

GUÍA METODOLÓGICA PARA “PACTOS COMUNITARIOS”

¿CÓMO AYUDAR A UNA COMUNIDAD A REDUCIR PROBLEMAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL?

UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS POR CONSUMO DE ALCOHOL A TRAVÉS DE LA MOVILIZACIÓN Y AUTORREGULACIÓN COMUNITARIA.



Medellín, octubre de 2012.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, REPÚBLICA DE COLOMBIA

Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social,
Martha Lucía Ospina Ramírez, Viceministra de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

Lenis Enrique Urquijo Velásquez, Director de Promoción y Prevención,
Fernando Ramírez Campos, Subdirector de Enfermedades No Transmisibles
Rodrigo Lopera Isaza, Asesor Técnico Grupo Salud Mental

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Maristela G. Monteiro, Senior Advisor Alcohol and Substance Abuse Pan American Health Organization

Carolina Pineda Castro, Consultora Nacional OPS/OMS. Línea de Salud Mental y Consumo de SPA. Convenio de Cooperación Técnica MSPS - OPS/OMS

CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y LA FARMACODEPENDENCIA, SURGIR

Margarita Sánchez, Directora de la Corporación Surgir

Silverio Espinal, Director técnico

María Vilma Restrepo, Coordinadora Experiencia Demostrativa del Modelo Pactos Comunitarios

Aura Ruiz, Profesional asistente, Experiencia Demostrativa del Modelo Pactos Comunitarios

OPERADORAS COMUNITARIAS DE LA EXPERIENCIA DEMOSTRATIVA DEL MODELO PACTOS COMUNITARIOS

Karoll Álvarez, comunicadora Social, Bucaramanga

Yenny Mora, Psicóloga, Cali

Mayerly Daza, Psicóloga, Especialista en Salud Ocupacional, Neiva

MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

Claudia Anaya, Secretaria de Salud y Ambiente

Liliana Serrano, Subsecretaria de Salud

Nora Sánchez, Coordinadora de Programas, Secretaría de Desarrollo Social

René Garzón, Secretario de Interior

Sandra León León, Coordinadora Cultura Ciudadana y Seguridad Social, Secretaría de Interior

Laura Ramos, Equipo Salud Mental, Secretaría de Salud

Nidia Bohórquez, Equipo Salud Mental, Secretaría de Salud

MUNICIPIO DE CALI

Elizabeth Castillo, Secretaría de Salud

Rubén Darío Figueroa, Coordinador de Salud Mental

Ayda Ruth Carpintero, Coordinadora Pactos por la Vida

MUNICIPIO DE NEIVA

Sandra Marcela Muñoz, Secretaria de Salud

María Helena Cabrera, Coordinadora Salud Mental

Pablo Gamboa, Coordinador Pactos por la Vida

Nelsy Tovar Trujillo, Coordinadora Mesa de Educación y Comunicación de Pactos por la Vida

MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA DEMOSTRATIVA DEL MODELO PACTOS COMUNITARIOS EN LAS TRES CIUDADES:

CIUDAD	GRUPO GESTOR	COMUNIDAD OPERATIVA ADULTOS	COMUNIDAD OPERATIVA JUVENIL
BUCARMANGA	<p>Nora Sánchez Coordinadora Desarrollo Social (Delegada por Secretaria de Salud y Ambiente) Alejandra Angarita, Programa Adolescencia Sandra Milena Martínez Programa Niñez, Infancia y Adolescencia Luz Marina Sandoval Programa Niñez, Infancia y Adolescencia Yudy Pérez Pimiento, Programa Niñez Luis Ernesto Celis Rodríguez Representante Equipo Juvenil Edgar Humberto Coordinador Equipos Juveniles – Comuna 14 Coronel William Alberto Boyacá, Policía Metropolitana Edwin Castañeda Policía Comunitaria Subteniente Alejandra Pérez, Policía Infancia y Adolescencia con: 1. Adriana Sandoval Leal 2. Wilson Mayorga 3. Consuelo Rueda Nelly Palacios Directora Centro Zonal Carlos Lleras, ICBF Kathya Orejuela Asesora ICBF Luz Marina Anaya Líder COPACO</p>	<p>José Mendivelso, Presidente JAC, comuna 14 Emiro Anaya Basto, Presidente JAC, Limoncito Julio Barajas, Presidente JAC, Albania Berta Jaimes Villamizar, Presidente JAC, Los Sauces Martha Yaneth Contreras, Presidente JAC, Morrónico Edgar Humberto Castillo, Coord. Equipo juveniles, INDERBU Claudia Patricia Ruiz, Par Comunitario, El Limoncito</p>	<p>María Fernanda Rojas Sergio Andrés Ruiz Paola Andrea López Juan Sebastián Henao Dayana Téllez Brayan Arlei Mendoza Yorquin Alfonso Maldonado Juliana Pabón de Maldonado Ludwing David Carrillo Deisy Lorena Jaimes Ruby Zared Pabón Juan Gabriel Mendoza Oscar Arley Cala Brayan Andrés Niño Víctor Alfonso</p>
CALI	<p>Ayda Ruth Carpintero, Salud Mental, Pactos por la Vida Fernando Acosta, Comité de SPA Francia Elena Torres, Secretaría de Salud, Redes del Buen Trato Rubén Darío Figueroa, Secretaría de Salud,</p>	<p>Comuna 8: Abelardo Castillo, Docente Ana Lidia Zapata, Comunidad educativa - Familias Alicia Mosquera, centro de escucha Familia María Cardona, centro de escucha</p>	<p>Andrey Velásquez, Coordinador GEPU Marlon Muñoz, GEPU Didier Molina, GEPU Adriana, Narváez Aguilar, GEPU Jhon Jauder Herrera, Estudiante Ing. Sistemas Sheila Gómez, GEPU</p>

CIUDAD	GRUPO GESTOR	COMUNIDAD OPERATIVA ADULTOS	COMUNIDAD OPERATIVA JUVENIL
	<p>Salud Mental Raúl Félix Tovar, corporación Viviendo, Centros de Escucha, ZOE, ZOU ASONOD Bienestar Universitario, Universidad del Valle Redes Virtuales-TIC Programa "En TIC confío" Secretaría de Transito, Área de cultura ciudadana Secretaría de Bienestar y Desarrollo Social</p>	<p>Hugo Hernán Castaño, centro de escucha Fabián Alberto Castro, centro de escucha Luis Aladino Pérez, centro de escucha Anderson López, centro de escucha Oliva Valencia, centro de escucha.</p> <p>Comuna 15: Víctor Manuel García, desempleado Enriqueta Mosquera, Madre comunitaria Keita Mosquera, Centro de Escucha Wilson Mosquera, desempleado Gustavo Mosquera, Centro de Escucha Oscar Micolta, desempleado John Fredy Bonilla, estudiante Alex Longa, desempleado Jhon Steven Díaz, desempleado</p> <p>Comuna 20 María Virginia Chacón, Madre Comunitaria Ingrid Natalie Muñoz, Madre comunitaria María Victoria Ortiz, Madre comunitaria Teresa Cabezas, Madres comunitaria Carolina Torrijos, Madre comunitaria Olga María Salazar, Madre comunitaria.</p>	<p>Ricardo Alberto Arboleda, Fundación Idearte Jhon Jairo Perdomo, Fundación Idearte Héctor Leandro Sánchez, GEPU Sairy Sevilla, GEPU Juan Fernando Rosero, GEPU Jhon Alexander Cortes, GEPU</p>
NEIVA	<p>María Helena Cabrera, Coordinadora del Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Diana Trujillo, Referente del programa de Salud Mental Sandra Muñoz, Secretaria de Salud Municipal</p>	<p>Comuna 9: Lieredo Dussan Jorge Luis Trujillo Isaías Peña 16 personas: Presidentes de Junta de Acción Comunal, madres líderes, madres de hogares Fami de 0 a 6 años, veedores de la</p>	<p>15 jóvenes vinculados a través de la Fundación Huellas Comuna 7</p>

CIUDAD	GRUPO GESTOR	COMUNIDAD OPERATIVA ADULTOS	COMUNIDAD OPERATIVA JUVENIL
	Comité de SPA Comité Técnico de Política Social: Clara Eugenia Peña Coordinadora técnica Programa Pactos por la Vida (PPV), Secretaría de Salud de Neiva: Pablo Gamboa, Coordinador, Luisa Fernanda Pérez, Gloria R. Cabrera, Nelsy Tovar (mesa de comunicación) Secretaria de Desarrollo Social, Veedores de la Política de Niñez y Adolescencia (comuna 10, 9, 8, 6), Fundación los niños Primero, Universidad Cooperativa, Casa de Justicia, INDER Neiva Mayerly Daza, Operadora de PC, Surgir y de la Mesa de Gestión del Riesgo, Pacto por la Vida Hernando Duberte R, gerente de bar Guillermo Valencia, productor de audio. Jorge Escarpeta – Director Fundación Huellas. Luz Elsy Manrique, Salud mental Yanira Gutiérrez, coordinadora de proyectos transversales, Secretaría de Educación	Política de Niñez y Adolescencia.	

Esta guía ha sido elaborada a partir de la Experiencia Demostrativa del Modelo Pactos Comunitarios para implementar la Estrategia Pactos Comunitarios como una metodología para la Prevención selectiva e indicada y la mitigación de problemas por consumo de alcohol en comunidades. Por lo tanto recoge los conocimientos técnicos y las prácticas de un equipo humano que trabajó con las comunidades de Bucaramanga, Cali y Neiva.

