciones generadores de ansiedad y labores de educación para la salud, que se centren en tareas de sensibilización bien diseñadas, que redunden en reformular actitudes, entrenar habilidades, ofertar alternativas, preparar para la resistencia a la persuasión, potenciar en la comunidad hábitos saludables y promover el pensamiento crítico (72).

Se propone apostar a la prevención desde un enfoque amplio, basado en la evidencia, que incluya la prevención tanto dirigida a toda la población como focalizada en los grupos más vulnerables, incluyendo a las familias de los enfermos; apoyar los programas que han mostrado resultados como los orientados al desarrollo de habilidades (73).

Así, aunque la utilización eficiente de los recursos es básica para la viabilidad de los programas, es necesario reconocerla como uno solo de los componentes de la sustentabilidad global de las políticas públicas de salud mental. Es importante avanzar con estrategias integrales, con apoyo político y habiendo logrado un consenso de la población sobre las ventajas de su instrumentación a partir de programas de movilización comunitaria (68).

6.2.2 Ejes de análisis comercio

6.2.2.1 Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol

El acceso de los jóvenes al tabaco se facilita por la ausencia de programas educativos dirigidos a jóvenes y por la falta del cumplimiento de la normatividad relacionada con el control del tabaquismo (67). Lo anterior, es ratificado por el informe de “epidemiología del tabaquismo en México” publicado en el año 2006, donde se abordan varias evidencias del incumplimiento de la legislación vigente, entre ellas, se puede mencionar: facilidad del acceso al tabaco por los menores de edad, además, el comienzo del hábito a edades cada vez más tempranas señala que no se han vigilado las medidas reguladoras con éxito, como la venta de cigarros a menores de edad (67).

Al igual que en México, en muchos países existen leyes que restringen la venta de cigarrillos a menores, pese a lo cual éstos pueden adquirir los cigarrillos con facilidad. Algunas intervenciones pueden atenuar el número de ventas legales e ilegales, aunque es probable que los menores tengan todavía la posibilidad de comprar cigarrillos. Una situación similar se presenta con la compra de cigarrillos por unidades, que es una práctica que atrae a fumadores de escasos recursos o a quienes pretenden “fumar menos” y no traer consigo una cajetilla. Igualmente, es atractivo para los menores de edad que inician el consumo y que habitualmente tienen menos recursos económicos que los adultos; además, para ellos la consecución de cigarrillos por unidades disminuye el riesgo de ser descubiertos. Sin embargo, la venta de cigarrillos por unidades incrementa las ganancias del comerciante pero no las de las tabacaleras, en consecuencia, éstas decidieron en apariencia sumarse al combate contra el tabaquismo y sacar al mercado cajetillas de 14 cigarrillos y apoyar la prohibición de venta por unidades (74).

La OMS señala que las medidas de control más efectivas con relación al costo son lineamientos públicos poblacionales, como la eliminación de la publicidad indirecta y directa de tabaco; el incremento de los impuestos y los precios del tabaco; ambientes públicos y de trabajo libres de humo; mensajes de salud de gran tamaño y claros en las cajetillas de cigarrillos. Sin embargo, la industria tabacalera en México se integra en particular con empresas transnacionales con enormes recursos para enfrentar las disposiciones de salud pública (67).

En este sentido, la industria tabacalera, trabaja de modo activo para maximizar e incrementar sus ventas y beneficios. Por consiguiente, si no existen políticas públicas reguladoras en este campo, la propia industria del tabaco define las grandes variables que condicionan el consumo como la oferta, precio, promoción, entre otras; lo preocupante es que el éxito de esta industria trae consigo consecuencias graves para la salud pública y la sociedad en general (74).

Según la investigación publicada en el año 2010, titulada “Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado” se encuentran hallazgos que una vez más dejan en evidencia las dificultades para el cumplimiento de la legislación en cuanto a la prohibición de venta a menores y al menudeo. Los observadores pudieron comprar cigarrillos sueltos en el 44.4% de los establecimientos y en casi 60% de los puestos de calle; el 6.5% de los establecimientos ofrecían precios especiales o algún tipo de promoción por la compra de cigarrillos; en general, el 33.6% de los establecimientos se observó el letrero con la prohibición de venta de cigarrillo a menores de edad y algunos se localizaban cerca de anuncios publicitarios, no obstante, éstos letreros son proporcionados por la industria tabacalera por lo que muestran el logo de la industria (75).

Entre tanto, el Informe de la OMS sobre “La epidemia mundial de tabaquismo 2015. Aumentar los impuestos al tabaco” resalta que México ha puesto en marcha

servicios apropiados para dejar el tabaco y ha conseguido implantar con éxito la prohibición de fumar en todos los lugares públicos cerrados y lugares de trabajo interiores (76).

Por otro parte, la prevención de daños asociados con el abuso de alcohol requiere voluntad política y del estricto seguimiento al cumplimiento de los lineamientos de regulación, entre las medidas probadas se incluyen: la reducción de la disponibilidad a través del incremento de precios vía impuestos, medida que debe venir acompañada de control del alcohol informal; la disminución de la densidad de establecimientos, el control de aquellos que operan sin licencia o incumplan con la normatividad, el control de los horarios de venta, entre otras (73).

En este sentido, se desarrolla el “Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México” 2015, que compara las intervenciones mejor evaluadas, tanto de manera aislada como en combinación: Combinación 1: Incremento impuesto + Regulación publicidad; Combinación 2: Incremento impuesto + Regulación publicidad + Consejo breve + Regulación de acceso; Combinación 3: Incremento impuesto + Regulación publicidad + Consejo breve + Regulación de disponibilidad + Pruebas aleatorias de aliento alcohólico (68).

Se ha confirmado que después del aumento de impuestos, la intervención de mayor efectividad fue la reducción de la oferta. Sin embargo, la regulación de la proximidad de oferta de alcohol a las escuelas y centros de trabajo se aplica aún con debilidad; y la útil prohibición de venta de alcohol a menores de edad o durante determinados días y horarios se acata difícilmente en el país. La autorización de licencias y permisos de venta de alcohol para los establecimientos es facultad de los municipios, por lo que se sugiere incrementar el conocimiento de las autoridades en torno a los costos indirectos que les afectan, así como los accidentes y pérdidas de productividad derivados del incremento en el consumo nocivo de dicha sustancia. Asimismo, la prueba aleatoria de aliento alcohólico a conductores, conocida como *alcoholímetro*, demostró también ser una medida efectiva. Sin embargo, aunque todas las entidades federativas tienen regulaciones de tránsito con sanciones para los conductores en estado de ebriedad, las normas varían considerablemente y en la mayoría de los casos son muy ambiguas; por lo anterior, falta camino para implementar medidas claras y efectivas de vigilancia y sanción por conducción en estado de ebriedad en todos los Estados de la República Mexicana (68).

Además, a pesar de que se ha mostrado cierta evidencia de la efectividad de las políticas regulatorias de las bebidas alcohólicas, éstas son escasamente cumplidas en relación a la disponibilidad, la asequibilidad y la restricción de la venta a menores de edad. Este dilema expone la complicidad existente entre actores políticos y mercantiles, quienes infringen la prohibición de la venta a menores de edad y la regulación de los horarios, pero a la vez los actores políticos

se excusan de no hacer nada mientras no haya denuncia por parte de la población. Esta percepción sobre la imposibilidad de regular los horarios de venta de las bebidas alcohólicas resalta la vulnerabilidad del Estado ante los intereses mercantiles en el nivel local (69).

6.2.2.2 Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.

El acceso de los jóvenes al tabaco se facilita gracias a la actividad mercadotécnica que lleva a cabo la industria, donde se invierten un poco más de 5000 millones de dólares anuales para promocionar, mantener e incrementar el uso del tabaco, situación que se exagera, debido a la ausencia de programas educativos dirigidos a jóvenes y la falta del cumplimiento de la normatividad relacionada con el control del tabaquismo (64).

En cuanto a la medición del cumplimiento de la publicidad relacionada con el tabaco, la evaluación mostró que sólo 21% de los establecimientos de comercio tenía los avisos que prohíben la venta a menores en lugares visibles al público (74); la publicidad interior estuvo presente en 37.6% de los establecimientos, representada en anuncios como póster, carteles, iluminados; el 5.3% de los establecimientos exhibía publicidad exterior con anuncios de cualquier tipo en las puertas y ventanas (75).

La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes a nivel mundial estima que alrededor de 70% de los jóvenes ha estado expuestos a publicidad en revistas y periódicos y más de 80% ha visto eventos promoviendo productos del tabaco, estrategias que fomentan actitudes positivas en los jóvenes y los motivan a fumar. Asimismo, la publicidad y promoción de los productos del tabaco está dirigida principalmente a los jóvenes, los puntos de venta, tanto los establecimientos como los puestos de calle, permiten el acceso de manera fácil, promoviendo el inicio de su consumo, aun con la existencia de evidencia que corrobora este hecho, los jóvenes continúan expuestos sin reservas a este tipo de publicidad (75).

Por lo anterior, se concluye que la publicidad modifica el rumbo de la conducta de los jóvenes hacia el consumo de tabaco. Se observa que las ciudades con mayor publicidad en los establecimientos tienen mayor prevalencia de fumadores actuales, contrariamente a aquellas con menor publicidad, que tienen menor prevalencia (75).

En cuanto al empaquetado y etiquetado, en el 92.5% de las cajetillas se encontraron leyendas de advertencias ubicadas en la cara posterior. La etiqueta (incluyendo el borde) abarcaban de 34 a 54% de la superficie total; sin embargo, el texto en la etiqueta cubría de 14 a 42% aproximadamente. Los textos están escritos en mayúsculas y el tipo de letra corresponde a Arial Narrow. El color de

las letras, en general, fue negro, sin embargo, hay variación de acuerdo con el color del empaque. En cuanto a los contenidos de los mensajes se encontraron los tres vigentes, y se utilizan alternadamente: “Dejar de fumar reduce importantes riesgos en la salud”, “Fumar es causa de cáncer y enfisema pulmonar”, “Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y de bajo peso en el recién nacido”. El mensaje “El tabaco es nocivo para la salud” se encontró en una cajetilla procedente de Colombia (75).

De forma similar, la prohibición integral de publicidad de consumo de alcohol fue la tercera intervención costo-efectiva en México. Sin embargo, ésta no ha abarcado a los adolescentes, y las medidas regulatorias son un terreno de aún limitada aplicabilidad en México (68).

6.2.2.3 Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.

De los 168 países que han suscrito el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT), la mayoría lo han ratificado, aunque su grado de avance en el cumplimiento de las diversas disposiciones que en él se contemplan difiere de manera importante, las principales estrategias son: vigilar el consumo de tabaco; proteger a la población del humo de tabaco; ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; advertir sobre los peligros del tabaco; cumplir las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio; y aumentar los impuestos al tabaco. De todas ellas, el incremento de los impuestos de forma periódica de acuerdo con la inflación y por encima del crecimiento del poder adquisitivo de los consumidores se considera la intervención más efectiva para reducir el consumo de tabaco (77).

La principal variable vinculada con la reducción del consumo de cigarrillos son los precios de estos productos. Se estima que por cada aumento del precio real de los cigarrillos de 10%, el consumo se reduce 5.2% en promedio. En México la disminución se debe en parte a reducción de la cantidad de cigarrillos que consumen los fumadores, además, de la baja en la prevalencia y/o incrementos en la cesación (77).

De hecho, el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS), que grava a los productos de tabaco, se incrementó de 100% sobre el precio de venta al detallista en 2001 a 105, 107 y 110% en 2002, 2003 y 2004, respectivamente, para el caso de los cigarrillos con filtro. Al mismo tiempo, la tasa vigente para los cigarrillos sin filtro se incrementó de 20.9% en 2001 a 60, 80, 100 y 110% en 2002, 2003, 2004 y 2005, respectivamente. De esta manera, desde 2005, todos los cigarrillos enfrentan la misma tasa impositiva. A finales de 2006, se aprobaron nuevos incrementos que llevaron el IEPS aplicable a los cigarrillos a 140% en 2006, 150% en 2007 y 160% en 2009 (77).

Adicionalmente, se observa otra ventaja de la aplicación de esta medida, ya que existe una relación positiva entre la evolución de los impuestos y la recaudación fiscal. En el periodo de 2006 a 2008, en el que los impuestos aumentaron, la recaudación por concepto del IEPS a los tabacos labrados se incrementó 38% en términos reales, al pasar de 18.511 millones de pesos (o 1.381 millones de dólares) a 25.542 (o 1.906 millones de dólares). De igual forma, los productos de tabaco también pagan el Impuesto al Valor Agregado (IVA); en las últimas décadas, la tasa vigente de IVA había sido de 15% sobre el precio de venta al consumidor, pero en 2010 se incrementó a 16% (77). En conclusión, al aumentar la recaudación fiscal, el incremento de los impuestos a los cigarrillos no sólo genera beneficios considerables en términos de salud pública sino también para beneficios para el erario público (78).

También, debe considerarse la recomendación del reporte más reciente de la OMS sobre la situación de la epidemia del tabaquismo. A partir de las mejores prácticas observadas en el ámbito internacional, en este reporte se recomienda que la proporción del impuesto sobre el precio final del cigarrillo sea de entre dos terceras (67%) y cuatro quintas partes (80%), para México los impuestos a los cigarrillos representan aproximadamente 63% (77).

Del mismo modo, para el control del consumo de alcohol, en términos generales, la medida independiente con mayor costo-efectividad para evitar años de vida con discapacidad debidos al alcohol fue el incremento de impuestos en 50%; le siguieron, en este orden, la reducción de la oferta, la prohibición integral de publicidad de consumo de alcohol, la intervención breve y consejo en el primer nivel de atención y la prueba aleatoria de aliento alcohólico a conductores (68).

En congruencia con lo reportado en diversos países del mundo, el aumento de impuestos es, para México, la intervención más costo efectiva para reducir la carga que ocasiona el alcohol, por ende es la medida en la cual se han realizado los mayores esfuerzos (68).

6.2.2.4 Comercio ilegal de tabaco.

La globalización de la epidemia de tabaquismo obedece a una interacción mixta y compleja de factores, con efectos transfronterizos que incluyen la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores como el carácter transnacional y monopólico de la industria del tabaco, sus nuevas estrategias de mercadotecnia mundial dirigidas a captar el mercado adolescente, el cabildeo que realiza entre los grupos de influencia, además del movimiento internacional del contrabando y la falsificación de cigarrillos, han contribuido en el incremento explosivo del consumo de tabaco a nivel global (58).

En cuanto al comercio ilegal de productos de tabaco, no se ha observado un aumento acelerado después de los últimos incrementos en los impuestos. En el año 2008, se estimó que el comercio ilegal de tabaco en México fue de 5.9% del consumo, cifra por debajo del promedio mundial que fue de 11.6%. De cualquier manera, es necesario considerar que futuros incrementos de impuestos y precios, posiblemente generen mayores incentivos para introducir cigarrillos ilícitos al país. Como se ha dicho, los precios de los cigarrillos en casi todos los países de Centroamérica y en varios de Sudamérica son relativamente menores que en México (77).