Tabla de contenido

Tabla de contenido	7
Presentación de la Guía	8
1. ¿Por qué es necesario prevenir los problemas por consumo de alcohol?	9
¿Cómo se puede prevenir o disminuir los problemas por consumo de alcohol? .	9
2. ¿Para qué sirve esta guía?	14
3. Desarrollo de la Estrategia Pactos Comunitarios.....	16
Paso Uno: Preparación de Operadores Comunitarios y Pares Comunitarios....	16
Paso Dos: Conformación y desarrollo de un Grupo Gestor:.....	17
Paso Tres: Conformación de Comunidades Operativas:	19
Caracterizar la población	19
Inicio de la Conformación de una Comunidad Operativa.....	20
Diagnóstico de problemas comunitarios y problemas por consumo de alcohol (construcción del conocimiento)	21
Identificación de Representaciones Sociales:.....	23
Percepción de los problemas por consumo de alcohol en la comunidad	28
Planeación de intervenciones	29
Pactos Comunitarios para disminuir problemas por consumo de alcohol.....	30
Intervenciones Comunitarias.	31
Plan de intervenciones comunitarias y presupuesto.....	33
Multiplicación de las Comunidades Operativas	36
Anexos.....	42
Anexo 1. Criterios de selección de Comunidades Operativas para la estrategia Pactos Comunitarios.....	42
Anexo 2. Formato de sistematización de convocatoria (citación a reuniones o actividades) y asistencia.	43
Anexo 3. Escala de actitudes hacia el consumo de alcohol.....	43
Anexo 4. Cuestionario AUDIT – Problemas con el consumo de alcohol	46
Anexo 5: Bitácora personal de participación en el proceso de la EPC	53
Anexo 6: Diario de Campo para el Operador Comunitario y Par Comunitario: ..	54
Anexo 7: Directrices de la Organización Mundial de la Salud para la Prevención y mitigación de riesgos y daños por el alcohol:.....	54
Anexo 8: Ejemplo de aparte de Marco Lógico del Plan de Intervenciones Comunitarias.....	58
Anexo 9: Momentos Sistema de Diagnóstico Estratégico.....	59
Anexo 10: Cuadro de indicadores de la Estrategia Pactos Comunitarios	62
Anexo 11: Aspectos legales del consumo de alcohol en Colombia:	73
Anexo 12: Afiche de las 8 “C”.	76
Referencias bibliográficas del instrumento AUDIT (detección de problemas por consumo de alcohol):.....	77
Bibliografía general de la guía:	79

Presentación de la Guía

Autor: MSPS u OPS

Puntos a desarrollar en la presentación de la Guía

- Los problemas comunitarios por consumo de alcohol en Colombia
- Dirigido a funcionarios de la administración Municipal y a facilitadores y operadores comunitarios de pactos comunitarios
- Relación entre la política nacional de SPA, Pactos por la Vida y la Estrategia Pactos comunitarios (EPC)
- Importancia de la intervención directa con comunidades como una manera de empoderar la participación en salud y la prevención de alcohol. Introducción a la guía

1. ¿Por qué es necesario prevenir los problemas por consumo de alcohol?

Porque el consumo de alcohol es causa de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones (cirrosis, epilepsia, envenenamientos, accidentes de tránsito, violencia y varios tipos de cáncer). OMS, 2011.

El alcohol está presente en 2 de cada 3 casos de violencia familiar. OMS, 2011.

Porque en Colombia 2'401.359 personas son consumidoras de riesgo o tienen un consumo perjudicial de alcohol (el 12%), y la mayoría de ellos están entre los 18 a 24 años de edad¹.

El país ocupa el décimo lugar (10^o) en consumo de alcohol por persona, entre los países de América, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Porque se encontró que aproximadamente la tercera parte de los muertos por accidentes de tránsito en Colombia habían consumido alcohol¹¹.

En Colombia la accidentalidad vial es un problema grave porque aporta cinco veces más víctimas que las causadas por el conflicto armado interno, de acuerdo con cifras del Fondo de Prevención Vial.

El Instituto de Medicina Legal en Colombia ha identificado por alcoholemias que, el excesivo consumo de alcohol es un factor precipitante para el maltrato infantil y la violencia entre compañeros íntimos¹¹.

¿Cómo se puede prevenir o disminuir los problemas por consumo de alcohol?

El alcohol se consume ampliamente en el mundo; algunos países permiten su venta y consumo y es considerada una sustancia legal y su consumo es socialmente aceptado en muchas actividades sociales; pero no por esto deja de tener efectos no deseados, siendo el más común la embriaguez (“rasca”^a, borrachera).

La embriaguez ocurre a medida que se aumenta la cantidad de consumo de alcohol o de “tragos”. Algunas personas se emborrachan con poco licor y otras deben tomar una gran cantidad para sentirse embriagadas; los más afectados son los menores de edad, las mujeres embarazadas, los ancianos y los enfermos.

^a Se denomina en Colombia “rasca” a un estado variable de embriaguez por alcohol.

Puesto que el alcohol se consume en casi todos los lugares (hogar, sitios públicos, trabajo), la prevención de los problemas que causa su consumo debe llevarse a estos sitios en la medida que la comunidad lo acepte; la prevención con las comunidades es esencial para disminuir los problemas o mejorar la capacidad de respuesta frente a ellos.

La Política Nacional de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas (2008) y el Ministerio de Salud y Protección Social junto con las alcaldías, universidades, Fondo de Prevención Vial, Organizaciones no Gubernamentales y otras entidades, han desarrollado el Programa Pactos Por La Vida, que propone construir nuevas capacidades humanas, sociales e institucionales para la protección de la vida en ambientes de consumos abusivos de alcohol, buscando que cada persona se proteja a sí mismo y a otros, cuando estén bajo los efectos de bebidas alcohólicas y que además participen en actividades que ayuden a concientizar a las instituciones y a las comunidades para disminuir las muertes por accidentes de tránsito y por violencia y prevenir problemas de salud y de convivencia que resultan del consumo problemático de licor.

Se requiere fortalecer el componente comunitario de este programa por medio de la Estrategia Pactos Comunitarios (EPC) que propone hacer la prevención de problemas por consumo de alcohol en los lugares donde vive y consume la gente, buscando que las comunidades se movilicen, proponiendo y desarrollando, según sus propias necesidades y recursos, actividades diversas para prevenir y disminuir los problemas por consumo de alcohol; esto es lo que se llama AUTORREGULACIÓN.

La ESTRATEGIA PACTOS COMUNITARIOS (EPC) surge de un Modelo de Intervención Social que plantea la movilización comunitaria como una estrategia de Prevención Selectiva e Indicada y de Mitigación para la Autorregulación de problemas por consumo de alcohol.

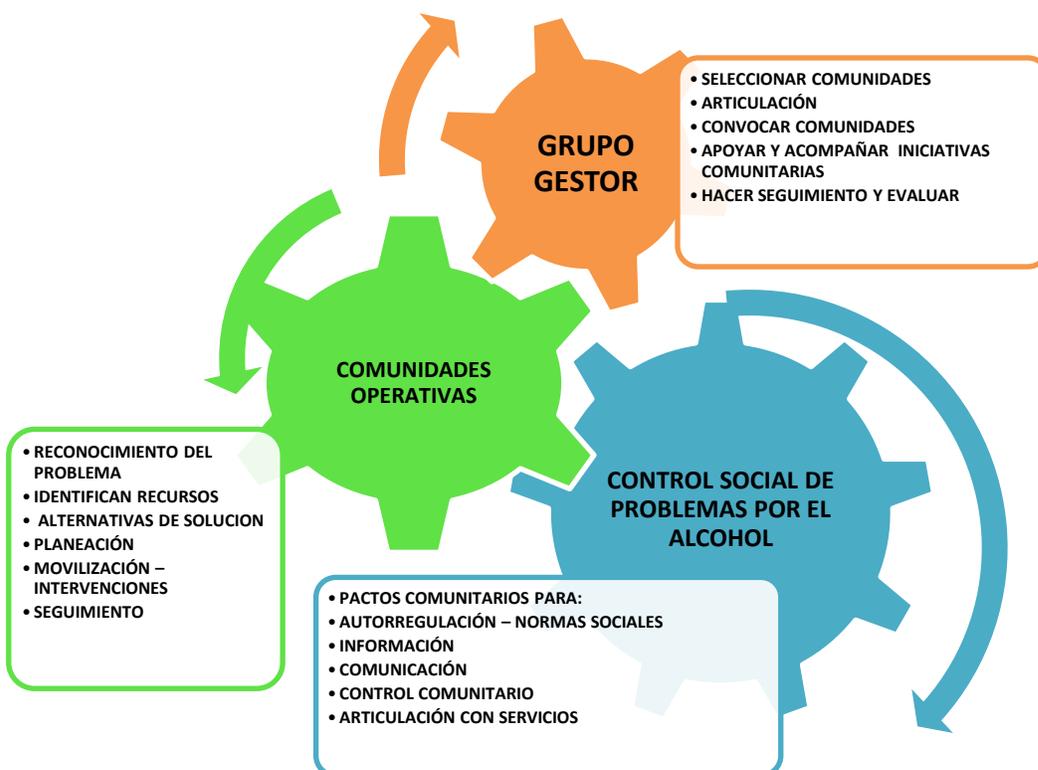
La PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA es una serie de actividades, de probada efectividad, que se ofrecen a personas que consumen alcohol en condiciones de riesgo para tener problemas (accidentes, enfermedades, comportamientos violentos) o que ya tienen daños o consecuencias graves por este consumo (dependencia al alcohol, cirrosis, separación de sus familias, discapacidades).

La MITIGACIÓN DE PROBLEMAS POR CONSUMO DE ALCOHOL comprende una serie de estrategias que buscan “contener (...) los riesgos en daños a través de la inclusión, tanto de consumidores como de no consumidores, a partir de redes tanto formales (instituciones, servicios de salud, instituciones educativas) como informales (parches, barrio, círculo de amigos, organizaciones juveniles), para fortalecer, no sólo al individuo, sino a los grupos y comunidades, para que tengan capacidad de enfrentar y minimizar las situaciones de riesgo que se presentan en la vida cotidiana”IV; por ejemplo con el consumo de alcohol.

LA ESTRATEGIA PACTOS COMUNITARIOS se propone como una forma de organización basada en la ética comunitaria, la inclusión de personas con problemas por el alcohol y la construcción de un control social sobre estos problemas, con base en las normas y creencias propias de cada comunidad.

El Modelo esta fundado en la formación de dos pilares: el GRUPO GESTOR y las COMUNIDADES OPERATIVAS. El Grupo Gestor está conformado por funcionarios de la Alcaldía, de la Secretaría de Salud, ONG's y de otras instancias que son responsables de la prevención y la articulación de la oferta de servicios estatales y no estatales existentes para atención de problemas por el alcohol en sus municipios; el Grupo Gestor facilita y apoya el proceso que llevan a cabo las Comunidades Operativas; éstas son grupos de personas de los barrios o de organizaciones comunales (líderes, padres de familia, tenderos, madres comunitarias, jóvenes) que están interesadas en prevenir y disminuir problemas por el consumo de alcohol en sus barrios y familias. Ambos, el Grupo Gestor y las Comunidades Operativas, conforman una estructura de trabajo que se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Estructura dinámica del Modelo Pactos Comunitarios para la prevención y mitigación de riesgos y daños por consumo de alcohol



La Estrategia Pactos Comunitarios tiene como objetivo la prevención y mitigación de riesgos y daños por consumo de alcohol a través de la movilización comunitaria para llegar a la autorregulación (individual y colectiva) del consumo; no pretende la abstención del alcohol, ésta se sugiere sólo en casos donde se desaconseja definitivamente este consumo.

Se podría resumir la EPC en cuatro objetivos:

1. Articulación de la EPC con la administración local, especialmente Secretaría de Salud, con el Programa Pactos por la Vida y con otras estrategias la cual se dinamiza a través de la conformación de un Grupo Gestor, con el cual se eligen los grupos comunitarios que serán intervenidos de acuerdo al diagnóstico local de necesidades, se articula la oferta de servicios municipal y los diferentes sectores y se apoyan las iniciativas comunitarias.

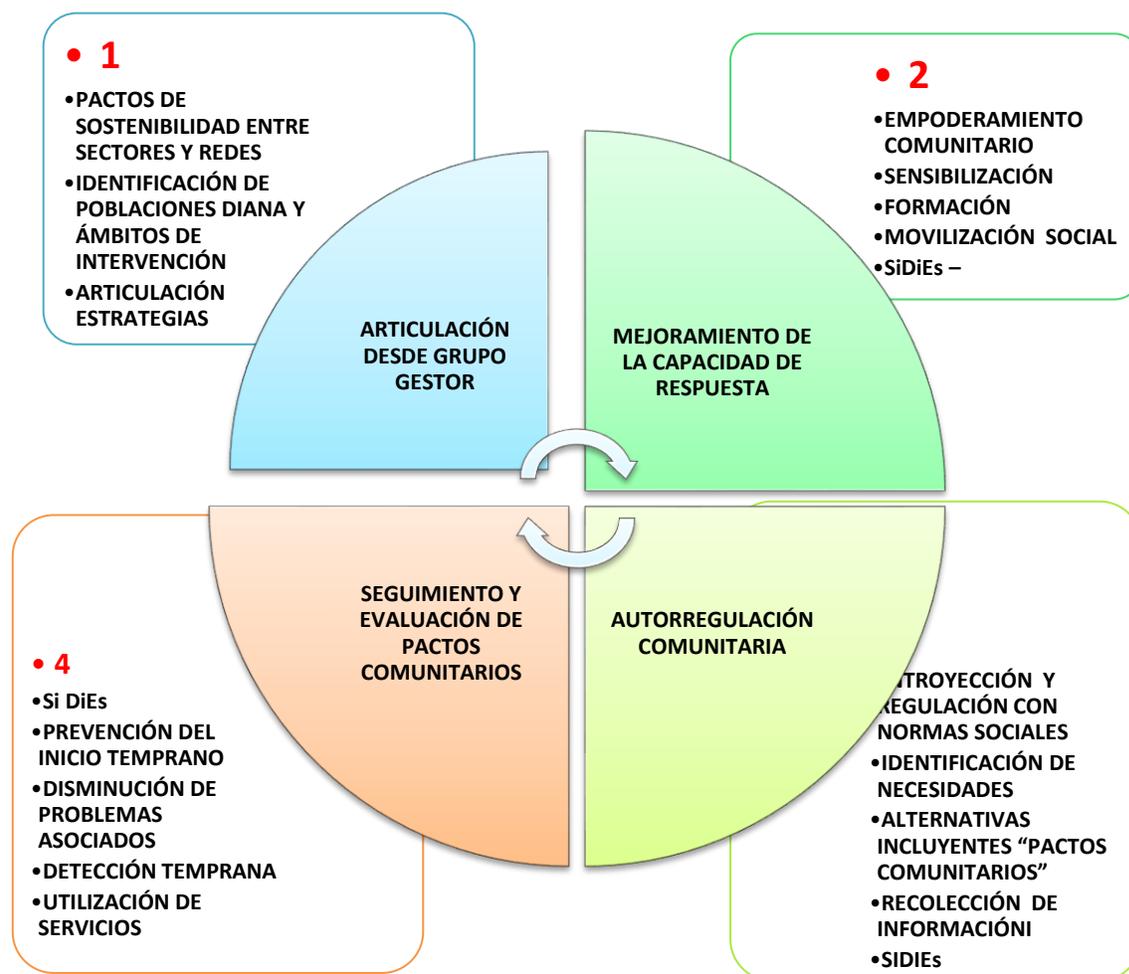
2. Mejoramiento de la capacidad de respuesta de las comunidades operativas elegidas a través del empoderamiento como grupo y el fortalecimiento de la movilización social (diagnóstico, planeación y seguimiento), mediante el desarrollo de pactos comunitarios.

3. Fortalecer la autorregulación social mediante la difusión e introyección^b de leyes y normas sociales contrarias al consumo de riesgo de alcohol y al inicio temprano de consumos, en las comunidades fortalecidas, utilizando medios de información y comunicación del riesgo y daño dirigiéndose específicamente, desde las comunidades empoderadas y los pares comunitarios multiplicadores, hacia las poblaciones más afectadas por riesgos y daños (sensibilizar, autorregular y proteger personas con riesgos para consumo temprano/intensivo y daños por alcohol).

4. Desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación de las acciones comunitarias en términos de prevención del inicio temprano, la mitigación de problemas por consumo de riesgo en jóvenes y adultos, la accidentalidad, la violencia, el sexo inseguro y los problemas de convivencia, así como la detección temprana y remisión de personas con daños por el alcohol.

^b La introyección de la norma es un resultado que se logra si un Modelo de intervención social está operando de manera consistente y continua.

Figura 2. Objetivos del Modelo Pactos Comunitarios



Supuestos que deben cumplirse para que la EPC pueda desarrollarse:

La Estrategia Pactos Comunitarios ha sido diseñada para insertarse en el Programa Pactos por la Vida y otras estrategias como los Centros de Escucha^c, contando con los recursos del Plan de Salud Local y bajo la orientación de las Secretarías de Salud Municipales. Además de otros recursos de las instituciones que hacen parte del Grupo Gestor que se articulan en este espacio y los recursos comunitarios.

La participación de los actores responsables de ayudar a enfrentar problemas comunitarios por consumo de alcohol: los funcionarios municipales especialmente los referentes municipales de salud mental, funcionarios de los planes municipales de prevención de drogas, desarrollo comunitario. Estos actores se denominan en

^c Estos dos programas impulsados por el MSPS en la Política Nacional de Reducción de consumos y tienen como objetivo la reducción de consumo de alcohol y la de otras SPA en un marco de inclusión social.

la Estrategia Pactos Comunitarios “Facilitadores de Pactos comunitarios” (forman parte de la estructura del Programa Pactos por la Vida) y son claves para que la experiencia pueda hacerse.

Contar con los “Operadores de Pactos Comunitarios” profesionales de la salud o de las ciencias sociales con formación y experiencia en trabajo comunitario y en problemáticas de salud mental y consumo de psicoactivos

Contar con “Pares Comunitarios” que son líderes comunitarios, con reconocimiento y aceptación local de su labor como actores de la participación social

2. ¿Para qué sirve esta guía?

Esta es una guía para la MOVILIZACIÓN COMUNITARIA, en primera instancia, que tiene como fin el desarrollo de una estrategia de AUTORREGULACIÓN COMUNITARIA para la prevención y mitigación de problemas por consumo de alcohol.

La Movilización Comunitaria:

Se entiende como un proceso de identificación de problemas sociales por la misma comunidad, construcción de alternativas con recursos existentes, desarrollo de metas a corto plazo y proyección a largo plazo (alianzas, recursos) y evaluaciones continuas del proceso^V.

La Autorregulación Comunitaria:

Desde la perspectiva jurídica^{VI}, la autorregulación es considerada una transformación de las formas de gobernanza. Es una nueva técnica o instrumento de las normas jurídico públicas que se relaciona con la capacidad de autonormación de una comunidad o de un sujeto. Por lo tanto, es considerada una alternativa a la desreglamentación estatal y como una manifestación de un traslado de funciones y responsabilidades públicas a la sociedad; busca reconvertir poderes orgánicos en recursos y valores y, se considera posible, porque los individuos aportan energía en forma de impulsos, deseos y esfuerzo, mientras la comunidad aporta forma y sentido, que es lo que vuelve posible la autorregulación comunitaria^{VII}.

Por lo tanto esta guía busca movilizar comunidades para lograr la autorregulación de las comunidades a través de un proceso de diagnóstico, sensibilización, formación, investigación y acción que implica la reflexión sobre los significados del consumo de alcohol individuales y grupales, la introyección de las leyes y de nuevos valores y normas, que impulsan a los individuos y comunidades a protegerse y proteger a otros de los problemas por consumo de alcohol.

Para ello ofrece una serie de pasos, cada uno con una metodología sencilla, que se desarrolla con la comunidad directamente, orientados por Facilitadores y Operadores Comunitarios.

Estos pasos pueden observarse en la figura 3:

Figura 3. Proceso de la estrategia Pactos Comunitarios



3. Desarrollo de la Estrategia Pactos Comunitarios

Paso Uno: Preparación de Operadores Comunitarios y Pares Comunitarios.