Adicionalmente, el artículo 15 recomienda fortalecer la legislación con sanciones y penalidades apropiadas contra el comercio ilegal, destruir de forma adecuada los productos de tabaco y equipamientos de producción incautados, el licenciamiento para controlar y regular la producción y distribución de los productos de tabaco, así como fiscalizar los flujos de comercio (77).

Por otra parte, el contrabando de tabaco erosiona la salud pública ya que al reducir los precios, elimina uno de los principales incentivos para no fumar, especialmente entre los jóvenes y los grupos de menos ingreso que tienden a ser más sensibles al precio. La delincuencia organizada tiene una participación creciente en el contrabando de tabaco, el cual arroja ganancias similares a las del tráfico de heroína o cocaína, pero conlleva penas menores y permite además lavar grandes cantidades de dinero. Finalmente, la existencia del contrabando genera grandes presiones sobre los gobiernos, quizás con frecuencia provocadas por la propia industria, para no aumentar o para reducir los impuestos al tabaco, con graves consecuencias fiscales y de salud. Las tabacaleras multinacionales insisten en que el contrabando perjudica a su industria porque representa una competencia injusta, afecta a la mercadotecnia y desalienta la inversión. Sin embargo, la industria se beneficia por la existencia del contrabando cuando éste contribuye a que baje el precio promedio de todos los cigarrillos, con impuestos pagados o no, lo que aumenta las ventas totales (79).

De este modo, cuando hay contrabando las tabacaleras siguen obteniendo sus ganancias habituales por la venta de cigarrillos a los distribuidores, al tiempo que los precios reducidos estimulan la demanda, el consumo y eliminan los incentivos a dejar de fumar o no empezar a hacerlo. Con ello, aumentan las ventas de tabaco, más aún, los cigarrillos de contrabando que son interceptados deben ser repuestos, lo que conduce a más ventas. En breve, las tabacaleras multinacionales son beneficiarias más que víctimas del contrabando (79).

En este punto, una de las posturas más polémicas, según académicos, ONG y organismos internacionales, se resuelve concluyendo que el contrabando de tabaco a gran escala no podría existir sin la participación de las grandes multinacionales. Diversas investigaciones e incluso demandas judiciales presentadas por los gobiernos de Canadá, Estados Unidos, la Unión Europea y

Colombia, entre otros, acusan a las tabacaleras de haber utilizado el contrabando para abrir mercados, aumentar las ventas y alimentar las campañas en contra de los impuestos a los cigarrillos. Existe un consenso de que el contrabando de tabaco es un problema internacional y por ende debe ser enfrentado por acciones internacionales. De no existir una cooperación multilateral y acciones efectivas globalmente, los problemas multilaterales relacionados con el contrabando pueden afectar las mejores estrategias nacionales para el control del tabaco, siendo necesario cerrar el abasto de cigarrillos a los contrabandistas y controlar a la industria y sus prácticas de exportación (79).

Igualmente, es necesario incrementar las penas al contrabando para asegurar que pierda su atractivo financiero. Las penas deben hacerse extensivas, en su caso, a las compañías importadoras, exportadoras y a los fabricantes internacionales, si éstos no demuestran que el tabaco llega de manera legal a su mercado de destino.

La obligación de marcar las cajetillas con sellos que demuestren el pago de impuestos y la aplicación de penas estrictas a las partes que no cumplan estos requisitos, incluso, la cancelación de la licencia para fabricar o vender productos de tabaco (79).

6.2.3 Ejes de análisis cooperación internacional.

6.2.3.1 Acuerdos Internacionales.

En la última década, México ha tenido grandes logros en el control del tabaco. El país firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS el 12 de agosto de 2003, fue aprobado por el Senado de la República el 14 de abril de 2004 y ratificado el 28 de mayo del mismo año, hechos que llevaron a México a ser el primer país de América en adherirse formalmente a este tratado internacional. La Secretaría de Salud, preocupada por el daño en la salud poblacional, los altos costos que el tabaco impone a la sociedad mexicana y como respuesta manifiesta de apoyo al CMCT-OMS, estableció el Plan Nacional de Salud 2007-2012, para enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades. Una de ellas es el combate a las adicciones legales e ilegales (tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas). El programa de acción específico 2007-2012 sobre prevención y tratamiento de las adicciones en México plantea como objetivo fundamental disminuir el uso, abuso y la dependencia, así como el impacto de las enfermedades y las lesiones que ocasionan en individuos, familias y comunidades, mediante intervenciones de tipo universal, selectivas e indicadas dirigidas a los diversos grupos de población (58).

Reconociendo los retos de la aplicación del CMCT-OMS en la Región de las Américas, la OPS ha adoptado dos resoluciones: la Resolución CD48.R2 del 30

de septiembre de 2008 y la CD50.R6 del 29 de septiembre de 2010 las cuales, entre otras recomendaciones, instan a los estados miembros a considerar la ratificación e implementación del CMCT, dando especial atención al artículo 5.3 del CMCT-OMS y sus directrices, que establecen las medidas para limitar la interacción con la Industria Tabacalera y garantizar su transparencia, con el fin de evitar que la misma obstaculice el alcance de las metas de salud pública en el control de tabaco (58).

Por lo tanto, para coordinar y organizar la cooperación en el combate al mercado ilegal, la Conferencia de las Partes del CMCT ha avanzado un escalón adicional al determinar la realización de negociaciones en torno de un protocolo internacional sobre comercio ilícito. Estas negociaciones se iniciaron en el año 2010, con el objetivo de especificar algunas de las medidas mencionadas en la esfera de adecuación de la legislación nacional, así como el contenido de la cooperación internacional (43).

6.3 COLOMBIA

6.3.1 Ejes de análisis modelos de desarrollo.

6.3.1.1 Breve descripción del Modelo de Desarrollo.

En el informe Salud en las Américas de la OPS publicado en el año 2012 (80), se encuentra que Colombia, según la Constitución Nacional de 1991, está organizada en forma de república unitaria y la administración del Estado está en gran parte descentralizada entre los 32 departamentos, un Distrito Capital, 1.121 municipios y los territorios indígenas. Para el año 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes, de los que 49,4% eran hombres y 50,6% mujeres.

El país ha experimentado una transición demográfica importante desde mediados del siglo XX. Para el período 2010-2015 se estimó una esperanza de vida al nacer de 75,2 años: 78,5 para las mujeres y 72,1 para los hombres; una tasa bruta de mortalidad de 5,8 por 1.000 habitantes, una tasa bruta de natalidad de 18,9 por 1.000 habitantes y una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos por mujer, lo que resulta en una tasa media anual de crecimiento de 1,15%.

Además, entre el año 2000 y el 2010, la economía ha mostrado un crecimiento sostenido. Las principales ramas de actividad son la minería, el comercio y la construcción. El crecimiento anual promedio del PIB fue de 3,3% en el período 2006–2010, no obstante, este crecimiento enmascara corrupción, precariedad del

empleo y una desigualdad expresada por un coeficiente de GINI de 0,578 en 2009; entre enero de 2006 y enero de 2010, el desempleo fluctuó entre 11,3% y 11,8%, pero el subempleo subjetivo se mantuvo entre 30,5% y 30,9%; el 75% de los que trabajaban lo hacían por cuenta propia. Entre el 2005 y el 2009, el porcentaje de población en condiciones de pobreza disminuyó de 50,3% a 45,5%, y el de población en pobreza extrema aumentó de 15,7% a 16,4%, que significa un avance leve hacia las metas fijadas de 28,5% y 8,5% para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por otra parte, la urbanización desordenada ha aumentado la vulnerabilidad y ha alterado el paisaje, la biodiversidad, el espacio público, la calidad del aire, la oferta y calidad de los recursos hídricos, la generación de residuos y la disponibilidad del suelo.

En general, entre 1980 y 2010 el progreso social ha contribuido a disminuir la diferencia con el mundo desarrollado. El progreso en materia de educación ha sido notable. El país alcanzó la meta de 100% de cobertura para la educación básica preescolar, primaria y secundaria, pero los logros no han sido similares en cuanto a analfabetismo 2,1% y años de educación en la población de 15 a 24 años, que es de 9,2 años.

Referente al género, las mujeres colombianas aumentaron sustancialmente su escolaridad e irrumpieron en el mercado de trabajo. En cuanto a su participación política, para el período parlamentario 2010–2014, el 11,4% y 16,7% de los escaños en la Cámara y en el Senado del Congreso Nacional, respectivamente, estaban ocupados por mujeres. En materia salarial, en 2009 la diferencia de la tasa de participación femenina disminuyó a 23,5% y la diferencia de ingreso mensual promedio bajó a 20%. Sin embargo en 2009, aún persistía una diferencia en la tasa de desempleo de 6,4%.

Por otra parte, el núcleo del sistema de salud es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El régimen contributivo afilia a los trabajadores asalariados, pensionados e independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El régimen subsidiado afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En el año 2010, la cobertura fue de 39,7% y 51,4% de la población total, respectivamente. Los regímenes especiales afilian a los trabajadores de las fuerzas militares, la policía nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos, el magisterio y las universidades públicas. En el mismo año, solo el 4,3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El gasto total en salud en relación con el PIB se estabilizó variando de 6,2% a 6,4% entre 2006 y 2009, sin alcanzar los valores cercanos a 9%, como entre el año 1996 y 1999, cuando el gasto público representó alrededor de 84%.

Adicionalmente, en la Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPALSTAT, en el perfil nacional sociodemográfico de Colombia 2015, la población total es 48.650.000 habitantes,

la tasa de natalidad bruta es de 14.7 y de mortalidad bruta de 6.1, la esperanza de vida es de 75 años: que corresponde a 75 años en mujeres y 71 años en hombres; en educación la tasa de alfabetización de las personas de 15 a 29 años es de 98.7%, de los cuales el 99.1% son mujeres y el 98.2% son hombre; el gasto público en educación fue el 4.9 % del PIB y en salud el 6.8 %, para el año 2013. La tasa de desempleo es de 9.6%, de pobreza de 28.6%, el gasto público asignado es de 13.7% del PIB, el Coeficiente de GINI fue de 0.54 en el 2014 (81).

Ahora bien, en el perfil nacional económico de Colombia en el año 2014, el valor agregado del PIB por actividad económica a precios corrientes, está representado por 20.5% intermediación financiera, 18.0% administración pública, 12.6% comercio, 12.2% industria manufacturera, 10.2% construcción, 9.8% minería, 6.6% transporte y comunicaciones, 6.3% agropecuario y 3.7% electricidad, gas y agua. (82).

6.3.1.2 Consumo de tabaco.

Según la “encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes entre los 10 y 24 años” del programa Rumbos del año 2001, el consumo de tabaco es de 37,7% (83).

Confirmando lo anterior, se encuentran los datos de una encuesta realizada por el Ministerio de la Protección Social en escolares entre 12 y 17 años, en el 2004, que reportó prevalencias de consumo de 35,8% para tabaco, y el análisis por ciudad mostró que Bogotá y Medellín presentan consumos mayores que el promedio nacional (83).

En consumo de sustancias lícitas, el tabaco ocupa el segundo lugar, después del alcohol. Los cigarrillos tienen un alto significado como riesgo, sobre todo si se tiene en cuenta que las enfermedades respiratorias crónicas ocupan los primeros lugares en la escala del perfil de morbimortalidad para los colombianos (84).

6.3.1.3 Consumo de alcohol.

La realidad del país nos muestra un incremento en el consumo de alcohol que continúa siendo, en todas las regiones de Colombia y en todos los grupos poblacionales, la mayor fuente de problemas sociales, así como un aumento en el uso de otras SPA a expensas de jóvenes y personas en edad productiva (85).

Según “la encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes entre los 10 y 24 años” del programa Rumbos del año 2001, la sustancia con mayor prevalencia de consumo es el alcohol con un 74,8% (83). Asimismo, los

datos de una encuesta realizada por el Ministerio de la Protección Social en el 2004, en escolares entre 12 y 17 años reportaron prevalencias de consumo por año de 65% para alcohol (83).

En general, el alcohol es la sustancia que registra una mayor prevalencia e incidencia de consumo, aún en los rangos de edad inferiores, lo que convierte a esta sustancia psicoactiva en el principal desafío para afrontar en el futuro inmediato, además, es considerada como la puerta de entrada para el uso de otras SPA (84).

A través del “estudio Nacional de Salud Mental en Colombia” del año 2003, se evidencio que los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, ocupan el tercer lugar de asiduidad (10,6%) después de los trastornos de ansiedad (19,3%) y del estado de ánimo (15%); 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, 1 de cada 200 depende de él y 1 de cada 100 abusa de otras sustancias (85).

Asimismo, el último estudio nacional de consumo de drogas del año 2008 muestra que un 12,2% de la población total (35% de los consumidores de alcohol) presenta un consumo problemático de alcohol, medición realizada con la aplicación del test AUDIT, lo que equivale a 2,4 millones de personas; de estas un 1,57% (311.304 personas) presentan comportamientos indicativos de dependencia, y entre ellas, a su vez, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de edad entre los 18 y 24 años, seguido por el grupo entre los 25 y 34 años. Además, de cada 4 personas con consumo problemático 3 son hombres y 1 es mujer; el consumo afecta especialmente a jóvenes y adultos en edad productiva (85).

En Colombia, la “Encuesta Nacional de Salud” muestra que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de consumo, sobre todo en mujeres de todas las edades y en los hombres más jóvenes. Además, se encontró que la edad de inicio del consumo del 20.4 % de los adolescentes fue antes de los 10 años; 76.8 % lo hizo entre los 10 y 14 y el 2.8 % entre los 15 y 17, confirmando lo expuesto por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes en el 2009 (86).

Finalmente, según informe de Ministerio de Protección Social, en su informe del año 2013, manifiesta que Colombia ostenta el primer lugar en prevalencia de vida de alcohol entre 42 países de América Latina y el Caribe, lo que significa que el país tiene una mayor exposición al alcohol que el resto de países (86%), de cada 100 personas 86 han probado el alcohol, por lo que la cantidad de población en riesgo en comparación con los otros países encuestados es mucho más alta, dado el porcentaje de personas que ha manifestado haber consumido alcohol alguna vez en su vida. En total 2,4 millones de personas entre 12 y 65 años presentan un consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, es decir un 12,15% de la población general (87).

6.3.1.4 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.

Los factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias por los adolescentes de 13 a 17 años fueron analizados para la población del área urbana de Colombia y su distribución por sexo se encuentra en un 49,4% de hombres y un 50,6% de mujeres (88).

También, se encontraron prevalencias globales de consumo de cigarrillo del 47,8 % y de 72,6% para bebidas con contenido alcohólico. Evidenciando que el alcohol es la sustancia que registra una mayor prevalencia e incidencia de consumo con tasas de 69,5 % para las mujeres y un 75,8 % para los hombres, aún en los rangos de edad inferiores. El análisis de prevalencia de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, para ambos sexos, se acentúa notoriamente hacia los 12 años que coincide también con la experiencia de embriaguez que ocurre mayormente en el lapso comprendido entre los 12 y los 13 años (84).