Operadores Comunitarios

Los Operadores Comunitarios de la EPC deben ser profesionales de la salud o de las ciencias sociales y líderes de reconocida formación y experiencia en trabajo comunitario y en problemáticas de salud mental y consumo de psicoactivos; es importante que tenga conocimientos en desarrollo de proyectos sociales, así como de su seguimiento y evaluación.

Ellos serán responsables, en un municipio, de la implementación de la EPC en varias comunidades operativas simultáneamente y de la articulación de éstas con el Grupo Gestor. Así mismo, debe coordinar la Estrategia durante los tres años de implementación de tal manera que adicione nuevas comunidades operativas y aumente la cobertura. Su labor está apoyada por los operadores comunitarios, pero el proceso depende de su conocimiento del tema y de la gestión de recursos.

La preparación de los Operadores y Pares Comunitarios se hará en el marco del Modelo Pactos Comunitarios y determinada por el equipo o la entidad que desarrolla la EPC y tendrá los siguientes contenidos:

- Problemas con el alcohol: magnitud del problema a nivel nacional y local, aspectos médicos y sociales. Políticas, Leyes y Normas de control; tratamientos e Intervenciones preventivas generales y locales.
- Modelo Pactos Comunitarios para la Prevención Selectiva e Indicada de riesgos y mitigación de daños por consumo de alcohol
- Recursos locales para prevención y mitigación de problemas por consumo de alcohol
- SIDIES: Sistema de diagnóstico estratégico.
- Instrumentos de tamizaje y seguimiento de la EPC
- Evaluación de proyectos: Seguimiento de procesos, Sistematización de información y análisis.

Esta preparación será realizada por expertos en el tema de alcohol, seleccionados y acompañados por la Secretaría de Salud, entrenados en la estrategia, específicamente con funcionarios de Programas de Salud Mental, Comité de Prevención de Drogas y Pactos por la Vida, Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar y Universitaria.

Pares Comunitarios

Son líderes comunitarios, con reconocimiento y aceptación local de su labor como actores de la participación social; preferiblemente bachilleres o técnicos, que serán vinculados laboralmente a la EPC; deben tener conocimiento del municipio y principalmente de los líderes que allí operan y de las formas de convocar y motivar a la comunidad a la participación. Además, es importante el dominio de equipos de cómputo y software básico.

Su responsabilidad está en apoyar la labor de los Operadores Comunitarios en la convocatoria, localización de espacios de reunión, coordinación de logística de reuniones y otras actividades comunitarias (llamadas, contactos, refrigerios, materiales, planeación y realización de eventos, levantamiento de información de asistencia, instrumentos aplicados, recolección de información, firmas, acuerdos, visitas domiciliarias).

Paso Dos: Conformación y desarrollo de un Grupo Gestor:

El Grupo Gestor es el respaldo municipal y, especialmente del sector salud, a la EPC; sus miembros son funcionarios de varios sectores, particularmente los involucrados en programas de prevención de consumo de psicoactivos, de salud mental, de desarrollo social y de fortalecimiento de las redes comunitarias. Es importante que en él (Grupo Gestor) participen miembros de la Secretaría de Tránsito, de las Comisarías de Familia, líderes comunitarios y representantes del gremio de los expendedores de licor. Se conforma por decisión de la Secretaría de Salud quien lo lidera y nombra su coordinador.

El proceso que llevará a cabo el Grupo Gestor se centra en el apoyo a los Operadores Comunitarios y Pares Comunitarios para la implementación de la EPC y su articulación con programas como Pactos por la Vida, Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar y Universitaria, si estos programas se están desarrollando en el municipio.

Las responsabilidades del Grupo Gestor o del equipo de salud mental municipal son:

Realizar un diagnóstico situacional de problemas por consumo de alcohol en el municipio, incluyendo su magnitud, riesgos, consecuencias, recursos municipales para enfrentarlos y necesidades.

Capacitación de los Operadores Comunitarios y Pares Comunitarios, dejando claras las rutas de atención (servicios de salud, servicios de justicia, servicios psicosociales).

Selección de Comunidades a intervenir según criterios (ver anexo 1: Criterios de Selección de Comunidades)

Apoyo al trabajo de los Operadores Comunitarios y Pares Comunitarios:
Articulación de la estrategia Pactos Comunitarios con el Programa Pactos por la

Vida y otros programas comunitarios en materia de reducción de consumo de SPA.

Apoyo logístico para ubicación de reuniones e intervenciones comunitarias
 Articulación intersectorial (Secretaría de Desarrollo, Secretaría de Gobierno, entidad de control de sitios de expendios de licor, Secretaría de Tránsito, Comisarías de Familia, Policía, Red de servicios de atención en salud).

Apoyo y participación activa en la sistematización y análisis de la información de la EPC dando como resultado la Evaluación y Realimentación de la EPC. Esta se realiza anualmente y dará como resultado ajustes a la EPC.

El proceso del Grupo Gestor puede observarse en la siguiente figura:

Figura 4. Procesos de implementación del Modelo Pactos Comunitarios y la relación entre el Grupo Gestor y las Comunidades Operativas



Paso Tres: Conformación de Comunidades Operativas:

Para el desarrollo de las actividades de este paso se utiliza como metodología el Sistema de Diagnóstico Estratégico (SIDIES)^{VIII}; ha sido propuesta por el MSPS de Colombia para el desarrollo de otras estrategias de la Política Nacional de Reducción de consumo de SPA; su fortaleza consiste en que no se limita sólo al diagnóstico participativo de una problemática sino que además es utilizada para abordar, intervenir e investigar, la acción y la transformación de las mismas comunidades lo que implica aumentar el empoderamiento de éstas.

Si se resume el proceso de aplicación del SIDIES éste atraviesa por tres momentos:

Caracterizar la población donde se va a desarrollar la EPC

Iniciar los encuentros para el diagnóstico del fenómeno o problema en el contexto de la población (construcción del conocimiento) y

Buscar y proponer alternativas de solución para luego acompañar y evaluar el desarrollo de éstas.

Caracterizar la población

Una vez se seleccione la comunidad se compila información sobre la historia del territorio (o de la forma como el grupo se forma en caso de no ser una vecindad): su ubicación geográfica y administrativa municipal, número de habitantes, composición de los hogares, sucesos importantes positivos y negativos acontecidos en el último tiempo, recursos accesibles (instituciones educativas, de salud, justicia, iglesias, recreación y cultura, espacios comunitarios, fiestas o eventos, etc.).

Luego de la selección de Comunidades Operativas por el Grupo Gestor se procede a establecer contactos con los líderes reconocidos en estas comunidades; aunque la EPC está dirigida a poblaciones más vulnerables, es recomendable iniciar por aquellas que han sido intervenidas a través de programas de salud o de desarrollo y que se encuentran “activas”^d; se cita a una primera reunión a líderes o miembros de un grupo o territorio.

Para compilar la información del proceso de cada Comunidad Operativa que se forme se sugiere llevar un diario de campo (ver Anexo) que recoge la actividad de los Operadores Comunitarios y de los Pares Comunitarios.

^d Por comunidades “activas” se entiende aquellos grupos de vecinos, padres de familia, líderes, jóvenes, mujeres o cualquiera que esté adelantando actualmente un proceso comunitario y que tienen conformada una estructura organizacional o parte de ella (liderazgos reconocidos, planes, diagnósticos, comunicaciones, actividades continuas, reconocimiento de sus miembros)

Identificación de líderes de opinión y líderes naturales^e: el objeto es reconocerlos, establecer empatía y motivarlos a participar en la EPC; esta citación, y todas las posteriores, se deben sistematizar en un formato donde se anotan sus nombres, direcciones electrónicas y teléfonos y, en éste mismo, se recoge luego información de quienes asisten (ver Anexo 2).

Metodología:

Compilar nombres y direcciones a través de otros programas de salud y bienestar que se desarrollen en la comunidad elegida por el GG.

Contactar estas personas y citarlas en un lugar y fecha según su disponibilidad.

Motivarlos a participar en la EPC a través de una presentación corta y clara seguida de una reflexión sobre su percepción del fenómeno del alcohol y el interés en cambiar los problemas asociados.

Enfatizar que la meta no es crear una comunidad abstemia sino una con menos riesgos y daños por consumo de alcohol.

Compilar los nombres de otras personas que quieran formar parte del grupo enfatizando en que se inviten también personas con problemas con el consumo de alcohol o sus familiares y compartir con ellos la información del territorio y la población a través de documentos o internet (ver Anexo 2).

Evaluación:

Proporción de personas asistentes entre el total de los citados.

Proporción de interesados en el tema y en la participación al final de la reunión

Instrumento

Listado de asistencia (ver anexo 2)

Bitácora de participación (ver anexo 5)

Terminada la reunión se fija una cita y lugar para la segunda reunión.

Inicio de la Conformación de una Comunidad Operativa

Tiene como objetivo constituir un grupo como “comunidad”^f y comprometerse con el trabajo de la EPC. Por lo tanto, se debe conseguir la integración de los participantes al grupo y plantear brevemente lo que se espera de la EPC y plantear un esquema de organización y compromiso para todos los miembros de

^e Los líderes de opinión son aquellos cuyos mensajes son reconocidos y aceptados por un sector de la comunidad y “saben de que hablan”; un líder natural es una persona que motivan o influyen a otros a conseguir un objetivo a través de diferentes medios y es reconocido en el ámbito de ese objetivo social. Pueden estar representados en la misma persona.

^f Se entiende por comunidad, para esta guía, un grupo de personas que comparten un interés común y que trabajan para comprenderlo, analizar las implicaciones que tiene para ellos y plantear acciones o soluciones en torno al tema.

esta “naciente” comunidad⁹. Se parte de la selección de comunidad que se hizo en el GG y se completa con personas que sugieren los líderes de opinión y naturales. Debe citarse una comunidad operativa de adultos y una de jóvenes y comenzar las actividades de manera separada.

Metodología:

Realizar una dinámica de presentación (puede utilizarse técnicas como “presentación por parejas”, “nombres escritos”, etc.)IX

Expectativas ante la reunión

Motivarlos a participar en la EPC a través de una presentación corta y clara seguida de una reflexión sobre su percepción del fenómeno del alcohol y el interés en cambiar los problemas asociados.

Enfatizar que la meta no es crear una comunidad abstemia sino una con menos riesgos y daños por consumo de alcohol.

Aplicar escala de actitudes hacia el alcohol y explicar los resultados sin hacer señalamientos.

Repartir bitácora de participación enfatizando la necesidad de entregarla al finalizar el proceso de la EPC o si cuando se retiren de éste.

Citar a la tercera reunión.

Evaluación:

Proporción de personas asistentes entre el total de los citados.

Proporción de interesados en el tema y en la participación (bitácoras repartidas y devueltas)

Actitudes hacia el alcohol (favorecedoras o no del consumo del alcohol); tener presente la fecha pues se volverá a aplicar al finalizar el proceso para medir cambios en estas actitudes. Los encuestados deben anotar al menos la cédula para comparar con la segunda aplicación

Cada persona reconocerá sus actitudes ante el alcohol al comparar su puntaje con las instrucciones..

Instrumentos:

Listado de asistencia

Bitácoras de participación

Escala de actitudes. Ver anexo 3.

Diagnóstico de problemas comunitarios y problemas por consumo de alcohol (construcción del conocimiento)

El objetivo es identificar las representaciones sociales de la comunidad sobre los problemas que más los preocupan y ubicar el lugar que ocupan los problemas por

⁹ Si es una comunidad “activa” puede omitirse esta actividad y pasar a la siguiente.

consumo de alcohol; no siempre están de acuerdo en que el alcohol ocupa un lugar en estos problemas puesto que existe una fuerte aceptación social de este consumo e incluso de sus consecuencias (por ejemplo se acepta como algo gracioso la embriaguez de los amigos).

Metodología:

Comenzar por un ejercicio de aspectos propios de la comunidad, como quienes somos, cuales son los líderes del grupo, dónde viven, qué significa que haya más mujeres que hombres o al contrario, como se han resuelto otros conflictos en esta comunidad, éxitos y fracasos en la acción comunitaria y sus causas.

Identificar los principales problemas de la comunidad; puede emplearse una dinámica de tarjetas donde cada persona escribe el problema que más le preocupa; se colocan en la pared y se organizan iniciando con el que se repite en mayor número de tarjetas, luego el segundo, el tercero, etc. El Operador Comunitario puede poner una tarjeta con algún problema relacionado con el consumo del alcohol.

Discutir el orden de los problemas y el lugar que ocupa el alcohol entre ellos destacando la relación que éste consumo tiene con la convivencia, la violencia, la accidentalidad, la pobreza, el maltrato, el abandono, el desempleo, los daños a la salud, el embarazo no deseado, el ejemplo para los niños y adolescentes; esta discusión requiere una buena formación en el tema de problemas con el alcohol. Ver Anexo 7.

Si la comunidad está de acuerdo se procede a explicar con mayor detalle los planteamientos de la EPC y la necesidad de planear estrategias desde la misma comunidad para que la prevención y la mitigación de los problemas por consumo de alcohol sea realmente efectivas.

Citar a la cuarta reunión.

Si no están de acuerdo con trabajar sobre el problema del alcohol, se les explica que el objetivo de la EPC es trabajar sobre éste pero que se les vinculará con la entidad correspondiente para que les apoye con el problema seleccionado y se procede a formar una nueva comunidad operativa.

Evaluación:

Gráfico con los problemas discutidos y su relación con el problema del consumo de alcohol.

Instrumento:

Recolección de la información de aspectos generales y problemas comunitarios transcrita por el Par Comunitario

Identificación de Representaciones Sociales:

Representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad (1):

Es importante un buen conocimiento y comprensión de las representaciones sociales (RS) del consumo de alcohol en cada comunidad, puesto que para promover el cambio de actitudes y conductas que se constituyen en riesgos para el consumo problemático de alcohol, este ejercicio es imprescindible^x.

Habría que realizar una serie de encuentros, ojalá con diferentes grupos para explorar las RS. En esta reunión inicial se trata de aclarar los imaginarios sobre el consumo del alcohol y comenzar esta aproximación. Se inicia con un ejercicio de sensibilización sobre el tema, se utiliza el instrumento AUDIT (ver anexo 4) para medir la problemática individual con este consumo y finaliza con sugerencias sobre lo que se requiere hacer en cada caso.

Metodología:

Se inicia preguntando entre los asistentes si conocen un caso de una persona o familia afectada por el problema del alcohol; se les pide que no mencionen nombres.

Luego se procede a utilizar tarjetas para que cada persona escriba una palabra que para ella represente el consumo de licor. Estas se colocan en la pared en un lugar visible para todos

Luego se hace un listado de creencias sobre el consumo de alcohol en la comunidad: razones para hacerlo (consumir licor), razones para no hacerlo; se lanzan preguntas dinamizadoras como: ¿y si lo hace un menor de edad?, ¿y si lo hacen los niños? ¿y si lo hacen las mujeres?, ¿Cuáles serían las ventajas de consumir alcohol?, ¿Cuáles serían las desventajas? Estas también se escriben en tarjetas y se colocan en otra pared visible para todos.

Al final se hace un resumen de las creencias sin clasificarlas como buenas o malas sino clarificando lo que cada uno quiere expresar al respecto.

Citar a la quinta reunión

Evaluación:

Gráfico con las creencias identificadas, listado con las palabras que para ellos representa el consumo de licor y la manera como las agruparon. Fotografías del mural construido.

Prevalencia de beber riesgoso, beber problema y dependencia con el AUDIT, en la CO para unirlo con otras CO del municipio.

Instrumentos:

Recolección de la información de creencias y problemas comunitarios transcrita por el Par Comunitario.

AUDIT, instrumento para captar problemas con el alcohol en población mayor de 15 años. Anexo 4
Listado de asistencia
Bitácoras de participación

Recomendaciones para aplicar el instrumento AUDIT:

Hacerlo individualmente; sólo se hace en pareja si alguien tiene una incapacidad; se les ayuda a sumar y sacar el resultado pidiendo que formulen las preguntas pertinentes^h; se explica qué debe hacer cada uno según las instrucciones que figuran en el instructivo del AUDIT y que se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro de puntajes del AUDIT, resultados e intervenciones sugeridas para cada caso.

PUNTAJE DEL AUDIT	RESULTADO	INTERVENCIÓN
0 a 7	Beber sin riesgo	Educación y refuerzo de conducta de abstinencia
8 a 15	Beber riesgoso	Consejería.
16 a 19	Beber problema	Se refiere a consulta de salud mental para diagnóstico e indicación de intervención preventiva o terapéutica.
20 y más	Dependencia al alcohol	Se refiere a consulta de salud mental para diagnóstico e indicación de intervención terapéutica.

Consideraciones con el AUDIT:

A toda persona mayor de 15 años en quién se detecte beber en riesgo se le indicará una consejería.

A toda persona mayor de 15 años en quién se detecte beber problema se le indicará una evaluación de su salud física y mental, y, si corresponde, se le ofrecerá tratamiento.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (Beber sin riesgo: 0 a 6; Beber con riesgo: 7 a 15).

Entre 15 a 19 años, el punto de corte es 6 (Beber sin riesgo: 0 a 5; Beber con riesgo: 6 a 15).

En la mujer embarazada el punto de corte es 1, ésto es, cualquier nivel de ingestión de alcohol debe ser considerado riesgoso.

^h**NOTA:** Es necesario tener la mayor prudencia con cada pregunta y caso; si es necesario se debe tener entrevista individual posterior con algunas personas para remitirlas adecuadamente a servicios de salud.

Representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad (2):

Metodología

En ésta se puede indagar sobre relaciones más específicas de actividades cotidianas y el consumo de licor, se elige cuál aspecto indagar según la dinámica de la reunión anterior, puede proponerse en forma de conversatorio en mesa redonda haciendo algunas preguntas dinamizadoras y que causen controversia entre los asistentes.

Se trata de establecer para los asistentes cuál es la relación del consumo de licor y el sexo, el licor y conseguir pareja, el alcohol y divertirse, el alcohol y celebrar un triunfo, el alcohol y los problemas, el alcohol y los accidentes, el alcohol y la salud, el alcohol y los negocios, el alcohol y el trabajo etc. Recuerde que no hay respuestas malas ni buenas, no se debe colocar cara de aprobación o desaprobación puesto que lo que se busca es saber lo que la gente realmente piensa y siente. Se puede hacer en forma de conversatorio y trayendo frases de canciones alusivas al tema o refranes populares o comerciales que estén de moda en el momento incitando al consumo de licor. Se registra la información con ayuda de un relator que anota lo que la gente dice en voz alta y sobre todo lo que conversan entre ellos y los comentarios.

Se hace el cierre de la actividad con un ejercicio de percepción y comentarios sobre las noticias que hayan sido relevantes en el tema de alcohol en el país por ejemplo aprobación o discusión de alguna ley que cause controversia o accidentes automovilísticos renombrados. Es importante recoger la opinión de los asistentes tal como la expresen sin intentar cambiarles la opinión o “educar”.

Citar para la sexta reunión.

Evaluación:

El Par Comunitario hará la transcripción de la gráfica de las relaciones establecidas entre consumo de licor y diferentes aspectos de la vida cotidiana propuestos. Complementarla con la transcripción de los imaginarios sobre consumo de alcohol contenido en el audio de la discusión, para el diagnóstico de representaciones sociales del alcohol en el municipio. Se imprime y se entrega a la comunidad en la siguiente reunión.

Resumen de los comentarios y percepción de las noticias relevantes en el tema de alcohol. Fotografías del material producido en el encuentro.

Instrumento:

Recolección de la información de relaciones establecidas entre consumo de licor y diferentes aspectos de la vida cotidiana propuestos, transcrita por el Par Comunitario.