Según el “Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia”, del 2013, el 42.1% de las personas encuestadas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida, representados por el 53.6% de los hombres y 31.2% de las mujeres. Sin embargo, sólo el 12.9% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días, de los cuales el 18.8% son hombres y 7.4% son mujeres, considerándose consumidores actuales. Esta cifra equivale a un poco más de tres millones de fumadores en el país (89).

Asimismo, el 87% de las personas declaran haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, siendo en hombres el 91% y en mujeres el 83%, con una edad de inicio alrededor de 16 años en hombres y 18 años en mujeres. De acuerdo con las cifras del estudio, cerca de 2,6 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 consumen alcohol, siguiendo un patrón que se puede considerar riesgoso o perjudicial. Esto equivale al 31% de los consumidores actuales de alcohol y al 11,1% de la población de 12 a 65 años (90).

6.3.1.5 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.

El uso de bebidas alcohólicas se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico: 32,3% en el estrato 1 y 42,1% en los estratos 4, 5 y 6. La mayor tasa de consumo se presenta en jóvenes entre 18 y 24 años, con 49,2%, y en jóvenes entre 25 y 34 años, con 45,4% (90).

La anterior información es confirmada en el “Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia” del 2013, donde evidencian que el consumo actual de bebidas alcohólicas es mayor conforme aumenta el nivel

socioeconómico de la población, pasando del 32% en el estrato más bajo al 42% en el estrato más alto (89).

En términos de estratos, el consumo más elevado de alcohol, se observa en los estratos 5 y 6 con un consumo actual que alcanza al 57% de dicho grupo, cifra que se reduce al 27% en el estrato 1. Del mismo modo, se observa importantes diferencias a nivel de estratos socioeconómicos donde un 13% del estrato 1 y un 25% de los estratos 5 y 6 declararon consumo de tabaco durante el último mes (91).

6.3.1.6 Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.

En Colombia el alcohol es la sustancia más utilizada de aquellas que pueden causar abuso o inducir dependencia, su consumo es muy frecuente ya que tiene aceptación social y es de fácil acceso (92).

No obstante, se observa una amplia percepción de gran riesgo frente al consumo frecuente de alcohol, que es valorado por el 83% de las personas encuestadas. Entre las mujeres esta percepción se incrementa al 88% y decae entre los varones al 78%. En cuanto a los grupos de edad, los adolescentes tienen la menor percepción de gran riesgo (76%) y ésta crece a medida que aumenta la edad de las personas (89).

En este sentido, la percepción de riesgo que percibe la población frente al consumo abusivo de alcohol es bastante grande. En efecto, un 79% considera que “tomar 5 o más bebidas alcohólicas cada día” es riesgoso, cifra que aumenta a 82% frente al riesgo de “emborracharse con bebidas alcohólicas”. En ambas situaciones la percepción de riesgo de las mujeres es mayor a la de los hombres; sin embargo, el grupo que percibe menor riesgo frente a estas conductas es el grupo de 12 a 17 años (91).

De manera similar, el 87.6% de la población considera de gran riesgo el hábito de fumar, más las mujeres que los varones y se incrementa a medida que la población es mayor de edad, es decir, los adolescentes son los que menor percepción de riesgo tienen, siendo equivalente al 83% (89).

No obstante, es importante destacar otro estudio que reporta que solo un 61% cree que “fumar cigarrillo 1 o dos veces al día” es riesgoso para las personas. En cambio, frente al hábito de “fumar cigarrillo frecuentemente”, un 83% cree que es riesgoso para las 3 personas, siendo las mujeres las que perciben un mayor riesgo que los hombres (91).

Así, algunos estudios han confirmado que a medida que crecen los adolescentes, hay mayor permisividad social frente al consumo de alcohol, mayor percepción de riesgo, mayor percepción de beneficios y mayores oportunidades de consumo. Esto, debido a que al ir creciendo se debilita las actitudes de oposición al consumo y aumenta la aceptación ante la experimentación con el alcohol (93).

Por lo tanto, algunas investigaciones han querido comprender el punto de vista cultural de este comportamiento, entendiéndolo como prácticas rituales de comunidades que pueden tener formas diferentes de representarse el mundo, en las que beber alcohol puede ser una práctica respetada tanto espiritual como socialmente, con un sentido profundo que tiene el fenómeno junto con normas y valores sociales. Además, la historia de las familias en lo rural ha estado vinculada al alcohol de forma directa e indirecta, pues ha estado presente en las diferentes celebraciones y se convierte en un requisito para que en las celebraciones la fiesta no pierda este carácter; algunos entrevistados consideran que si no hay trago no hay rumba. La relación emocional aparece y sugiere que la alegría y el 'pasar bueno' solo se dan cuando existe el alcohol en la celebración (94).

6.3.1.7 Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.

La familia como el primer entorno en el que crece y se desarrollan los niños y niñas, por lo cual, se constituye en la base fundamental para adquirir las herramientas necesarias para minimizar el riesgo de consumo de SPA, en el presente estudio se visualiza la importancia de algunos factores, encontrando que: la buena comunicación con la madre es el factor protector más fuerte, por cuanto presenta un porcentaje de reducción del riesgo del 85%, seguido por la buena comunicación con el padre con un 80%, la espiritualidad un 70% y la cohesión familiar un 63% de reducción del riesgo, respectivamente. En contraste, se encontraron como factores de riesgo, en su orden: antecedentes de consumo de marihuana; ansiedad en los padres; antecedentes de consumo de tabaco/cigarrillo; intento de suicidio en la madre; ser testigo de maltrato entre los padres; eventos vitales negativos durante el año anterior; padres consumidores de sustancias psicoactivas; haber padecido negligencia en cualquiera de sus manifestaciones; antecedente personal de consumo de alcohol; padre con trastorno de personalidad (88).

Asimismo, la mayoría señala que se consume licor por diversos motivos, aunque se destaca como prioritaria la necesidad de socializar. Los amigos cobran gran importancia tanto por la época de la vida como por la soledad que experimentan, ya sea por estar lejos de la casa o porque por diferentes circunstancias no se da la cercanía con la familia. La soledad por ausencia de figuras protectoras se ve como factor causal (86).

Otras investigaciones también han demostrado que la permisividad de los padres frente al consumo en los hijos se asocia positivamente con un mayor consumo de sustancias en los jóvenes. Así, se ha establecido que la percepción que tengan los hijos acerca del consumo de SPA en los padres y de la permisividad parental frente al de los hijos, se convierte en una variable importante que guía el comportamiento de los adolescentes y afecta de manera positiva o negativa su consumo de alcohol. No obstante, se percibe que existe un alto nivel de permisividad y aprobación de los padres frente al consumo de alcohol de los jóvenes. En comparación con el cigarrillo, se evidencia una actitud más favorable hacia el alcohol y un mayor rechazo hacia el cigarrillo, tanto en las prácticas de consumo de los padres como en las de los hijos. Este resultado es consistente con el patrón de consumo de los colombianos, en donde el alcohol es la sustancia psicoactiva más usada (95).

Del mismo modo, otro aspecto que resulta preocupante es la frecuencia con la que los jóvenes consumen alcohol siendo en promedio cuatro días al mes, lo cual posiblemente refleja que esta práctica se lleva a cabo cada fin de semana. Esto sumado a un alto porcentaje de jóvenes que informan embriagarse con frecuencia (43%). Al respecto, es posible pensar que cada vez los jóvenes tienen mayor acceso al alcohol, en términos de recursos económicos para adquirirlo y situaciones sociales que facilitan y refuerzan su consumo; llevándolos a consumir con mayor frecuencia e intensidad. Por lo tanto, la relación entre el consumo de alcohol en los jóvenes y en sus familias se evidencia, por una parte, en la frecuencia e intensidad del comportamiento y, por otra, en la edad de inicio del mismo. De esta manera, no sólo actúa como una variable facilitadora de su inicio, sino también como un factor que favorece un nivel de consumo riesgoso o de abuso. Tal como se evidencia en este estudio, un porcentaje importante de jóvenes que tienen familiares que se embriagan, presentan un patrón de consumo riesgoso. Asimismo, los jóvenes que tienen por lo menos un familiar que se emborracha con frecuencia, tienden a iniciar más temprano el consumo de alcohol (96).

6.3.1.8 Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales.

El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará

prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias (97).

Además, esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental (97).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud (97).

Entre tanto, la Comisión de Regulación en Salud incorporará, en los planes de beneficios tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud (98).

Es importante destacar que en febrero de 2010 estaban inscritos 284 centros, distribuidos en 104 residenciales, 88 ambulatorios, 58 de alta complejidad y 34 servicios de toxicología; de estos, un 89% eran de carácter privado y un 11% de carácter público: una oferta a todas luces insuficiente para satisfacer la demanda. También, el sistema de referencia y contrarreferencia es inadecuado, en la medida en que las redes de atención no están organizadas, ni lo están los criterios que determinan la elección del tratamiento más adecuado para cada paciente (85).

Asimismo, en Colombia el Ministerio de la Protección Social realizó un diagnóstico situacional de centros de atención de drogadicción (CAD) en el año 2004, señalando que pocas entidades tenían recurso humano con formación específica en el área de adicciones; la evaluación psiquiátrica se llevaba a cabo en un poco más de la tercera parte de las entidades. En el 20% no había evaluación psicológica, el 40% carecía de evaluación médica y el 54%, de exámenes diagnósticos (85).

Referente a los profesionales de la salud en de Colombia, se encuentra que carecen de formación en el área de la farmacodependencia; son muy pocas las instituciones universitarias que involucran de manera amplia y coherente este tema en los currículos de pregrado y posgrado, y los resultados son evidentes: se

reflejan en la ausencia de diagnósticos oportunos en atención primaria y en la escalada a trastornos más serios. Otros factores son: la subestimación del consumo problemático de alcohol vinculado a patrones culturales, la resistencia de los médicos a evaluar sus propios hábitos de consumo, considerados incluso mayores que en la población general y el desconocimiento de los trastornos vinculados al consumo de SPA, especialmente, las dependencias, las cuales, por no ser reconocidas como enfermedades crónicas que requieren seguimiento a largo plazo y que tienen una alta posibilidad de recaídas, siguen siendo motivo de vergüenza y estigmatización, incluso por parte del personal de salud (85).

Por otra parte, en la práctica clínica, la atención en salud del adolescente se centra, en muchos casos, en la revisión de parámetros físicos relacionados con el proceso de crecimiento y desarrollo, y en la generación de recomendaciones puntuales de acuerdo con el motivo de consulta. Un abordaje integral de este grupo de edad debería incluir de manera sistemática la exploración de riesgos y la orientación respecto a cómo prevenirlos o controlarlos, para lo que resulta indispensable conocer adecuadamente el contexto o la situación general. Esta distribución de la población impone exigencias a los profesionales de atención primaria, respecto a sus destrezas en el manejo de los motivos de consulta más frecuentes y a las habilidades que se para ofrecer un adecuado cuidado de la salud, teniendo en cuenta tanto los cambios en distintas esferas como los riesgos que enfrentan los jóvenes (83).

6.3.1.9 Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.

Colombia tiene implementada la normatividad con relación al tabaco por medio de la Ley 1109 de 2006, por medio de la cual se aprobó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, y la Ley 1335 de 2009 que contempla las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo de tabaco y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador. Entre otras medidas, determina la implementación de los ambientes 100% libres de humo en Colombia; la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco; prohíbe la venta al menudeo de productos de tabaco; prohíbe la comercialización de cajetillas de cigarrillos de menos de 10 unidades; determina las acciones de suministro de información por parte de la industria tabacalera; promueve la formulación de una política nacional para el control del consumo de tabaco que respete la diversidad étnica (99).

Asimismo, cuenta con el Decreto 2871 de 2008 que promulga el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) y la Resolución 11073 de 1991 de la Aeronáutica Civil que prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en

el interior de aeronaves comerciales en vuelos domésticos; la Resolución 1956 de 2008 del Ministerio de la Protección Social que adopta medidas en relación con el consumo de cigarrillo de tabaco, específicamente sobre los ambientes libres de humo; la Resolución 3961 de 2009 del Ministerio de la Protección Social que establece los requisitos de empaquetado y etiquetado del tabaco y sus derivados; la Resolución 2010-380-001136-4 de 2010 de la Comisión Nacional de Televisión que reglamenta la emisión de mensajes institucionales de prevención contra el consumo de tabaco y sus derivados en el servicio público de televisión; la Circular 031 de 2010 de la Procuraduría General de la Nación que reseña las medidas adoptadas por la Ley 1335 de 2009, por medio de la cual se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se adoptan políticas públicas para la prevención del consumo y abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana y solicita verificar el cumplimiento, por parte de los Gobernadores y Alcaldes y de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, de las funciones endilgadas en la Ley 1335 de 2009 (99).

Igualmente, se encuentra la Circular 038 de 2010 del Ministerio de la Protección Social que habla sobre la implementación de los espacios libres de humo de SPA en las empresas; la Circular 41 de 2011 del Ministerio de la Protección Social cuyo propósito es el de asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 10 de la ley 1335 de 2009, indica que le corresponde a las Entidades Territoriales, coordinar con las demás autoridades competentes los operativos de inspección, vigilancia y control para que a partir del 21 de julio de 2011, no se realicen actividades de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco y para que se suspenda de manera inmediata la venta al menudeo y la fabricación y comercialización de cajetillas de cigarrillos con menos de 10 unidades (99).

Además, está la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia, específicamente el artículo 20, donde hace referencia a que los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos del consumo de sustancias alcohólicas y en la Ley 124 de 1994, se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. También, en el artículo 1 de la Ley 124 de 1994 ley se contempla que la persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición a menores de edad será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los Códigos Nacional o Departamental de Policía (99).

Por otra parte, cobra importancia la Ley 1616 de 21 de enero de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, el objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el

artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida, la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. En este sentido, se resalta que la Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público, es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida (97).

Finalmente, se evidencia la Ley 1566 de 31 julio de 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, además, se crea el premio nacional a la entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a SPA. Además, el Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de SPA formula líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 10 de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a SPA, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales (98).

En esta ley se reconoce que el consumo, abuso y adicción a SPA, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, deben ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (98).

6.3.1.10 Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.

Se establece la importancia de trabajar en las habilidades de afrontamiento y en los recursos personales, como factores protectores frente al consumo. Se sugiere reforzar la imagen personal como algo opuesto al consumo de alcohol, para desestimar las actitudes favorables que se tengan y promover la idea de que el consumo de esta sustancia puede disminuir el grado de control que tienen sobre su vida. Se reitera la importancia de generar programas de prevención donde se identifiquen los beneficios percibidos del alcohol y se busquen alternativas para conseguirlos de otra forma. Para el ámbito de la prevención es la necesidad de buscar programas que tengan en cuenta variables como la personalidad, las historias indirectas de consumo, estrategias de afrontamiento y particularidades de los jóvenes, para que puedan responder a necesidades específicas de un grupo de personas con características similares (93).

Generalmente, los programas suelen focalizarse en la dependencia y hay poca intervención temprana. Entre los que lo hacen, se destacan las intervenciones breves con un programa de atención previo a la presencia de consecuencias negativas asociadas con el consumo. Se han efectuado esfuerzos no únicamente para plantear los programas, sino también para evaluar su efectividad. Las variables que se han considerado relevantes para el diseño de programas están la información acerca de los efectos del alcohol y las consecuencias personales y sociales del consumo, el desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol y la identificación de las condiciones de utilización en la población, esto es, creencias, normas, prácticas de riesgo, entre otras (86).

Por otra parte, se realizó el abordaje de esta problemática a través de la implementación de un programa definido por los universitarios, el cual debe tener un enfoque que busca minimizar el riesgo, con un manejo por parte de las instancias comprometidas y que fortalezca habilidades e impulse el consumo responsable. El énfasis para los programas de prevención lo ubican en los tres primeros semestres percibidos por los universitarios como los más problemáticos, porque se declaran influenciados y tienen que tolerar el estrés originado por el alejamiento de la familia, el rendimiento académico y el buen desempeño sexual. Del mismo modo, el enfoque planteado se orienta al consumo responsable en donde las instancias comprometidas: familia, escuela, universidad, dueños de bares, Secretaría de Salud, alcaldías locales y los estudiantes, sean corresponsables del programa. Este tipo de enfoque confiere empoderamiento a los jóvenes y permite a los distintos grupos con los que interactúen los líderes contar con figuras positivas de identificación que, desde una postura realista y contextualizada, los motiven para actuar responsablemente tanto a no consumidores habituales como a los que sí lo son (86).

Del mismo modo, los estudiantes se refieren a la necesidad de fortalecer habilidades para enfrentar patrones culturales; el énfasis lo ponen en alternativas externas a ellos mismos: diseño de políticas estatales, cumplimiento de la legislación existente y control del afán de lucro de los expendedores, así como transformaciones de los rituales en las celebraciones relacionadas con aspectos afectivos. Las universidades tendrían que comprometerse con la formación de los primiparos, insistiendo en valores como la autonomía y la responsabilidad y haciendo un acompañamiento a quienes presentan consumo problemático (86).

Desde esta perspectiva, situada más en la comprensión del fenómeno de las drogas en los jóvenes universitarios, como resultado de una dinámica social compleja, se reconocen cuatro aspectos claves para el análisis de las motivaciones en torno al consumo de estas sustancias en un grupo de jóvenes universitarios: el primero, la droga como un constructo social y producto de las contradicciones sociales; segundo, el joven universitario como sujeto sensible y pensante y coproductor de su realidad social; tercero, el consumo como una

práctica recreativa y de ocio que transita entre la legitimidad e ilegitimidad, lo legal y lo ilegal; y, por último, la reflexión individual y colectiva como dispositivo necesario para un consumo responsable y consciente. Por lo tanto, se requiere un análisis complejo, contextualizado y situado en los sujetos y en su momento histórico, para aproximarse a la naturaleza del fenómeno. En este sentido, es necesario precisar que el ocio es una necesidad humana para la cual se crean satisfactores relacionados con el ser, tener, hacer y estar, entre ellos la curiosidad, la imaginación, la despreocupación, divertirse, espacios de encuentro, entre otros, y en este marco de posibilidades, en todas las culturas los psicoactivos han sido utilizados como satisfactores. Lo problemático actualmente es que el consumo de psicotrópicos emerge de un contexto económico y político caracterizado por la mafia, la economía ilegal y la subsunción de la vida a los intereses del sistema capitalista (90).

Ahora bien, el énfasis en este aspecto puede marcar la diferencia en la dirección que tengan los diferentes programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, con respecto a continuar una política prohibicionista y punitiva, o por el contrario, reconocer a los jóvenes como actores claves en el diseño de estrategias que promuevan espacios de diálogo, el debate crítico y la toma de decisiones asertivas sobre el consumo de psicoactivos (90).

Entre tanto, se destaca la autodeterminación, al tener una relación empírica y teórica con la categoría decisión personal, si bien no tiene una densidad tan alta en el estudio, se considera relevante el hallazgo, por cuanto marca una diferencia con otros trabajos que explican el fenómeno del consumo de drogas, o del no consumo, desde los factores de riesgo o protectores, sin profundizar en cómo se construye una actitud autodeterminada, como proceso protector y no como un simple factor que suma a la red de causalidades; la decisión meditada, dialogada y teleológica del consumo o no consumo, es lo que determina el actuar de la persona. Esta investigación arrojó cuatro aspectos resultaron concluyentes al analizar los datos: el primero, ratificar la necesidad de diferenciar los tipos de consumo, inicial-experimental, ocasional, frecuente y dependiente, así como el no consumo, el consumo autocontrolado y el consumo consciente, pues ello aporta a una comprensión más real y no totalizante del sentido de esta práctica para estos jóvenes universitarios. Segundo, entender que para estas personas, el consumo de drogas es una realidad que trasciende el plano individual y se ubica como un fenómeno complejo, producto de una red de determinaciones que se cristalizan en el individuo, en sus decisiones personales y sus motivaciones, pero conectadas y movilizadas por sus experiencias en otros ámbitos como el de la familia, el académico y el mercado legal e ilegal de sustancias psicoactivas (90).

El tercer hallazgo relevante hace referencia a las decisiones personales, como un catalizador social entre las determinaciones del entorno socio-cultural y aquellas situadas en la autonomía, las preferencias y motivaciones del individuo. El estatus empírico que adquiere esta categoría en el estudio ofrece una alternativa en

cuanto a la necesidad de promover estrategias de intervención situadas en el fortalecimiento de la autonomía y la capacidad de toma de decisión por parte del sujeto, más que en medidas prohibicionistas, punitivas y moralistas. Finalmente, el Cuarto hallazgo, referencia las reflexiones centradas en el sujeto, no como un problema, sino como un sujeto histórico, contextualizado y capaz de tomar decisiones, no necesariamente asertivas en todos los casos, ubican el tema del consumo de drogas en un lugar más potenciado; podría situarse en la persona, en su sentir-pensar y actuar, de tal manera que las estrategias preventivas y promocionales actúen como dispositivos para cuidar la vida y no solo para mantener un statu quo social, cada vez más cuestionado por la juventud (90).

En la actualidad, las intervenciones en esta problemática se han centrado en el consumo responsable y en mitigar los daños ocasionados por éste y no en la abstinencia o prohibición del mismo. Es posible que esto se deba a que las bebidas alcohólicas son sustancias de fácil acceso, cuyo consumo hace parte de las prácticas cotidianas en las familias y que está validado social y culturalmente. En el ámbito nacional, entre las estrategias de intervención, cabe resaltar el programa “Saber vivir, saber beber, consumo seguro”, creado por la UNODC y el Ministerio de Protección Social que promueve el consumo responsable de alcohol (96).

Intervenciones como las anteriores han sido referentes importantes y han tenido impacto en la población, pero no han considerado en su influencia que tienen los pares y familiares en el consumo de alcohol, especialmente en los jóvenes. Si se tiene en cuenta que estos aspectos han empezado a mostrar una relación importante con el consumo de alcohol en otros países, su prevención debería incluirlos como aspectos a intervenir. No obstante, en el contexto colombiano, la naturaleza de la influencia familiar y social en el consumo de los jóvenes no ha sido abordada de forma suficiente y, por tanto, haría falta comprenderla aún más. Lo anterior, podría reflejar que el consumo regular de alcohol es un fenómeno que se presenta de manera generalizada en el contexto de los jóvenes, que persiste e incluso, va en aumento a pesar de las acciones de prevención que se desarrollan (96).

Los anteriores resultados podrían deberse a que dichas acciones quizás no estén abarcando todas, o al menos las variables más importantes relacionadas con el comportamiento de consumo, como aquellas que hacen parte del contexto familiar y social más cercano. Por el contrario, las intervenciones actuales sobre el tema en los contextos universitarios, se han orientado en su mayoría hacia la reflexión sobre el fenómeno del consumo y han sido dirigidas a toda la comunidad y no a grupos objetivos. Aunque se ha involucrado a jóvenes en el diseño de acciones preventivas para de esta forma lograr mayor impacto en este grupo poblacional, aún no se han llevado a cabo acciones específicas sobre el tema, como por ejemplo trabajar con padres de familia, parejas, entre otros. Algunas estrategias al respecto, que han mostrado ser efectivas en otros contextos, incluyen la

intervención en instituciones educativas donde se promueva la formación de jóvenes y padres líderes que se apropien del tema y puedan ejercer un impacto positivo en sus pares e hijos (96).

Por otra parte, el consumo problemático de SPA y la violencia en jóvenes escolarizados pueden mitigarse a través de estrategias de educación para la salud: por medio de su implementación en las instituciones educativas, se brindaría a los jóvenes y a sus familias herramientas para su cuidado. El Estado, a través de sus diferentes planes y programas, debe implementar estrategias integrales de educación para la salud de la juventud, buscando la prevención de la violencia y el consumo problemático de SPA. Para tal fin, la organización no gubernamental Surgir (Corporación Colombiana para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia), en convenio con la Corporación Caminos, la Comunidad Autónoma de Madrid, las alcaldías de Medellín y Cali, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y la Universidad de Antioquia, desarrolló la estrategia educativa Red Formemos Educadores, con el objetivo de formar educadores en el área de gestión de proyectos de prevención de violencia y consumo de SPA en sus comunidades. Para este proyecto, se entendió “gestionar los proyectos de prevención” como equivalente a llevar a cabo el proceso de identificación de problemas de violencia o consumo de SPA en el contexto educativo, plantear un marco teórico y la justificación frente a esa situación problemática, formular objetivos y estrategias de intervención a partir de los proyectos realizables, implementar el proyecto propuesto y establecer un mecanismo de evaluación del proyecto desarrollado (100).

Por consiguiente, se analizó la gestión de proyectos para la prevención del consumo de SPA y violencia en los jóvenes escolarizados de Medellín, formulados por los docentes participantes de las tres cohortes del diplomado Red Formemos educadores, 2008-2010. El análisis realizado consideró los tres momentos que abarca la gestión de proyectos: diseño, implementación y evaluación. Dicho análisis partió del propósito de fortalecer el proceso formativo de la estrategia educativa Red Formemos Educadores, buscando el afianzamiento, el desarrollo y la mejora de la capacidad operativa y la sostenibilidad de programas educativos en salud encaminados a buscar estrategias que contribuyan a la disminución de la violencia y el consumo de SPA en la ciudad de Medellín (100).

Otro aspecto importante del consumo de tabaco es una importante carga económica para las familias y las sociedades y una significativa amenaza para un desarrollo sostenible y justo. Cada día el medio ambiente global se ve afectado por amenazas causadas por la actividad humana, y consumir tabaco o sus derivados es una gran fuente de contaminación para el planeta. Que las playas y parques estén libres de humo no es imposible, al contrario, es una herencia que se les puede dejar con orgullo a las nuevas generaciones. Es una cultura que comienza con una actitud: no fumar, y que continúa con un hábito que pasaría de generación en generación por medio del disfrute total y sano de espacios donde

más se divierten los humanos. Lo interesante, es que ya se sembró la primera semilla con la campaña, del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, 'Playas y parques libres de humo', cuyo lanzamiento fue el 24 de mayo del 2011 y con la que se pretende genera conciencia respecto a la protección del planeta (101).

Si bien, en Colombia, la Ley 1335 de 2009 promueve los espacios 100 por ciento libres de humo y les garantiza a las personas el derecho a respirar un medio ambiente sano, la iniciativa 'Playas y parques libres de humo' busca generar y posicionar una conciencia pública frente al respeto y cuidado del medio ambiente, trascendiendo la esfera de la salud de las personas para pasar a una conciencia global. Razones de peso sobran: por ejemplo, las colillas de cigarrillo son la mayor causa de basura en el mundo y los peces en ríos, lagos y mares las confunden con comida, lo que ocasiona su muerte y altera el ciclo ecológico. Además, aumenta el efecto invernadero con 225.00 toneladas de CO₂, la misma cantidad que producen 12.000 carros al recorrer 10.000 kilómetros cada uno (101).

6.3.2 Ejes de análisis comercio.

6.3.2.1 Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol

En Colombia, desde la perspectiva normativa se han realizado esfuerzos para controlar el acceso de los menores de edad al expendio de bebidas alcohólicas y cigarrillos, es así como a través de las Leyes 124/1994, 232/ 1995 y 1335/2009, así como del Código Nacional de Policía y del Decreto 1355/70, entre otros, se ha prohibido el expendio de cigarrillos y alcohol a los menores de edad. También, el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006, Código de la infancia y la adolescencia, establece la obligatoriedad de proteger a niños y adolescentes del consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento, o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización, a pesar de lo cual se evidencia un incremento en la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e incluso heroína (84).

Actualmente, muchas de las intervenciones se han centrado en mitigar los efectos y los riesgos que el consumo de alcohol trae consigo, por ser ésta en muchas ocasiones la sustancia por la cual los jóvenes se inician en el consumo de otras. El alcohol es la sustancia que tiene la menor edad promedio de inicio de consumo, es considerada legal y es de fácil acceso para las personas (96).

En América Latina y el Caribe, Colombia es uno de los mejores ejemplos de éxito en cuanto a la limitación del consumo de alcohol, mediante la restricción de los

horarios de venta (102). En contraste, el consumo de alcohol se ve favorecido por la ampliación de la oferta de bebidas alcohólicas y las leyes que incentivan su producción, comercio y consumo (86).

Según la “Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes”, realizada por el Instituto Nacional de Cancerología a escolares entre 13 y 15 años, en 5 ciudades colombianas, en Valledupar, el 97 por ciento de los adolescentes han comprado cigarrillos en tiendas sin que les hayan puesto objeción alguna por ser menores de edad (101). Asimismo, el 57,5% de los fumadores compran cigarrillos en las tiendas, es decir, los estudiantes pudieron comprar los cigarrillos no se les negó la venta de los mismos (102). De igual manera, la investigación del Instituto Nacional de Cancerología también reveló que entre el 19 y el 32 por ciento de los adolescentes entre 13 y 15 años recibió muestras gratis de cigarrillos (101).

6.3.2.2 Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.

La abundancia de palabras e imágenes que intentan exaltar su consumo oculta toda alusión a la nocividad del tabaco e incita a los jóvenes a adoptar lo que aparece como un tipo de comportamiento socialmente aceptable. Si bien, la publicidad no es el factor directamente responsable del primer contacto con el cigarrillo sí desempeña un papel fundamental en la promoción de estos productos. Con la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, Colombia entra en el exclusivo grupo de naciones que tienen la legislación más sólida para proteger los derechos de los menores de edad, de los no fumadores y de la población en general. Los Artículos 16 y 17 abordan dos de los temas más debatidos por la industria tabacalera: Primero la promoción: “Promoción. Prohíbese toda forma de promoción de productos de tabaco y sus derivados”. Luego, el Artículo 17, el patrocinio. “Prohíbese el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos de tabaco a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción, directa o indirecta del consumo de productos de tabaco y sus derivados” (101).