Listado de asistencia

Bitácoras de participación

Representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad (3):

Metodología

Para esta sesión llevar reproductor para colocar canciones de moda o populares que hagan alusión al consumo de alcohol, propagandas radiales o de televisión.

Se inicia con la elección se emite y luego se genera la discusión

Explorar algunos mitos y creencias: por ejemplo “consumir licor te hace más atractivo”, “consumir licor te ayuda a vencer la timidez”, “consumir licor te ayuda a ser más popular y aceptado”, “consumir licor te hace mejor bailarín”, “consumir licor te hace ser mejor conversador”, “consumir licor te hace mejor conductor” etc. Prestar especial atención a los argumentos que se presentan para cada creencia, si fue transmitida en la familia o por los amigos o por su propia experiencia etc.

Reflexión sobre algunas de las costumbres en la comunidad: por ejemplo que los menores de edad sean los que hacen los mandados y compran licor para los adultos, que se permite el consumo de licor de menores de edad en las fiestas familiares, se acepta socialmente el consumo de licor en los espacios públicos y otros que se vayan identificando durante las reuniones. Como el facilitador ya ha identificado algunas de éstas si no aparecen las puede hacer explícitas o hacer preguntas para que surjan de los participantes.

Hacer un listado en tarjetas y colocarlas visibles en la pared e invitar a los asistentes para que ellos sean quienes hagan el resumen de las costumbres identificadas entre todos.

Citar para una séptima reunión

Evaluación:

El Par Comunitario hará un gráfico y resumen de los mitos, creencias y costumbres evidenciados en el encuentro; complementarla con la transcripción del encuentro. Se imprime y se entrega a la comunidad en la siguiente reunión.

Fotografías del material producido en el encuentro.

Instrumento:

Recolección de la información de mitos, creencias y costumbres que se evidenciaron en el encuentro transcrita por el Par Comunitario.

Listado de asistencia

Bitácoras de participación

Representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad (4):

Para este momento ya se tienen algunos indicios de cómo se dan estas relaciones en la comunidad y se pueden proponer preguntas dinamizadoras o colocar ejemplos de casos que hayan sucedido en el barrio que hayan causado controversia o consecuencias para los habitantes.

Metodología

Tratar de comprender en esa comunidad como es la dinámica del consumo de licor en el ámbito familiar, laboral o escolar: A qué se asocia el consumo, cómo se dan las conductas de riesgo y a que tipos de riesgo están expuestas las personas o que riesgos para los otros generan sus conductas. Hacer listados de estas conductas.

Identificar las normas sobre consumo de licor en estos ámbitos y que forma de regulación se tiene.

Se escriben en tarjetas por colores diferentes según el ámbito, separándolos claramente y se colocan en un lugar visible para todos.

Citar a la octava reunión.



Comunidad Operativa Juvenil, Neiva.

Evaluación:

El Par Comunitario transcribirá el grafico y hará el resumen de la información sobre dinámicas del consumo de licor en los diferentes ámbitos; normas sobre el consumo y regulación evidenciados en el encuentro; complementarla con la transcripción del encuentro. Se imprime y se entrega a la comunidad en la siguiente reunión.

Fotografías del material producido en el encuentro.

Instrumento:

Recolección de la información de las dinámicas del consumo de licor en los diferentes ámbitos, las normas sobre el consumo y regulación que se evidenciaron

en los diferentes encuentros; esta información será transcritaⁱ por el Par Comunitario.

Listado de asistencia

Bitácoras de participación

Se les entrega a los asistentes el Documento resumen sobre legislación para el alcohol en Colombia. Anexo 11

El resultado de estas sesiones para explorar las representaciones sociales debe ser consignado en un informe que dé cuenta del proceso y será una directriz para el desarrollo de la estrategia durante los 3 años de desarrollo de EPC y será alimentado por los hallazgos posteriores en este proceso.

Percepción de los problemas por consumo de alcohol en la comunidad

Tiene como objetivo la identificación de las percepciones comunitarias de los problemas relacionados con el alcohol en cada territorio o grupo poblacional, así como prepararse para la intervención desde la comunidad.

Metodología:

Se preparan dos tableros o dos paneles con tres o cuatro cartulinas cada uno. En el primero se analizan los problemas por consumo de alcohol en diferentes ámbitos; éstos son seleccionados por la CO y se marcan las cartulinas con el nombre de éstos ámbitos: por ejemplo, familia, trabajo, pareja, bares, si es una COA; o puede ser: colegio, universidad, amigos, deporte, familia, sin son jóvenes (COJ).

Cada persona escribe los problemas que percibe (uno por tarjeta) y las pega en el ámbito correspondiente.

Se abre una discusión sobre cuales son los principales problemas, teniendo en cuenta los imaginarios que han ido emergiendo del consumo de alcohol. En esta discusión se identifican también la legislación vigente en Colombia y las normas sociales, es decir los comportamientos, valores, sanciones, creencias, que hacen que las personas se comporten de una u otra manera hacia el consumo del alcohol.

En el segundo tablero se marca cada cartulina con el nombre de los ámbitos donde deben resolverse los principales problemas seleccionados en el primer tablero. Por ejemplo: familiar, expendio de licores, calle, tránsito, servicios de salud, apoyo barrial. Luego de llegar a un acuerdo ¿Quiénes son los responsables de la solución en cada uno?

Se coloca en un lugar visible el resumen de la legislación vigente en Colombia, la cual se puede estar consultando durante el encuentro, cada uno tiene una copia que se le entregó en la sesión anterior.

ⁱ Transcripción es pasar los registros de audio o video a lenguaje digital

Se graba la discusión en audio y se anotan los nombres de las responsabilidades en cada uno, destacando las que son responsabilidad del ámbito comunitario. Se entrega de nuevo la Escala de Actitudes hacia el alcohol y se pide que se responda para el próximo encuentro. Se acuerda la fecha y lugar para la novena reunión

Evaluación

Documento sobre los problemas con el consumo de alcohol según ámbitos de intervención y responsabilidades comunitarias.
Documento con las normas sociales identificadas
Listado de asistentes
Recolección de actitudes (postest).

Instrumento

El Par Comunitario elabora el documento a partir de la transcripción de la grabación de la discusión anterior y los acuerdos logrados sintetizando en una gráfica los ámbitos de intervención y las responsabilidades y las normas sociales identificadas; se envía a los participantes.
Escala de actitudes hacia el alcohol

En el anexo 9 se observa un cuadro resumen de los momentos del SIDIES^j el cual se desarrolla a lo largo de los tres años de desarrollo de la EPC.

Paso cuatro: Plan y desarrollo de intervenciones comunitarias:

Planeación de intervenciones

El objetivo es construir en forma participativa un plan de acción comunitario para disminuir los problemas por consumo de alcohol en la comunidad. También se recoge las actitudes hacia el alcohol y se ofrece información para que cada persona pueda saber si cambió sus actitudes.

Metodología:

Con ayuda de una cartelera (o tablero, o diapositiva) se explica cuales son los puntajes que indican actitudes proclives hacia el consumo del alcohol; cada persona debe tener el resultado de la aplicación del instrumento al inicio del proceso; se comparan los puntajes iniciales con los finales y se aclara si el grupo cambió o no de actitud.

Diseñar un marco lógico^k de estrategias, acciones, responsabilidades, recursos, costos, de acuerdo a los problemas que sea posible intervenir desde la

^j Sistema de Diagnóstico Estratégico, SIDIES

comunidad, teniendo como insumo los documentos elaborados en el grupo con anterioridad. (Ver ejemplo Anexo 8).

Se divide el grupo en subgrupos y cada uno “adopta” el ámbito de intervención y el problemas que más le interese^l; cuando todos tienen su tema, trabajan sobre el problema, seleccionando la estrategia o las estrategias de solución, las acciones necesarias, los responsables y los recursos, identificando particularmente los que se encuentran disponibles en su comunidad: recurso humano voluntario (profesionales, líderes, investigadores, expertos), locativo, programas municipales o de organizaciones que se conocen, servicios de salud en el territorio o cercanos, relaciones con personas que pueden ayudar en cada estrategia (policía, tránsito, dueños de tiendas, bares y discotecas, profesores, líderes), asociaciones de usuarios de servicios o de transportadores, expendedores de licor, alfabetizadores, practicantes universitarios, medios de comunicación locales (periódicos, carteleros, emisoras, canales).

Se realiza un plan de costos para cada acción

Cada grupo entrega el producto de su trabajo para ser sistematizado por el Par comunitario y el Operador Comunitario y se programa la decima reunión.

Evaluación:

Desarrollo del Plan de acción para los problemas detectados

Desarrollo de presupuesto global.

Listado de asistencia

Instrumentos:

Diagnóstico de recursos realizado por el Grupo Gestor.

Marco lógico del plan de intervenciones para disminuir los problemas por consumo de alcohol.

Trabajo del Par Comunitario, del Operador Comunitario y de los voluntarios para sistematizar toda la información y elaborar el marco lógico del plan y el presupuesto que se envía luego a los participantes.

Pactos Comunitarios para disminuir problemas por consumo de alcohol

A partir del trabajo por grupos y los documentos elaborados anteriormente se realizan “pactos comunitarios” que den cuenta de las responsabilidades de cada integrante y grupo, firmado por ellos y recolectando firmas de actores de apoyo. Un ejemplo de pacto comunitario sería el siguiente documento:

^k El enfoque de marco lógico es una herramienta analítica para la planificación de la gestión de proyectos orientados por objetivos. Consiste en organizar los elementos de la estructura de la EPC, resumiendo el proceso y posibilitando la comprensión de los resultados esperados.

^l Estos ámbitos y problemas identificados son los factores de riesgo a tener en cuenta para la prevención selectiva.