En este sentido, la investigación del Instituto Nacional de Cancerología evidenció que de los adolescentes entre 13 y 15 años encuestados, el 62% ve publicidad de productos de tabaco en revistas y medios de comunicación masivos (101). Asimismo. La “Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes de Bogotá Colombia 2001”, señala que el 83,6% de los estudiantes vieron mensajes antitabáquicos en los medios de comunicación. Además, un porcentaje igualmente alto de fumadores 80,6% y no fumadores 78%, vieron mensajes de propaganda de cigarrillo en periódicos y revistas. Es más frecuente que los fumadores tengan objetos de marca de cigarrillo que los no fumadores, siendo esta diferencia

estadísticamente significativa (102). Es importante aclarar que esta publicación es previa a la incursión del CMCT de la OMS.

6.3.2.3 Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.

La política más eficaz para reducir el consumo es el alza de los impuestos a las bebidas alcohólicas. En todo el mundo, el aumento de precio siempre hace disminuir el consumo. Según un informe reciente de la OMS, Global Status Report: Alcohol Policy, el precio de la cerveza siempre debe ser mayor que el de una gaseosa y debido a que los efectos perjudiciales del consumo derivan del contenido etílico, las bebidas con mayor cantidad de alcohol deben pagar más impuestos (103).

Del mismo modo, en materia de impuestos al consumo de cigarrillos Colombia tiene uno de los más bajos de la región, con un recaudo aproximado de 400.000 millones, mientras el costo sanitario directo en el sistema de salud atribuible al tabaquismo es de \$4.23 Billones, que equivale al 0.6% del PIB y al 10.5% del monto que Colombia gasta en salud anualmente (101).

6.3.2.4 Comercio ilegal de tabaco.

Específicamente el tabaco y las dos grandes multinacionales tabacaleras British American Tobacco (BAT) y Philip Morris International (PMI), se encontró que estas monopolizan el mercado de tabaco en América Latina. BAT, propiedad del grupo británico productor de los cigarros Kent, Dunhill, Lucky Strike y Pall Mall, canaliza el 60% de sus utilidades en los países en vías de desarrollo y PMI se consolida como la empresa tabacalera transnacional que cotiza en la bolsa más rentable y más grande del mundo. Estas cifras, tanto las generadas sobre el mercado de drogas de uso ilegal como aquellas acerca del cigarrillo como sustancia de uso lícito, muestran la alta rentabilidad económica que tienen estas sustancias en el sistema capitalista, situación que deja entrever la complejidad del fenómeno, en tanto que el ocio y uno de sus satisfactores ya no responden a una racionalidad que se sustenta en el esparcimiento y el crecimiento personal y espiritual, sino en ampliar un mercado para el consumo de drogas (legales o ilegales), en sujetos vaciados emocional y espiritualmente y contaminados físicamente por una sociedad de consumo capitalista (90).

6.3.3 Ejes de análisis cooperación internacional.

6.3.3.1 Acuerdos internacionales.

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones, el consumo excesivo de alcohol tiene varios efectos colaterales para la salud, la OMS en el 2010, determinó una estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol, donde se encuentran las siguientes estrategias: aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol; consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños; incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados, estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol; fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol; mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación. (104).

Referente a la implementación de las intervenciones para el control del consumo de tabaco, promovidas desde el MPOWER y del CMCT se requiere de una combinación acciones en diferentes ámbitos: comunitario, escolar, laboral, político y de los servicios de salud. Eso significa, además, la combinación de elementos de intervenciones y su interrelación pues se refuerzan mutuamente. (104).

7. Discusión

En este capítulo encontrará la interpretación de los hallazgos de acuerdo al objetivo al que aportan y a las categorías de análisis previamente establecidas, las cuales son articuladas y comparadas de acuerdo a los países de referencia Chile, México y Colombia, identificando las tensiones, los conflictos y las relaciones que se generan entre sí para la implementación de estrategias de prevención de consumo de sustancias psicoactivas legales.

Además, es importante mencionar que los Modelos de Desarrollo se operativizan a través de políticas económicas, de salud y de educación, el empleo, la superación de la pobreza, la configuración de redes familiares y sociales, entre otros, que permean el desarrollo de sectores estratégicos y proporcionan una determinada expresión al desarrollo en diferentes países. Una situación similar ocurre con el comercio internacional, ya que éste se expresa en políticas globales y locales que finalmente determinan muchas de las condiciones de vida de las personas. Por su parte, la cooperación internacional en el tema de prevención de consumo de SPA tiene unas particularidades en cada país de acuerdo a las directrices adoptadas y la manera en que son implementadas en cada región.

Las expresiones de estos tres elementos y su articulación entre los tres países analizados, es lo que se presenta en este apartado de discusión a modo comparativo.

7.1 Ejes de análisis Modelos de desarrollo

7.1.1 Consumo de tabaco.

Existen diversas estimaciones de la prevalencia del tabaquismo según las fuentes y los métodos de estudio seleccionados, sin embargo, a nivel de tendencia se puede evidenciar que de los países estudiados, Chile cuenta con los mayores niveles de consumo de tabaco en población escolar y adolescentes mujeres, sin embargo, vale la pena mencionar que la prevalencia en población general ha disminuido; en México, también se observa una disminución de consumo en población general, pero en la población adolescente sigue presentando niveles de consumo elevados; en Colombia, se presenta una situación similar a la mexicana.

Por lo anterior, se encuentra una similitud entre los tres países donde se evidencia una mayor problemática en la población adolescente, ya que son la población con

mayor vulnerabilidad para su consumo y cada día experimentan su uso a menor edad. Entre tanto, es importante reconocer que el problema de las drogas parece vivir en un limbo social, pues ningún debate incluye la estructura social, política y económica que rodea el fenómeno. Pareciera que la adolescencia por sí sola crea el problema, pues pocos son los autores e investigadores que ven el problema en todo su contexto, porque ello implicaría poner en tela de juicio todo el entramado social, además del sistema de valores que la sociedad moderna promueve (90).

Debido a los altos niveles de consumo, la aceptación social y la facilidad relativa para que los escolares y adolescentes puedan acceder a los cigarrillos, se manifiesta la necesidad de abordajes más complejos de esta problemática, los cuales presuponen la interdisciplinariedad e interinstitucionalidad como ejes primarios en el diseño científico de estrategias de intervención adecuadas, oportunas y eficaces (84).

Vale la pena mencionar, que los lineamientos del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la OMS, han sido adoptados por los tres países, sin embargo, su aplicación y legislación nacional es autónoma; el país que mayor descenso ha tenido en la prevalencia de consumo en la población general es Chile, lo que denota un esfuerzo con mayor efectividad que el resto de los países.

7.1.2 Consumo de alcohol.

Para evaluar el consumo de alcohol también existen diversas estimaciones de la prevalencia, según las fuentes y la metodología aplicada en los diversos estudios. Sin embargo, a nivel de tendencia se puede evidenciar que Chile tiene prevalencias elevadas de consumo en escolares y adolescentes, encabezando los niveles las mujeres, aunque en contraste, se evidencia una disminución significativa en la población general; en México, el panorama es diferente, ya que se evidencia un aumento en su consumo en todo los niveles y Colombia presenta un comportamiento aún más complejo, que ya está ubicado entre los 3 países más consumidores de alcohol de Latinoamérica.

En este sentido, se debe tener presente que no basta con el cálculo de prevalencia para establecer conclusiones sobre las cuales basar la toma de decisiones desde el punto de vista de la responsabilidad pública, puesto que una región con baja prevalencia de consumidores podría tener una alta prevalencia de consumidores más frecuentes o en situación de abuso (62), lo que genera efectos más negativos sobre la salud individual, familiar y social de los pacientes con problemas de adicción.

Vale la pena destacar la disminución de la edad de inicio del consumo predice mayores problemas a futuro, esta situación que se agrava aún más, por la cantidad y la frecuencia del consumo; los menores de edad son la población más

sensible en los tres países, por lo cual son los protagonistas de las estrategias de mercadotécnica tanto de las tabacaleras como de las fábricas de licor, las cuales invierten parte importante de su presupuesto para captar atención de los jóvenes y promover así su consumo.

En este punto, cobra importancia la cooperación internacional y la cooperación técnica, con el fin de aunar esfuerzos para realizar investigaciones que identifiquen las motivaciones de consumo de SPA de los menores, además, de realizar mediciones y seguimiento del cumplimiento de la normatividad vigente; con el fin de ofrecer alternativas de solución, que sean viables y contextualizadas. No obstante, se reconoce que el alcohol, no cuenta con una estrategia estructurada de manera similar al CMTC de la OMS, siendo esta diferencia un punto muy importante para relacionar la disminución en términos de prevalencias de consumo de tabaco y el aumento del consumo de alcohol.

7.1.3 Análisis de consumo de tabaco y alcohol por clave de género.

Desde el año 2000 se ha venido presentando un fenómeno de transición a nivel de prevalencias en consumo de SPA lícitas como el tabaco y el alcohol, donde las mujeres escolares y adolescentes, han alcanzado y en ocasiones superado los niveles de consumo de los hombres. También, la edad de inicio es cada vez más temprana, lo que agudiza la problemática y genera un reto mayor para un adecuado afrontamiento y resolución de esta situación. Esta problemática es común para los países de Chile, México y Colombia. No obstante, en edades más adultas, las mujeres presentan una disminución en el consumo tanto de alcohol como de cigarrillo y al ser comparadas con los hombres las diferencias son significativas.

En general, estos datos permiten reconocer que con respecto a la influencia del género en los patrones de consumo de SPA lícitas, en las que se prevé un consumo de alcohol y cigarrillo mayor en los hombres que en las mujeres; es importante reconocer el incremento que se ha presentado en el grupo de mujeres, siendo más representativo en las menores escolares y adolescentes. En este sentido, aunque los hombres son en general bebedores abusivos en mayor proporción que las mujeres, en el grupo etario más joven se aproximan el consumo abusivo de los hombres y de las mujeres.

Ahora bien, es valioso reconocer las necesidades y las diferencias entre hombres y mujeres y desarrollar programas con enfoque de género. De igual forma, dado que las adicciones inician en la infancia y se reconoce que la edad de más riesgo es la adolescencia, deben apoyarse medidas que limiten el acceso y uso durante este periodo. Estas estrategias deben formar parte de programas integrales de prevención orientados a mantener estilos de vida saludables y al desarrollo de

competencias sociales, así como de otros factores de protección que hagan a los jóvenes resilientes y les permitan enfrentar los riesgos, que asimismo lleguen a la familia, al contexto de pares y a la comunidad (73).

Entonces, se hace indispensable generar acciones que involucren todas las esferas de los seres humanos al ser asumidos desde una mirada holística, sabiendo que la mayoría de eventos que afectan la salud son multicausales. Además, se convierte en un reto la transición del enfoque orientado a mitigar las consecuencias y priorizar la identificación de las causas, para intervenirlas de manera eficiente, obteniendo mejores resultados, sostenibles en el tiempo y con optimización de recursos. Se ha evidenciado, que conocer las diferencias en las motivaciones que inciden en el consumo de SPA según el género, permite formular estrategias de prevención más efectivas, por lo cual, se sugiere realizar más investigaciones relacionadas al género y consumo.

En dichos estudios, se deben tener en cuenta los roles que desempeñan los hombres y las mujeres de acuerdo al ciclo vital, ya que se conoce diferencias marcadas en el comportamiento de las personas a través de los años; y estas influyen a su vez, en la manera de afrontar diversos aspectos problemáticos.

Por otra parte, el género y la edad son dos variables predictoras del consumo abusivo de alcohol relevantes y significativas. Se ha comprobado que la probabilidad de que entre los hombres se registren consumos abusivos de alcohol es de casi dos veces mayor que en las mujeres (105).

7.1.4 Relación del nivel adquisitivo y consumo de SPA legales.

En cuanto a la relación entre el nivel adquisitivo y consumo se encuentra que en Chile las personas de mayor estrato socioeconómico consumen más alcohol, sin embargo, consumen menos tabaco; en México y en Colombia, el nivel económico y el consumo de sustancias lícitas es directamente proporcional, es decir, a mayor estrato socioeconómico mayor es el consumo de SPA.

Sin embargo, se evidencian grandes diferencias en cuanto las características del consumo, ya que las personas de menores ingresos y menor estrato socioeconómico tienden a tener un consumo problemático de SPA. Otro aspecto importante, es que destinan un gran porcentaje de sus ingresos para consumir tabaco y alcohol, limitando la satisfacción de sus necesidades básicas, siendo el aporte económico inferior a la canasta familiar; este aspecto es fundamental, ya que la limitación de las necesidades básicas afecta directamente la dinámica familiar y comunitaria.

Del mismo modo, el “Estudio Internacional Sobre Género, Alcohol y Cultura, Proyecto GENACIS” evidencia que es mayor la probabilidad de que se registren consumos abusivos de alcohol en las personas: con estudios medios-altos, ingresos medios-altos, activos laboralmente y estudiantes, en situaciones de precariedad laboral o bien sea cuando realizan trabajos estresantes. Esto mismo sucede cuando las relaciones sociales son escasas o nulas, cuando se experimenta bastante o mucha soledad y cuando el clima familiar es conflictivo (105). Resulta interesante al abordar la relación proporcional entre nivel socioeconómico, nivel educativo y nivel de consumo; ya que se espera que las personas con mayor nivel educativo sean más conscientes de los graves efectos del consumo de SPA y por ende presentaran mayor autocontrol y autocuidado.

Otro aspecto importante para resaltar, son los resultados de la investigación “consumo de SPA en profesionales de la salud” que arroja un resultado que confirma que para los resultados encontrados en el grupo de médicos, al igual que para la población general, el alcohol es la sustancia más consumida; sin embargo, este hábito en médicos está por encima de la población general colombiana, cuya prevalencia de consumo de sustancias en personal médico, es cercana al 50% para el cigarrillo y del 89.5% para el alcohol; para el personal de Enfermería, la prevalencia del cigarrillo fue de 45% y de alcohol 60%. Lo anterior, se podría explicar por ser sustancias legales, frecuentemente promocionadas en los medios, de fácil acceso, de amplio uso y con gran poder adictivo. Es de destacar que la mayoría de los fumadores desea dejarlo, debido tal vez al conocimiento de los efectos deletéreos de esta sustancia por el personal de salud (106).

7.1.5 Percepción del riesgo frente al consumo de SPA legales.

En Chile, la percepción de riesgo que se tiene sobre el consumo de tabaco es superior al 50% y de alcohol cercano al 80%; en México, la percepción de riesgo para las dos sustancias está cerca al 50%; mientras que en Colombia, está alrededor del 80% para el alcohol y el tabaco. No obstante, se debe tener en cuenta que la percepción de riesgo aumenta con la edad de las personas, siendo un aspecto clave para intervenir en la población escolar y adolescente, con el fin de impactar la alta prevalencia en el consumo de SPA.

Asimismo, se ha identificado que los jóvenes perciben que el alcohol cumple una función de identificación y cohesión grupal, lo cual implica ciertas tradiciones o rituales sociales que justifican su consumo, viéndolo como parte de la vida recreativa y cultural de las personas de su edad (93).

Quienes tienen expectativas y actitudes positivas hacia el consumo, tienden a relacionarse con ambientes, grupos sociales y amigos que alientan la ingesta. A partir de las verbalizaciones recogidas en grupos focales, queda claro y se

destaca la necesidad de efectuar transformaciones culturales a nivel general, ya que la ingesta de alcohol se inicia tempranamente con la aquiescencia de los adultos, e incluso inducida por ellos, y sostenida por las actitudes, creencias y prácticas propias una de la cultura donde el consumo es corriente (86).

Por lo anterior, sea hace necesario incluir dentro de los programas de prevención, el análisis de las categorías que demuestren la importancia de desestimular asociaciones culturales que generan una percepción de aprobación del consumo en menores de edad, que hacen que los jóvenes hagan excepciones de consumo de alcohol en reuniones sociales, familiares, celebraciones personales o cuando están en fiesta con amigos (93). El reto está en vincular y trabajar de manera armónica con la sociedad civil organizada en la búsqueda de proyectos e iniciativas para la resolución de necesidades sentidas a corto plazo e incorporar acciones dirigidas a grupos vulnerables con participación activa de las comunidades tanto en la ejecución como en la evaluación y seguimiento de los programas y proyectos.

7.1.6 Rol de la familia frente al consumo de SPA legales.

En Chile se identifica la familia como factor protector de los niños y adolescentes, mientras mayor sea el involucramiento parental, la comunicación, contención, control y normas que estos les entreguen a sus hijos a temprana edad, mayor será la capacidad de autocuidado que ellos desarrollen (47). En México, se ha demostrado que los vínculos estables con los padres, la cohesión familiar, la oportunidad de participación en la resolución de problemas, el modelamiento de estrategias para el manejo del estrés, la diferenciación de roles, el establecimiento de normas y pautas estables respecto al consumo de sustancias, son algunos de los factores protectores dentro de la familia (62), destacando el rol que tiene la crianza paterna, de modo que es preciso involucrar tanto a padres como a madres en la prevención de estas conductas de riesgo (70).

Mientras tanto, en Colombia se han desarrollado investigaciones que han mostrado que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de sustancias psicoactivas. La familia y las relaciones dentro de ella influyen en la adaptación psicosocial de sus miembros y desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la personalidad drogadicta. En los principales factores explorados y asociados al consumo se destacan, en el caso del cigarrillo los aspectos relacionados con el ámbito académico, los conflictos personales y la influencia de los pares y compañeros, mientras que en alcohol se encuentra la presión social representada por el significado cultural de consumo, conflictos con familiares y amigos, los antecedentes de sanción académica y el antecedente familiar de padres o hermanos mayores que hayan consumido sustancias psicoactivas, en particular marihuana o cocaína (84).

Del mismo modo, es necesario involucrar de manera directa a los padres en la educación de sus hijos, lo cual no es una tarea sencilla, pero se puede lograr estimulando la participación de ambas partes en programas preventivos que concienticen de los problemas que se derivan del tabaquismo o del consumo de drogas en general. La responsabilidad es de todos, es decir, de la sociedad, la familia y las autoridades que en conjunto deben vigilar el cumplimiento de los reglamentos que prohíben la venta de tabaco a menores de edad, además de buscar las estrategias más idóneas que realmente impacten en los adolescentes para un cambio de actitud que evite el consumo de sustancias (71).

Se resalta la necesidad de que los programas preventivos inicien a una edad temprana, antes de que los jóvenes comiencen a experimentar con el consumo y la necesidad de direccionarlos a las familias y comunidades para generar modelos adecuados de consumo de alcohol, además, de un cambio de postura frente al uso de esta sustancia en menores de edad. Por otro lado, se debe buscar aumentar la responsabilidad que tienen las figuras significativas en una posterior decisión de consumo de alcohol del adolescente. Se señala la pertinencia de realizar acciones preventivas que apunten a aumentar la motivación interna del joven para no consumir. Todo esto, a la luz de una postura personal de oposición al consumo, que sea coherente con sus valores y principios, como de un refuerzo a aquellos impedimentos circunstanciales, tales como: normatividad en la casa, dificultad de acceso, un castigo más fuerte para los consumidores menores de edad y mayor supervisión, que pueden hacer que el joven postergue su edad de inicio de consumo de alcohol y disminuya la frecuencia de consumo (93).

7.1.6 Servicios de salud y personal asistencial para la prevención de consumo de SPA legales

Chile es reconocido por el desarrollo de la Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud, además, por los evidentes avances logrados en materia de cobertura, diversidad y calidad de la atención, de las personas afectados por problemas de salud mental, entre otros, por el abuso y dependencia del alcohol (7). Asimismo, cuenta con el mayor número de profesionales con la formación requerida en APS, garantizando un primer contacto más efectivo con la población por lo cual se esperan mejores resultados en la atención en salud, desde el ámbito de la Promoción de la Salud como de la Prevención de la Enfermedad.

Por otra parte, en México se evidencia un enfoque del servicio netamente biologicista, con debilidades desde la formación de los profesionales de la salud quienes no consideran el consumo de SPA como un problema de Salud Pública, además, carecen de capacitación y tiempo para realizar el tamizaje con el fin de

identificar problemas con el alcohol y la consecuente intervención cuando la consideran pertinente (68).

En Colombia, se adoptó en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente (97); no obstante, presenta grandes limitaciones para su adecuada aplicación por tener talento humano escaso, con deficiencias en el abordaje de adicciones, restricciones en el sistema de referencia y contrarreferencia y con falta de recursos para brindar una atención pertinente y oportuna.

Por lo anterior es necesario brindar una atención en salud de la mejor calidad posible, asumiendo a todos los seres humanos desde una mirada holística, para promover un abordaje integral, que debería incluir de manera sistemática la exploración de riesgos y la orientación respecto a cómo prevenirlos o controlarlos, para lo que resulta indispensable conocer adecuadamente el contexto o la situación general.

Por lo tanto, se coincide con lo que proponen otros autores acerca de que la respuesta del Sistema de Salud a las necesidades de la población tiene que ser intersectorial y favorecer la presencia del Estado para garantizar los servicios que promueven el bienestar y la participación social. Es decir, una práctica que supere el ámbito curativo, que incida en los Determinantes Sociales de la Salud, derecho universal de la salud y en el mejoramiento de la condición humana (69).

Por otra parte, es indudable el liderazgo que tiene el personal de salud en su comunidad y la relevancia que éste adopta a través de cualquiera de sus recomendaciones. Es también notable que, si bien el personal de salud dispone de la suficiente información acerca del daño que el tabaco y alcohol provoca en la salud, su comportamiento adictivo es similar al del resto de la población. Por este motivo, es importante retomar las medidas preventivas durante el proceso formativo del personal de salud para lograr la concientización y cambio de actitud en beneficio de su salud y la de sus pacientes (67).

En este punto, es importante ratificar que el abordaje del tema de prevención de consumo de SPA, requiere una intervención integral donde se garantice el reconocimiento de los derechos humanos y se reconozcan todas las personas por igual; involucrando a todos los actores: las familias, las escuelas y universidades, los profesionales en salud pública y desarrollo social, los líderes de la sociedad civil, en colaboración con las agencias de orden público, organismos gubernamentales relevantes y de cooperación internacional. Además, se debe desarrollar una actitud de reflexión crítica, de transformación, un compromiso de solidaridad, inclusión, participación y la reparación de las carencias y

vulnerabilidades que predispongan al consumo; en efecto, la concepción humanizadora en un marco de derechos, debe adoptarse a la luz de una mirada interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial (8).

Finalmente, se debe promover que la comunidad sea parte activa dentro de los procesos de transformación encaminados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, ya que las iniciativas buscan mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fortaleciendo el autocontrol y la resistencia colectiva ante la oferta de sustancias, así como estrategias para manejar o gestionar los riesgos asociados en el ámbito individual, familiar, comunitario y social, lo que conlleva a que las personas se empoderen sobre la toma de decisiones de una manera responsable e informada.

7.1.7 Políticas de regulación de consumo tabaco y alcohol.

Los países de Chile, México y Colombia ratificaron el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la OMS, y aplicaron las respectivas leyes, en este contexto, también se implementaron las disposiciones para el control del alcohol, en cuanto a la producción, elaboración, comercialización, distribución, fiscalización y estrategias de intervención. Es decir, cuentan con el respaldo jurídico para el abordaje de la prevención de adicciones a sustancias lícitas; no obstante no cuenta con los mecanismos para realizar un adecuado control y verificación del cumplimiento de las mismas.

7.1.8 Planes, Programas y Estrategias de Prevención de consumo de tabaco y alcohol.

Los países de Chile, México y Colombia han desarrollado diversos programas de consumo de SPA en ambientes escolares, universitarios, laborales y en la población en general. Los cuales cuentan con enfoques adecuados, pero existen varios limitantes para su adecuada intervención. Entre las cuales se puede mencionar: falta de recursos económicos para su ejecución permanente y sostenible, recurso humano insuficiente y con falta de capacitación, limitaciones para los procesos de regulación, vigilancia y control de la normatividad comercial que permea muchos de los programas, entre otros.

7.2 Eje de análisis Comercio

7.2.1 Cumplimiento de medidas de regulación de consumo de tabaco y alcohol

Chile cuenta con buenos resultados en cuanto a la verificación del cumplimiento de la ley para mantener espacios libres de humo, no obstante, se debe tener en cuenta que el aire se contamina con dicho humo el cual traslada rápidamente ocasionando exposición aún en los lugares donde está prohibido fumar. En cuanto a la ley para el control del alcohol que incluye: la prohibición a menores de edad, los horarios de venta, los sitios autorizados para su comercialización; se reconoce como falencia la incapacidad de vigilancia y de fiscalización, esta situación se repite en la ley de tránsito para control de embriaguez de conductores, donde hay grandes dificultades en su vigilancia y control.

Asimismo, en México, se abordan varias evidencias del incumplimiento de la legislación vigente, entre ellas, se puede mencionar: facilidad del acceso al tabaco por los menores de edad, la venta de cigarrillos por unidad o menudeo. Al hacer referencia a las normas para el control de consumo de alcohol, se encuentra que la prohibición de venta de alcohol a menores de edad, durante los días y horarios determinados, se acata difícilmente en el país; del mismo modo la prueba aleatoria de aliento alcohólico a conductores, demostró también ser una medida efectiva, sin embargo, aunque todas las entidades federativas tienen regulaciones de tránsito, las normas varían considerablemente y en la mayoría de los casos son muy ambiguas; por lo anterior, falta camino para implementar medidas claras y efectivas de vigilancia y sanción por conducción en estado de ebriedad en todos los Estados de la República Mexicana (68).

La experiencia recopilada en Colombia, no es ajena a la realidad de los anteriores países, ya que también cuenta con legislación vigente orientada al control y reducción del consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, tiene graves falencias en su cumplimiento y fiscalización; es común observar a menores de edad comprar cigarrillos en las tiendas (102).

Por lo anterior, se deja en evidencia el dilema que expone la complicidad existente entre actores políticos y mercantiles, quienes infringen la prohibición de la venta a menores de edad y la regulación de los horarios, pero a la vez los actores políticos se excusan de no hacer nada mientras no haya denuncia por parte de la población. Esta percepción sobre la imposibilidad de regular los horarios de venta de las bebidas alcohólicas resalta la vulnerabilidad del Estado ante los intereses mercantiles en el nivel local, nacional e internacional (69).

Por lo anterior, es necesario involucrar de manera activa a la población civil en la denuncia de violaciones a la legislación y normatividad. Una respuesta oportuna y efectiva de las instituciones a la denuncia ciudadana confidencial y anónima es fundamental para incentivar la utilización de las líneas existentes y garantizar la correcta aplicación de la normatividad. Estas son sólo algunas de las estrategias orientadas a fortalecer la capacidad de la sociedad para decidir por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien bienestar y buen estado de salud.

7.2.2 Publicidad en tabaco y alcohol y su regulación.

La normatividad que rige la publicidad en Chile es débil y su eficacia, deficiente, tanto para el tabaco como para el alcohol, hay grandes dificultades para garantizar el cumplimiento de las normas. Del mismo modo, se presentan grandes limitaciones en México, ya que en varios estudios se evidencia el incumplimiento al Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) al encontrar recintos comerciales con publicidad directa e indirecta; de forma similar, la prohibición integral de publicidad de consumo de alcohol fue la tercera intervención costo-efectiva, sin embargo, ésta no ha abarcado a los adolescentes, y las medidas regulatorias son un terreno de aún limitada aplicabilidad en México. Por otra parte, Colombia tiene una legislación sólida en cuanto a la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, con el fin de proteger los derechos de los menores de edad, de los no fumadores y de la población en general, sin embargo, requiere de estudios que midan la efectividad y cumplimiento de la normatividad vigente.

La publicidad en medios masivos de comunicación es común en temas relacionados con el alcohol, en contraste, la publicidad para el tabaco está ampliamente prohibida. Un tema crítico es la estrecha relación entre el alcohol y el patrocinio de actividades musicales o deportivas con gran influencia entre niños y jóvenes. Por ello, este programa tiene por objetivo adoptar medidas que protejan a niños y jóvenes de la promoción de bebidas alcohólicas (43). Las cuales son sumamente comunes y aceptadas por la población en general.

7.2.3 Aumento de impuestos sobre tabaco y alcohol.

Para Chile y Colombia, es claro que el aumento de impuestos y precio final del alcohol y tabaco, es un factor determinante del nivel y patrón de consumo de un país, principalmente en personas que beben en exceso, poblaciones socio-económicamente vulnerables y en consumidores jóvenes. Entre tanto, en México, este lineamiento ha sido instaurado de manera consecuente a los lineamientos dados por la OMS, periódicamente se han realizado aumentos significativos,

sabiendo que el incremento de los impuestos a los cigarros no sólo genera beneficios considerables en términos de salud pública, sino, que trae consigo beneficios para el erario público.

La implementación de la política tributaria sobre los cigarrillos también tiene otros dilemas. Un crecimiento sustancial y brusco del precio real de los cigarrillos legales o una caída muy pronunciada de la relación entre el ingreso disponible y el precio puede llevar a un aumento de la demanda de los sustitutos próximos del cigarrillo legal, como el tabaco picado o para armar y los cigarrillos de origen ilegal o sin impuestos (77).

Para evitar esa sustitución e inducir una reducción del consumo total de productos de tabaco, los impuestos de los sustitutos legales deben ser similares a los de los cigarrillos legales. Cualquier política tributaria de cigarrillos legales que no tome en cuenta los precios o el acceso a los sustitutos próximos tendrá posibilidades limitadas de disminuir el consumo total de los productos de tabaco (77).