Ejemplo de un documento de pacto comunitario

PACTO COMUNITARIO

Nosotros, los abajo firmantes, habitantes de la comuna 1 del municipio de Chigorodó, Antioquia, nos comprometemos a realizar **la estrategia de prevención y mitigación del consumo de alcohol en menores** según el plan comunitario construido el 4 de marzo de 2013 y que implica las siguientes acciones: Educación de nuestros niños, niñas y jóvenes a través del dialogo y del ejemplo, educación y compromiso de los responsables del expendio de alcohol en el barrio y la comuna para disminuir la venta de alcohol a menores, vigilancia y control del expendio y oferta de licor, fortalecer relaciones con los entes de control (policía, personería, autoridades municipales) para ayudar al control y a la aplicación de sanciones oportunas a quienes incumplen la norma de prohibición de venta de licor a menores.

Dado en Chigorodó, Antioquia, el 10 de marzo de 2013.

Firmas

Estos pactos se van acumulando, acompañado toda la documentación que se recoge durante el proceso de las Comunidades Operativas para luego realizar la evaluación de la EPC: actas de reunión, listados de asistencia a reuniones y eventos, fotografías, grabaciones, instrumentos (AUDIT y escalas de actitudes), acuerdos y pactos, bitácoras personales, diarios de campo.

Intervenciones Comunitarias.

Las intervenciones comunitarias según lo anotado en el Modelo Pactos Comunitarios^{XI} se clasifican según los ámbitos o escenarios y las poblaciones afectadas por problemas por consumo de alcohol según las estrategias propuestas por la OMS (ver anexo 7):

1. Medidas para reducir la disponibilidad de alcohol: En el caso de la comunidad se relaciona con la cantidad de alcohol disponible en la casa y la restricción del acceso de éste a los menores de edad; también con la vigilancia mancomunada entre la autoridad y los habitantes sobre los expendios ilegales (sin licencia de venta de alcohol, como por ejemplo vendedores ambulantes) y acuerdos pedagógicos o operativos educativos en sitios de rumba (expendios legales) sobre

la cantidad de alcohol que suministran a personas en estado de embriaguez y la vigilancia de la seguridad de éstas.

2. La anterior se relaciona con la vigilancia al precio del alcohol, pues las “rebajas” o “dos por uno” o “happy hours” (u horas felices gratis de alcohol) constituyen un riesgo para aumentar el consumo, en jóvenes especialmente.

3. Vigilancia de la venta de licor a menores por medio de acuerdos y sesiones pedagógicas con expendedores de licor, meseros y todos los relacionados con el comercio; se puede buscar con las autoridades municipales la expedición de certificado de EXPENDIOS SEGUROS, cuando estos establecimientos se comprometen a cumplir con la norma sobre menores y proteger a sus clientes embriagados.

4. Redactar PACTOS COMUNITARIOS entre familias para regular la cantidad de alcohol que se compra y se ofrece en las fiestas familiares o vecinales, especialmente cuando hay menores de edad; extender estos pactos a las instituciones educativas, culturales y de participación social.

5. Incluir en las estrategias pedagógicas y de acuerdos comunitarios el análisis crítico a los productos comunicacionales (TV, radio, afiches, pancartas, patrocinios de deporte, etc.) cuando estos promueven el consumo ilimitado y juvenil de alcohol y controlar su difusión en ambientes juveniles (escenarios deportivos, culturales y de recreación).

6. Difundir el mensaje de “cero alcohol al volante” para todos: familias, vecinos, conductores públicos y privados; apoyar a las autoridades en la realización de alcoholemias a conductores; utilizar las estrategias de “entrega las llaves”, “conductor elegido”, uso de conductores sustitutos de las aseguradoras.

7. La educación sobre el alcohol que se realiza solamente en las aulas no es efectiva; es necesario acompañarla de normas familiares, comportamientos ejemplares y claridad en lo que es “saludable” respecto al consumo de bebidas alcohólicas.

8. Utilizar la propuesta de Pactos por la Vida de las 9 “C” que contiene tips para prevenir problemas por consumo de alcohol. Ver Anexo.

Estas estrategias deben complementarse con educación a las comunidades para que detecten quien podría necesitar ayuda, cuáles son los tratamientos necesarios cuando las personas tienen problemas con el alcohol; es necesario tener la “red de servicios” establecida por los miembros del Grupo Gestor y conocer las competencias de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Colombia y los mecanismos de acceso a servicios para que las CO puedan tener claridad sobre cómo ayudar a otros; las diferentes ayudas se detallan en el Instrumento AUDIT (ver anexo 4) donde se orienta a donde remitir según el grado de problemática y que se resumen en:

Prevención por medio de la educación y la formación (Dirección Local de Salud-Administradoras de Riesgos Profesionales).

Orientación por medio de Comunidades Operativas de la EPC.

Orientación en grupos de apoyo de promoción y prevención en las instituciones de salud (Empresas Prestadoras de Servicios régimen subsidiado y contributivo, Administradoras de Riesgos Profesionales).

Valoración por profesionales (médico, psicólogo, trabajadores sociales) para definir qué se debe hacer en cada caso. (Empresas Prestadoras de Servicios régimen subsidiado y contributivo, Direcciones Seccionales de Salud para población vinculada).

Terapia de sostenimiento: psicoterapia, farmacoterapia y terapia familiar.

Asistencia a grupos de apoyo comunitarios como Alcohólicos Anónimos.

Tratamiento de desintoxicación por el alcohol (Empresas Prestadoras de Servicios régimen subsidiado y contributivo, Direcciones Seccionales de Salud para población vinculada).

Tratamiento de rehabilitación por dependencia al alcohol (Empresas Prestadoras de Servicios régimen subsidiado y contributivo, Direcciones Seccionales de Salud para población vinculada).

Las iniciativas de la comunidad deben consolidarse en un plan que recoja los objetivos de la intervención, las actividades con las que se consiguen, sus responsables, costos y fechas de realización; la comunidad debe tener un número de encuentros que dependen del número y complejidad de las intervenciones planeadas; estas intervenciones dependen básicamente del recurso con que cuenta la comunidad y para ello debe tener un inventario de los recursos humanos, logísticos y financieros; es necesario contar con el apoyo financiero de los municipios y sus programas de reducción del consumo de SPA, pero la comunidad cuenta con recursos (especialmente humanos y locativos, además de incluir los que existen en los presupuestos participativos) que al ser incluidos en un plan y un presupuesto, viabilizan^m (consiguen el aval político) los planes presentados al municipio.

A continuación se presenta un ejemplo de un plan de dos intervenciones comunitarias con objetivos diferentes pero complementarios:

Plan de intervenciones comunitarias y presupuesto

Fecha: Marzo de 2013

Municipio: Bucaramanga

Comunidad Operativa Adultos (COA) del Barrio Morro Rico

Intervención 1:

Nombre: Sancocho comunitario; Lugar: Barrio Morro Rico, parque central; fecha de la intervención: Marzo 29

Objetivo: Multiplicación de Comunidades Operativas. Invitación a otros habitantes del barrio a conocer la Estrategia Pactos Comunitarios, sensibilizarlos sobre los problemas con el consumo del alcohol y motivar reflexión sobre esta temática.

^m Viable es un proyecto o plan que es aprobado desde el punto de vista de los intereses políticos; factible es aquel que cuenta con recursos. Tiene mayor factibilidad un plan que tiene viabilidad.

Breve descripción: Convocatoria por medio de carteles, perifoneo, llamadas; participantes esperados: 50 personas. Actividades: Montaje del fogón, juego de roles, premios, repartir volantes y reflexionar sobre las 8 “C”.

Presupuesto:

RUBRO	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Recurso Humano			
Cocineras (3)		4 horas	
Carteleros (3)		4 horas	
Director juego de roles		2 horas	
Perifoneo y llamadas (3)		6 horas (todos)	
Volantes 8 “C” (fotocopias)	100	50	5000
Cartulinas	1000	10	10000
Marcadores	8000 (caja)	2	16000
Madera	5000 (caja)	4	20000
Fósforos	500 (caja)	1	500
Olla	30000	1	30000
Mercado	200000	1	200000
Servilletas	3000 (paquete)	2	6000
Vasos	6000 (docena)	5	30000
Gaseosas	5000 (litro)	5	25000
Premios	30000	2	60000
Sombreros (7)		Prestados	
TOTAL			402000

Intervención 2:

Vista a las tiendas del barrio, comunidad operativa de adultos con la comunidad operativa juvenil.

Lugar: Objetivo: motivar al cumplimiento de la norma de restricción de venta de licor a menores

Breve descripción: Identificar las tiendas o negocios del barrio donde pueden venderle alcohol a los niños y niñas, preferiblemente con nombre del dueño; planear visitas; nombrar un “palabrero”ⁿ y planear lo que se va a decir y a entregar en cada visita; redactar un documento donde los tenderos se comprometan a cumplir la ley y entregarles un afiche con la reglamentación.

ⁿ “palabrero” es aquel que se nombra para hablar en representación de los demás con un discurso concertado.

Presupuesto

RUBRO	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Recurso Humano			
Buscador de direcciones de tiendas, bares o negocios		4 horas	
Palabrero o representante		4 horas	
Acompañantes y planeadores		36 horas	
Acta de compromiso de tenderos	100	40	4000
Transporte	5000	16	80000
Afiches con la norma	1000	40	40000
TOTAL			124000

Intervención 3:

Para la Comunidad Operativa Juvenil COJ

Obra de teatro.

Objetivo: Motivar la reflexión de los niños, niñas y jóvenes sobre problemas por consumo de alcohol en el ámbito fuera del colegio los días de mayor consumo de alcohol.

Lugar: afuera del colegio mixto.

Descripción: Los actores son jóvenes que han recibido entrenamiento por la Universidad; la obra motiva la reflexión de la venta de licor a menores y sus consecuencias para las familias y el colegio. Estarán disfrazados y con utilería correspondiente.