7.2.4 Comercio ilegal.

Es necesario considerar que los incrementos de impuestos y precios, posiblemente generen mayores incentivos para introducir productos ilícitos al país; como se ha dicho, los precios de los cigarrillos en casi todos los países de Centroamérica y en varios de Sudamérica son relativamente menores que en México (77).

Específicamente el tabaco y las dos grandes multinacionales tabacaleras British American Tobacco (BAT) y Philip Morris International (PMI), se encontró que estas monopolizan el mercado de tabaco en América Latina. del cigarrillo como sustancia de uso lícito, muestran la alta rentabilidad económica que tienen estas sustancias en el sistema capitalista, situación que deja entrever la complejidad del fenómeno, en tanto que el ocio y uno de sus satisfactores ya no responden a una racionalidad que se sustenta en el esparcimiento y el crecimiento personal y espiritual, sino en ampliar un mercado para el consumo de drogas (legales o ilegales), en sujetos vaciados emocional y espiritualmente y contaminados físicamente por una sociedad de consumo capitalista.

Igualmente, es necesario incrementar las penas al contrabando para asegurar que pierda su atractivo financiero. Las penas deben hacerse extensivas, en su caso, a las compañías importadoras, exportadoras y a los fabricantes internacionales, si éstos no demuestran que el tabaco llega de manera legal a su mercado de destino.

La obligación de marcar las cajetillas con sellos que demuestren el pago de impuestos y la aplicación de penas estrictas a las partes que no cumplan estos requisitos, incluso, la cancelación de la licencia para fabricar o vender productos de tabaco (79).

7.3. Eje de análisis cooperación internacional

7.3.1 Acuerdos Internacionales.

El Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) que plantea la OMS así como en los lineamientos instaurados en informe de Alcohol en las Américas de la OMS y OPS; que promueven la disminución del consumo de SPA lícitos, como el tabaco y el alcohol, insta a los países miembros a implementar dichas estrategias a cabalidad, lo que implica un compromiso de los dirigentes del Estado, donde ejerzan su rol de rectoría y gobernanza a cabalidad dando prioridad a la salud pública y al bienestar de los ciudadanos, por encima del crecimiento económico del modelo capitalista.

Si bien es cierto que la OMC se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países y supervisa las políticas comerciales nacionales, promoviendo la Estabilidad de la economía regional y mundial, está presente en las negociaciones y acuerdos multilaterales, impulsa la capacidad comercial de países en desarrollo, brinda asistencia técnica, en tema de tabaco – licor está presente en los acuerdos en cuanto a restricción de venta, etiquetados, gravámenes e impuestos, con el fin de garantizar que esta industria no se vea afectada ante las múltiples observaciones que se la han realizado por ser productos nocivos para la salud. En cuanto a los comerciantes, su interés principal es vender los productos con el fin de obtener rentabilidad y sostenibilidad en el tiempo, se evidencian debilidades en los mecanismos de control existente que no garantizan la venta a la población permitida y en condiciones pactadas.

Por ello, es esencial profundizar la cooperación bilateral y multilateral en el ámbito internacional, con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de las drogas. En el ámbito internacional, se fortalecerán y propiciarán instancias de intercambio bilateral y/o multilateral que permitan: fortalecer la cooperación y el intercambio de buenas prácticas con otras agencias nacionales y responsables de las políticas globales y/o sectoriales de drogas en el mundo y también promover las capacidades nacionales en aspectos esenciales de la Estrategia a través del intercambio de investigación, conocimiento, tecnologías y formación (43).

Todos los actores siempre deben tener como prioridad ofrecer a la comunidad una respuesta integral, consistente y sostenible, para ser transformada en pro del bienestar general en el marco constitucional y legal vigente, partiendo de que el problema de las drogas es un problema de toda la población y todos los actores debemos aportar para su solución. De ahí, que se cuestione la tensión y conflicto generado por el crecimiento económico a través del consumo de SPA legales, que generan grandes problemas de morbilidad y que afecta negativamente las comunidades al estar directamente relacionado con el aumento de violencia, accidentalidad, deserción educativa y laboral, delincuencia común, entre otros.

Finalmente, para el abordaje de cualquier situación en Salud es necesario que los gobernantes y dirigentes políticos de las Naciones, así como las Instituciones encargadas de validar y adaptar los lineamientos internacionales, tengan como fundamento el modelo de los Determinantes Sociales de Salud propuesto por la OMS, que se fundamenta principalmente en dos premisas, la primera de ellas, es el derecho de las personas al grado máximo de salud posible, y la segunda es la equidad en salud, definida como la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente (7).

8. Conclusiones

Como ha sido documentado, los modelos de desarrollo han sido productores de grandes desigualdades e inequidades entre regiones, entre países y al interior de cada país. La historia muestra modelos basados sobre los principios del individualismo, del consumismo, del irrespeto al medio ambiente, de alto uso de fuentes primarias de energía, de excesiva acumulación de capital, de monopolios y transnacionales que generan capitales especulativos y burbujas financieras, causando el aumento del desempleo y la transferencia de capitales públicos para subsidiar estos efectos.

La humanidad debería cambiar su propuesta de desarrollo privilegiando el desarrollo sostenible, la reducción de la pobreza y de la injusticia social incrementando la cooperación entre desiguales, generando patrones de consumo que tengan en cuenta la capacidad del planeta, favoreciendo nuevas reglas y comportamientos para el comercio ético, justo, transparente y con responsabilidad social

La crisis financiera global y sus efectos en los servicios de salud, el impacto del cambio climático sobre la seguridad alimentaria, las secuelas de los modelos de desarrollo sobre los procesos de gestión del conocimiento y la formación de recursos humanos, y la huella del comercio sobre las enfermedades crónicas, son temas transversales de trabajo que seguirán estimulando la investigación.

Con un sistema de vigilancia se lograría contar con un continuo análisis, interpretación y retroalimentación sistemática de la información que ayude a identificar y caracterizar las estrategias de la industria y las medidas para el control del tabaco y alcohol con varios propósitos, uno de ellos, es poder tomar decisiones oportunas para prevenir el inicio del consumo en los jóvenes.

Con base en el conocimiento actual de que muchos de los trastornos mentales, emocionales y conductuales de nuestros jóvenes, incluyendo el abuso y la dependencia de sustancias, se pueden prevenir, y, por tanto, podemos y debemos propender por la creación de programas basados en la evidencia y aplicando indicadores serios de evaluación, que permitan iniciar el fomento y la prevención para lograr la salud mental de nuestra población.

Para gestionar e implementar las políticas públicas que se requieren en el campo de la salud en general es necesario realizar estudios de su costo-efectividad, pues permiten una toma de decisiones con base en indicadores con alto grado de validez y objetividad. Ello implica una evaluación económica rigurosa de las intervenciones, que se comparan entre sí para determinar cuál es la que obtiene mejor equilibrio entre efectividad y viabilidad financiera. A partir de las

conclusiones, se pueden realizar ordenamientos racionales de prioridades, supervisar la gestión de recursos y evaluar el grado de avance hacia los resultados planteados.

Se resalta la necesidad de que los programas preventivos inicien a una edad temprana, años antes de que los jóvenes comiencen a experimentar con el consumo y la necesidad de direccionarlos a las familias y comunidades para generar modelos adecuados de consumo de alcohol, además de un cambio de postura frente al uso de esta sustancia en menores de edad. Por otro lado, se debe buscar aumentar la responsabilidad que tienen las figuras significativas en una posterior decisión de consumo de alcohol del adolescente.

Las categorías aquí analizadas también señalan la pertinencia de realizar acciones preventivas que apunten a aumentar la motivación interna del joven para no consumir. Todo esto, a la luz de una postura personal de oposición al consumo, que sea coherente con sus valores y principios, como de un refuerzo a aquellos impedimentos circunstanciales, tales como: normatividad en la casa, dificultad de acceso, un castigo más fuerte para los consumidores menores de edad y mayor supervisión, que pueden hacer que el joven postergue su edad de inicio de consumo de alcohol y disminuya la frecuencia de consumo.

Es importante reconocer las necesidades diferentes de hombres y mujeres, y desarrollar programas con enfoque de género. De igual forma, dado que las adicciones inician en la infancia y se reconoce que la edad de más riesgo es la adolescencia, deben apoyarse medidas que limiten el acceso y uso durante este periodo. Estas estrategias deben formar parte de programas integrales de prevención orientados a mantener estilos de vida saludables y al desarrollo de competencias sociales, así como de otros factores de protección que hagan a los jóvenes resilientes y les permitan enfrentar los riesgos, que asimismo lleguen a la familia, al contexto de pares y a la comunidad.

Finalmente, se evidencia que existen grandes tensiones entre los determinantes internacionales de Salud como lo son los Modelos de Desarrollo y el Comercio, ya que en el tipo de Estado con corte Neoliberal y el Sistema de Salud basado en aseguramiento, no se garantiza la cobertura Universal, hay déficit de profesionales de la salud cuya formación tiene un enfoque asistencialista, que limita la correcta adopción de los lineamientos emitidos por Organizaciones Internacionales; situación que se agudiza por los intereses internos entre la priorización de la economía nacional (ya que en algunas ocasiones es complejo restringir a las tabacaleras y productoras de licor por el importante lugar que ocupan en la economía, por su poder, por la generación de empleo, entre otras) y el desarrollo y ejecución de Programas de Prevención de Consumo de SPA legales (tabaco y alcohol) a partir del fortalecimiento de los mecanismos de restricción de venta a menores de edad, el etiquetado, regulación y/o prohibición de la publicidad, aumento de impuestos y demás condiciones previamente pactadas.

Agradecimientos

Al Docente Juan Eduardo Guerrero Espinel, por gestionar y posicionar la Especialización en Salud Internacional de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia, promoviendo la formación de personas con capacidad crítica y brindando las herramientas necesarias para la transformación a nivel a nivel local, nacional e internacional.

Al Doctor Steven Orozco, por aceptar ser mi asesor en esta propuesta de investigación y compartir sus conocimientos para el logro de los objetivos propuestos. Además, de brindar un acompañamiento y motivación constante.

Al Doctor Nelson Sánchez, por brindarme el tiempo requerido para cumplir con los compromisos pactados.

A los docentes y compañeros, por compartir sus conocimientos y por la disposición al momento de orientar y enriquecer el proceso formativo a nivel personal, académico y laboral.

Referencias Bibliográficas

1. Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Adicciones, Programa VIGI+A. Capítulo 12. [internet]. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2001 [consultado 2015 May 29]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/saludAmbiental/RM/cdsMCS/05/Portfolio/12%20Adicciones.pdf>
2. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional Organización de los Estados Americanos. Informe sobre el uso de las drogas en las Américas 2015. [internet]. Washington: Organización de Estados Americanos; 2015 [consultado 2015 May 29]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
3. México. Secretaría de salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Programa de acción específico 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. [internet]. México: Secretaría de salud; 2008 [consultado 2015 May 30]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010 [consultado 2015 May 29]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf?ua=1
5. Organización Mundial de la salud. Alcohol. Nota descriptiva N°349 Enero 2015. [internet]. [consultado 2015 Jun 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. [internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [consultado 2015 Jun 29]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
7. Organización de los Estados Americanos. Escenarios para el Problema de Drogas en las Américas 2013 – 2025. [internet]. Cartagena: Organización de Estados Americanos; 2012 [consultado 2015 Jun 29]. Disponible en:

http://www.descentralizadrogas.gov.co/pdfs/documentacion/publicaciones/Escenarios_para_el_problema_de_las_drogas_en_Las_Americas.pdf

8. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud Pública en las Américas - un caso para la acción. [internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007 [consultado 2015 Jul 15]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf?ua=1>
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Modelo conceptual en Salud Internacional. versión 2015. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
10. Vargas Hernández J. Liberalismo, neoliberalismo, postneoliberalismo. Rev Mad [internet]. 2007; 17:66-89 [consultado 2015 Jun 18]. Disponible en: <http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/download/13938/14230>
11. Franco A. La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2002; 20(2): 103-118.
12. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. El informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. [internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2015. [consultado 2015 Jun 22]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1428%3Aalcohol-substance-abuse-publications&Itemid=41530&lang=es
13. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. [internet]. [consultado 2015 Jun 18]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69671/1/interim_statement_spa.pdf
14. Hernández D. Tratamiento de adicciones en Colombia. rev.colomb.psiqiatr. [Internet]. 2010; 39: 153-170 Suplemento 1 [consultado 2015 Jun 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500012
15. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional Organización de los Estados Americanos. Estrategia Hemisférica sobre Drogas. Plan de Acción 2011 – 2015. [Internet]. Washington: Comisión Interamericana para el Control del Abuso

de Drogas; 2010 [consultado 2015 May 29] Disponible en: http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia_drogas.pdf

16. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens* [internet]. 2008; 9(1): 93-107 [consultado 2015 Jul 10]. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2010/seminario-extensionista-aportes-de-la-epidemiologia-comunitaria/unc-seu-definicion-salud-oms.pdf>
17. Definición.de. C2008. Definición de internacional – Qué es, significado y concepto. [internet]. [consultado 2015 jul 02]; Disponible en: <http://definicion.de/internacional/>
18. Sacardo D, Tittanegro G, Parazi R, Carvalho P, Pedalini L, Aguilar F. Salud Global y bioética, disonancias y sinergias en la contemporaneidad. *Revista Redbioética/UNESCO* [internet]. 2012; 1(5): 64-75 [consultado 2015 Ago 20]. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_5/Sacardo6475R5.pdf
19. Franco A, Álvarez A. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. Opinión y análisis. *Rev. Panam Salud Pública* [internet]. 2009; 25 (6): 540 – 547 [consultado 2015 Jul 01]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000600011&script=sci_arttext
20. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Salud internacional: un debate norte-sur. Serie de desarrollo de recursos humanos. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 1992.*
21. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión. Versión 2010. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2010.*
22. Mejía L, Franco A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Rev. Salud Pública.* 2007; 9 (3): 471- 83.
23. Gueler L. El fracaso de las teorías keynesianas y del “Estado de Bienestar”. *Revista política y teoría* [internet]. 2009; 68 (101): 59-67 [consultado 2015 Ago 20]. Disponible en: <http://www.pcr.org.ar/file/PyT/068/68-keynes.pdf>

24. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [internet]. Buenos Aires; Organización Mundial de la Salud; 2009. [consultado 2015 Sep 12]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
25. Sen A. Desarrollo y libertad. [internet]. México: Editorial Planeta; 2000 [consultado 2016 ene 12]. Disponible en: <http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catgenyeco/Materiales/2011-12-07%20III2AmartyaSenCap8LaAgenciadelasMujeresyelCambioSocial.pdf>
26. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Teorías del comercio internacional. [internet]. Uruguay: c2011. [consultado 2016 ene 12]. Disponible en: <http://www.fder.edu.uy/contenido/rrii/contenido/curricular/comercio-matutino/unidad-v-grupo-matutino/teorias-del-comercio-internacional-material-de-apoyo.pdf>
27. Feres J, Mancero X. La Medición del Desarrollo Humano: elementos de un debate [internet]. Cepal. [consultado 2016 ene 12]. Disponible en: <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER5/26.pdf>
28. Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Municipios Saludables. Portafolio Educativo [internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005 [consultado 2016 ene 12]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/2013-09_portafolio-educativo-municipios-saludables.pdf
29. Secretaria de Salud de Medellín. Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas. Manual práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la atención primaria en salud. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2015.
30. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía Drogas. [internet]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [consultado 2015 Sep 12]. Disponible en: http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/pnsd_guia_drogas.pdf
31. México. Secretaria de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones [internet]. México: Secretaria de Salud; 2008. [consultado 2016 Feb 03]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf

32. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Tabaquismo y salud: una aproximación a las políticas públicas para su control en Colombia [internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2015 [consultado 2016 Feb 03]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/Noticias/SiteAssets/Paginas/diamundial-sin-tabaco0529-9373/Tabaquismo%20y%20salud%20una%20aproximaci%C3%B3n%20a%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20para%20su%20control%20en%20Colombia.pdf>
33. Morales O. Fundamentos de la Investigación Documental y la Monografía [internet]. Venezuela: Universidad de los Andes; 2003. [consultado 2016 feb 03]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16490/1/fundamentos_investigacion.pdf
34. Galeano M. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada. Medellín: la Carrera Editores; 2012.
35. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
36. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en la Américas. Chile [internet]. [consultado 2016 Feb 03]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=29&Itemid=29&lang=es
37. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile: perfil nacional sociodemográfico [internet]. [consultado 2016 Feb 03]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CHL&idioma=spanish
38. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile: perfil nacional económico [internet]. [consultado 2016 Feb 16]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Economico.html?pais=CHL&idioma=spanish
39. Chile. Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública. proyecto de ley que modifica la ley de tabaco. Chile: El Ministerio; 2011. [internet]. [consultado 2016 Feb 16]. Disponible en:

http://www.ispch.cl/sites/default/files/Proyectedeleytabaco_minuta_MINSAL.pdf

40. Rodríguez J, Valdés M, Ramírez S, Hernández E, Villalón M, Fernández A. Factores Predictores del Riesgo de Consumo de Drogas Lícitas en Escolares de 4º a 7º básico. *Ter Psicol* [internet]. 2008; 26 (2): 181-8 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000200004&script=sci_arttext
41. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Construyendo contextos preventivos en educación superior. Orientaciones para la formulación de políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol. Santiago de Chile: Editorial Andros; 2007.
42. Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Informe 2014. [internet]. Chile: Ministerio del Interior y seguridad pública; 2010 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/PDF-411KB.pdf>
43. Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011 – 2014 [internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2011 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en http://datos.gob.cl/uploads/recursos/estrategia_drogas_alcohol_2011_2014_1.pdf
44. Hinzpeter R, Ubilla R, Mañalich J, Fontaine J. Mensaje de S.E. el presidente de la república con el que se inicia un proyecto de ley que modifica la Ley nº 19.419, que regula actividades que indica relacionadas con el tabaco [internet]. Chile: 2010 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/Proyecto%20de%20ley%20tabaco.pdf>
45. Pizarro E, Muñoz N. Boletín N° 16: Estudio comparativo en población escolar de La Florida. [internet]. Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2013 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/03/20130311_boletin16.pdf
46. Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Observatorio de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile [internet]. Chile: Observatorio Nacional de Droga; 2012 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: <http://docplayer.es/3584554->

Observatorio-chileno-de-drogas-decimo-estudio-nacional-de-drogas-en-poblacion-general-de-chile-2012.html

47. Valencia P. Involucramiento parental y consumo de drogas en escolares de Chile. Boletín N° 19 / Agosto 2013 [internet]. [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin%2019%20Involucramiento%20parental%20y%20consumo%20de%20drogas%20en%20escolares%20de%20Chile.pdf>
48. Chile. Ministerio de Salud. Políticas Ministeriales. Chile: El Ministerio; 2011. Disponible en: <https://issuu.com/gobiernodechile/docs/salud>
49. Valenzuela M. Discurso de la Dra. María Teresa Valenzuela Bravo Directora Instituto de Salud Pública de Chile, 64º Asamblea Mundial de la Salud, Chile 2011. Boletín informativo Salud Pública [internet]. [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: http://www.ispch.cl/sites/default/files/1105_Discurso_Dra.Valenzuela_AMS2011_0.pdf
50. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias [internet]. Chile: Comité Interministerial Publicación del Ministerio de Salud; 2010 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2%20Estrategia%20Nacional%20sobre%20Alcohol_b.pdf
51. Chile. Ministerio del Interior. Programa de certificación de establecimientos educacionales preventivos [internet]. Chile: Ministerio del Interior; 2010 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: https://issuu.com/sendagob/docs/manual_certificacion_escuelas
52. Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Manual de implementación Programa trabajar con calidad de vida contribuyendo al desarrollo de una cultura preventiva del consumo de drogas legales e ilegales en espacios laborales [internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2014 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: https://issuu.com/sendagob/docs/manual_tcv
53. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretario de Salud Pública informó que luego de 3.954 fiscalizaciones las Seremis han cursado sólo 43 infracciones. Un positivo balance del primer mes de aplicación de la nueva [internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2013. [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/noticia/19071>

54. Chile, Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud. Trabajadores se exponen al tabaco incluso en lugares libres de humo [internet]. Chile: Instituto de Salud Pública; 2010 [consultado 2016 Feb 10]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/noticia/13784/trabajadores-se-exponen-al-tabaco-incluso-en-lugares-libres-de-humo>
55. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en la Américas. México [internet]. [consultado 2016 Feb 18] Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=67&lang=es
56. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México: perfil nacional sociodemográfico [internet]. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=MEX&idioma=spanish
57. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México: perfil nacional económico [internet]. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Economico.html?pais=MEX&idioma=spanish
58. Reynales L. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. Salud pública Méx. [internet]. 2012; 54 (3): 323-31 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000300015
59. Hernández M. A Carlos Rodríguez Ajenjo: luchador incansable contra las adicciones. Salud pública Méx. [internet]. 2010; 52 (2): 89-90 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800001
60. Anaya R, Arillo E, Sánchez L, Lazcano E. Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. Salud pública Méx. [internet]. 2006; 48 (1): 17-29 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342006000700004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
61. Sánchez L, Hernández M, Lazcano E. El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo de tabaco en jóvenes.

Salud pública Méx [internet]. 2006; 48 (1): 41-7 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000700006&script=sci_arttext

62. García J, García M, Rivera S. Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. Act.Colom.Psicol [internet]. 2015; 18 (2): 163-172 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552015000200014
63. Salazar M, Valdez J, Martínez K, Pedroza F. Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. Univ. Psychol [internet]. 2011; 10 (3): 803-815 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300013
64. Reddy C, Téllez M, Meneses F, Campuzano J, Hernández M. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. Salud Pública Méx [internet]. 2006; 48 (1):83-90 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700010
65. Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Filiberto Gaytán F et al. Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Ment [internet]. 2009; 32: 287-297. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400004
66. Sánchez C, Andrade P, Betancourt D, Vital G. Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol. Acta de investigación psicol [internet]. 2013; 3 (1): 917-29 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000100002
67. Kuri P, González J, Cortés M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública Méx [internet]. 2006; 48(1) 91-8. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000700011&script=sci_arttext
68. Medina Mora ME, García Téllez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez Pérez L et al. Estudio de costo efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. Salud Ment [internet]. 2010; 33(5): 373-8 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500001

69. Palacios Cruz L, de la Peña F, Valderrama A, Patiño R, Calle Portugal SP, Ulloa RE. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* [internet]. 2011; 34 (2): 149-155 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n2/v38n2a8.pdf>
70. Villegas Pantoja MA, Alonso Castillo MM, Alonso Castillo BA, Martínez Maldonado R. Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichán* [internet]. 2014; 14(1):41-52 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100005
71. Joffre Velázquez VM, García Maldonado G, Saldívar González AH; Vázquez Nava F, Ochoa D. Consumo de tabaco en alumnos de secundaria. Resultados preliminares de la aplicación de una encuesta estructurada. *Gac Méd Méx* [internet]. 2008-, 144 (4) [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=568053&indexSearch=ID>
72. Banderas Rodríguez CR, Martínez Chacón AJ, Romo González T. Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Act.Colom.Psicol* [internet]. 2010; 13 (2) 19-33 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552010000200003&script=sci_arttexthttp://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552010000200003&script=sci_arttext
73. Medina Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública Méx* [internet]. 2013; 55 (1): 67-73. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010
74. Kuri Morales PA, Cortés Ramírez M, Cravioto Quintana P, Hoy MJ, González Roldán JF. Políticas, vigilancia y acceso de los menores de edad a los cigarrillos en la Ciudad de México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2006; 48 (1): 99-106. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700012

75. Rodríguez Bolaños R, Reynales Shigematsu LM, Ibáñez Hernández NA, Santos Luna R, Valdés Salgado R, Ávila Tang E et al. Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado. *Salud pública Méx* [internet]. 2010; 52 (2): 254-266 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800021
76. Organización Mundial de la Salud. la epidemia mundial de tabaquismo, 2015. Aumentar los impuestos al tabaco [internet]. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf
77. Miera Juárez B, Iglesias R. Impuestos para el control del tabaquismo: las experiencias de Brasil y México. *Salud pública Méx* [internet]. 2010; 52 (2): 172-85 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800013
78. Olivera Chávez RI, Cermeño Bazán R, Miera Juárez B, Jiménez Ruiz JA, Reynales Shigematsu LM. El efecto del precio del tabaco sobre el consumo: un análisis de datos agregados para México. *Salud pública Méx* [internet]. 2010; (2): 197-205. [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800015
79. Enrique Armendares P, Reynales Shigematsu LM. Expansión de la industria tabacalera y contrabando: retos para la salud pública en los países en desarrollo. *Salud pública Méx* [internet]. 2006; 48 (1): 183-9 [consultado 2016 Feb 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700022
80. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Salud en la Américas. Colombia* [internet]. [consultado 2016 Feb 20] Disponible en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=30%3Acolombia&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=140&lang=es
81. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Colombia: perfil nacional sociodemográfico* [internet]. [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en:

http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=COL&id idioma=spanish

82. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Colombia: perfil nacional económico [internet]. [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Economico.html?pais=COL&idioma=spanish
83. Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd [internet]. 2010; 51: 29-42 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia.pdf>
84. Manrique Abril FG, Ospina JM, García Ubaque JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. Rev. Salud pública [internet]. 2011; 13 (1): 89-101 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n1/v13n1a08.pdf>
85. Hernández DC. Tratamiento de adicciones en Colombia. Rev.colomb.psiquiatr [internet]. 2010; 39 (1): 153-70. [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500012&lng=es&nrm=is&tlng=es
86. Muñoz Ortega L, Barbosa Ramírez C, Bríñez Horta A, Caycedo Espinel C, Méndez Heilman M, Oyuela Vargas R. Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. Univ. Psychol [internet]. 2012; 11(1): 131-45 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/602/1524>
87. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la elaboración de planes estratégicos para la promoción del consumo responsable de alcohol [internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2013 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/GuiaPlanesAlcohol30%2001%2014.pdf>
88. Torres de Galvis Y, Posada Villa J, Berbesi Fernández DY. Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos. Rev. Colomb. Psiquiat [internet]. 2010; 39 (1): 112-132

[consultado 2016 Feb 20]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a08.pdf>

89. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013. [internet]. Bogota: Observatorio de Drogas de Colombia; 2014 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
90. Calderón Romero EA, Cáliz Romero NE. Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. Rev. Gerenc. Polít. Salud [internet]. 2015; 14(28): 123-41 [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n28/v14n28a10.pdf>
91. Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la protección social, Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de drogas en Colombia resumen ejecutivo. [internet]. Bogotá: 2009. [consultado 2016 Feb 20]. Disponible en:
http://www1.urosario.edu.co/correo/administracion/boletines/ODA/documentos/ESTUDIO_NACIONAL_SOBRE_DROGAS_COLOMBIA.pdf
92. Mosquera JC, Artamónova I, Mosquera VS. Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. Investig. andina [internet]. 2011; 13(22): 194-210. [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462011000100008
93. Flórez IA, Trujillo AM. ¿Tomar no tomar?: análisis de los motivos de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes. Divers.: Perspect. Psicol. [internet]. 2013; 9(1): 199-215 [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982013000100014&script=sci_arttext
94. Páez Zapata E, Posada IC. Significados al consumo de alcohol en habitantes de una comunidad rural, Antioquia, Colombia, 2010-2011. Rev Cienc Salud [internet]. 2015; 13(1): 77-90. [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n1/v13n1a07.pdf>
95. Trujillo A, Flórez I. El Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su Percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al Uso de Sustancias. Rev. colombiana de psicología [internet]. 2013; 22(1): 41-57

[consultado 2016 Feb 22]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v22n1/v22n1a04>

96. Lema LF, Varela MT, Duarte C, Bonilla MV. Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [internet]. 2011; 29(3): 264-71. [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a07.pdf>
97. Colombia. República de Colombia Gobierno Nacional. Ley 1616 de 21 de enero de 2013 "Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones". Bogotá: El Ministerio; 2013.
98. Colombia. República de Colombia Gobierno Nacional. ley 1566 de 31 julio de 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Bogotá: El Ministerio; 2012.
99. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 1. Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física. Bogotá: El Ministerio; 2011. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Contenidos%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20gesti%C3%B3n%20territorial%20en%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20h%C3%A1bitos%20de%20vida%20saludable.pdf>
100. Posada IC, Moreno O, Jaramillo AC. Análisis de proyectos gestionados por educadores: el reto de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y violencia en jóvenes en Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet]. 2012; 30(3): 273-281 [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n3/v30n3a03>
101. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Nuevas medidas para el control del consumo de tabaco en Colombia. Bogotá: El Ministerio; 2011. Disponible en:
<http://proinapsa.uis.edu.co/redcup/Biblioteca/Humo%20de%20Segunda%20Mano/separataeltiempotabaco.pdf>
102. Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta Mundial De Tabaquismo En Jóvenes Reporte De Bogotá, Colombia. 2011. Revista Colombiana de Cancerología.

[internet]. 2002; 1-10. [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/revistas/2002/pub4/2%20-%20Encuesta%20mundial%20de%20tabaquismo%20en%20j%C3%B3venes.pdf>

103. Harris Sharman CH. El problema del alcohol. Perspectivas de Salud. [internet]. 2005; 10 (1) [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd50/problema.pdf>

104. Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 2. Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales. Bogotá: El Ministerio; 2011. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/305029/Habitos+y+Estilos+de+Vida+Saludable+TOMO+2/6b664115-0b42-4262-8f05-18b7caa3d1bc>

105. Sánchez Pardo L, Navarro Botella J, Valderrama Zurián JC. Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura «Proyecto Genacis» [internet]. España: Ministerio del Interior, Sociedad española de toxicomanías; 2004 [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>

106. Lara Hidalgo C, Salcedo Monsalve A, Vargas Casas GM. Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. Revista Ciencias de la Salud [internet]. 2012; 10: 87-100. [consultado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56223337008>