Presupuesto:

RUBRO	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Obra de Teatro			
Libretistas (2)		24 horas	
Actores y directores (8)		80 horas (todos)	
Asesoría teatrero	200000	1	200000
Transporte	4000 (5 persona día, por 3 días)	15 viajes (ida y regreso)	120000
Disfraces	120000	5	600000
Utilería (materiales y transporte)	100000	1	100000
Maquillaje	25000	5	125000
Convocatoria	260000	Carteles y marcadores	260000
TOTAL			1405000

Multiplicación de las Comunidades Operativas

La EPC comprende un método para aumentar la cobertura de las poblaciones intervenidas a partir de la selección de comunidades que realiza el GG. Inicialmente se convoca a un grupo muy específico de actores de un territorio y se conforma una Comunidad Operativa de Adultos y una de Jóvenes; a medida que avanzan en el proceso y llegan a las intervenciones (iniciativas comunitarias) éstas contemplan la posibilidad de invitar a otros grupos para conformar nuevas CO y se multiplica la acción con la ayuda de los Operadores Comunitarios y el Par Comunitario, hasta llegar a cubrir todo un territorio previamente definido. Esta metodología puede apreciarse en la figura siguiente:

Figura 5. Conformación de nuevas comunidades operativas para cubrir un territorio o comuna.



Paso Cinco: Evaluación y replanteamiento o ajustes de la estrategia

¿Qué es evaluación?

Es un proceso de comparación de una situación inicial con una final que se obtiene después de una intervención. La evaluación sirve para saber que tanto se alcanzaron los objetivos de la intervención.

Por ejemplo, comparar el número de personas en un grupo que se embriagan el fin de semana al inicio de la EPC con el número de personas que continúan embriagándose después de terminar la EPC. Se espera que al final de la EPC el número de personas que se embriagan sea menor, pero puede ser mayor si en la estrategia aplicada algo no está funcionando como se planeó desde le principio.

Por lo tanto, debe conocerse, desde el principio de cualquier intervención comunitaria, como se comportan (respecto al alcohol) las personas que conforman las Comunidades Operativas para saber, al final de la EPC, si sus conductas (respecto al alcohol) cambiaron como se esperaba. Los pensamientos (conocimientos y creencias) y los comportamientos de las personas se convierten en “indicadores” de evaluación.

¿Qué es un indicador?

Es una característica de un fenómeno (o situación), que, sin explicar todo lo que significa (el fenómeno), puede mostrar como va cambiando.

La participación comunitaria (como fenómeno) se forma a partir de un grupo inicial de personas; pero este grupo puede cambiar en el número (cantidad de

miembros) y en el tipo de personas que lo conforman (cualidad); a medida que pasa el tiempo el grupo acepta nuevos integrantes y otros pueden no continuar. Para evaluar la participación comunitaria es necesario medir cuantas personas fueron a las reuniones y cuáles eran (evaluación cuantitativa y cualitativa); los indicadores son: el número de personas y el tipo de personas que participan y como cambia en el tiempo.

Para ilustrar lo anterior se muestra en las figuras siguientes un grupo de personas en diferentes momentos: si se observa atentamente se pueden ver las diferencias del momento 1 con el momento 2 y el 3; en el 1 y el 3 hay cuatro personas pero... ¡no son las mismas! Sólo dos permanecen. En el momento 2 hay cuatro personas nuevas que no estaban en el 1 y suman cinco... ¡porque se salieron tres! Sólo dos personas llegaron al momento final participando en dos ocasiones (el hombre del celular y la mujer del maletín).

Figura. Fenómeno: Grupo de personas participantes en diferentes momentos de un proceso:



Esta observación de los asistentes a un grupo es lo que se llama “seguimiento” de un proceso. Este se realiza si se conocen los indicadores y además las herramientas para hacerlo; estas herramientas son, en el caso de la participación comunitaria, los formatos o listados de asistencia y la identificación de los sujetos en cada momento del proceso (reuniones); así puede medirse la cantidad de asistentes y la calidad de la participación o grado de permanencia de cada uno en el proceso.

Poniendo un ejemplo del problema que interesa en esta guía, se reconocen al principio de la EPC, personas con problemas por el consumo de alcohol (fenómeno) que pueden tener: embriaguez a repetición, problemas familiares al estar embriagados, conducen vehículos bajo el efecto de bebidas alcohólicas, pérdida del empleo por presentarse en estado de alicoramiento. Estos son los indicadores de algunos problemas por consumo de alcohol, pero existen más.

Si se reconocen y se miden estas situaciones problema en una Comunidad Operativa al principio de la EPC y se vuelven a medir al final, puede saberse si estos problemas cambiaron (disminuyeron o aumentaron) en esa Comunidad.

En el ejemplo anterior los indicadores de problemas por alcohol son (en las Comunidades Operativas):

El número de personas que se embriagan a repetición

El número de personas que conducen vehículos bajo el efecto de bebidas alcohólicas

El número de personas que continúan teniendo problemas familiares por embriaguez

El número de personas que pierden el empleo por presentarse alicorados.

¿Qué se va a evaluar en la EPC?

La evaluación no solamente investiga qué cambió con la estrategia; puede reconocer cómo se ejecutó o gestionó el proceso, qué resultados inmediatos se obtuvieron y que impacto tuvo.

Las evaluaciones se planean desde antes de comenzar la EPC para medir en cada actividad o en cada etapa lo que está sucediendo, teniendo en cuenta que es un proceso proyectado para tres años, pero idealmente debería continuar.

La EVALUACIÓN DE PROCESO se realiza para saber si la implementación de la EPC se está realizando como se planeó; los indicadores de proceso se construyen con base en las actividades del marco lógico o plan de trabajo; ejemplo de estas actividades son: proporción de reuniones desarrolladas con respecto a las planificadas, número de personas vinculadas a comunidades operativas respecto a las que se deseaba beneficiar, formación del recurso humano que trabaja en la EPC durante el tiempo de vinculación. Los indicadores de proceso son, por lo general, de naturaleza administrativa: calidad, eficiencia, sostenibilidad.

La EVALUACIÓN DE RESULTADOS es la que se obtiene al medir los objetivos logrados en la planeación inicial; deben clarificarse desde el inicio o mínimo en el proceso temprano para disponer las herramientas necesarias; la evaluación de resultados implica la eficacia de la estrategia. Por ejemplo, en la EPC uno de sus objetivos es articularse con otras estrategias municipales de prevención de consumo de drogas y alcohol con el fin de identificar comunidades en riesgo y ámbitos de intervención (se deja constancia de esta articulación a través de las actas de reuniones y la asistencia de miembros de otros programas). Los indicadores de resultado de este objetivo son los acuerdos entre programas, las comunidades y los ámbitos seleccionados e intervenidos a través de estos acuerdos.

Otro resultado sería el mejoramiento de la capacidad de respuesta comunitaria para incidir sobre los riesgos y daños relacionados con el consumo problemático de alcohol; los indicadores deben revelar las movilizaciones comunitarias que se realizan para prevenir riesgos y daños por consumo de alcohol; una actitud no favorecedora del consumo de alcohol o de la embriaguez puede medirse con la ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL ALCOHOL un instrumento que mide las creencias, la aceptación del alcohol en relación a la vida cotidiana y la intención de actuar frente a éste; este instrumento debe aplicarse al inicio de las actividades grupales y luego al finalizar el proceso; se espera que las actitudes proclives hacia

el uso de alcohol disminuyan al final de la intervención (ver Escala de Actitudes hacia el alcohol en anexos).

Igualmente se debe llevar registro sistemático de los pactos comunitarios^o, productos comunicacionales de prevención para sus comunidades, denuncias por venta de licor a menores en sus barrios que se anotan en las Bitácoras de cada miembro y en las actas de reuniones comunitarias (ver anexos).

Cada periodo de un año debe dar cuenta de la ejecución de la EPC y allí debe destacarse la forma como se articula a los planes de desarrollo locales, especialmente en los planes de salud, de salud mental (disminución de la violencia, prevención de drogas y salud sexual y reproductiva) y de seguridad vial. Además se destaca como indicador de resultados las decisiones municipales que se toman en torno a las normas de control del consumo, los espacios “libres de alcohol”, la vigilancia de la venta de licor a menores, los horarios de expendio de licor y los compromisos de espacios de encuentro comunitario donde existe una regulación del consumo.

La EVALUACIÓN DE IMPACTO es la que finalmente puede reflejar si la EPC es eficaz, es decir si se consiguió el objetivo principal:

“Desarrollar estrategias comunitarias de prevención selectiva, prevención indicada y mitigación para disminuir riesgos y daños relacionados con el consumo de alcohol a través del fortalecimiento de la movilización y la capacidad de autorregulación en los entornos comunitarios y redes sociales y de servicios, desde la perspectiva de la inclusión social”.

Es una condición indispensable contar con una línea de base de los indicadores de impacto para poder comparar la situación inicial con la que se obtiene al final de varios procesos con diferentes comunidades operativas; se espera que los indicadores de impacto cambien con dos y tres años de la EPC.

Por lo tanto los indicadores de impacto son:

Aumento o estabilidad en la edad de inicio en el consumo de alcohol, en menores habitantes de los sectores intervenidos por la EPC (registros de VESPA, observatorio de drogas municipal).

Disminución de prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez en población intervenida por la EPC (registros de VESPA, observatorio de drogas municipal).

^o Pactos Comunitarios son todos los registros que quedan como conclusión de una reflexión sobre las respuestas o intervenciones comunitarias que se realizan en razón del reconocimiento de los problemas por consumo de alcohol; pueden ir desde acuerdos municipales con aprobación del alcalde hasta acuerdos de familia para prevenir riesgos y daños por esta causa.

Disminución de la accidentalidad vial ligada al consumo de alcohol en habitantes de los sectores intervenidos por la EPC (registros de secretarías de tránsito, registros de SOAT).

Disminución de lesiones por violencia intrafamiliar o interpersonal ligadas al consumo de alcohol (registros de atención por urgencias, reconocimientos forenses, denuncias en Comisarías de Familia, Fiscalía y Policía).

Cambios en el volumen de denuncias por problemas de convivencia familiar por consumo de alcohol (registros de Comisarías de Familia y de Policía).

Disminución de embarazos no planeados ligados al consumo de alcohol (registros de atención prenatal, de partos atendidos, de deserción escolar femenina, de abortos atendidos de habitantes de la zona de intervención de la EPC).

Detección de casos y remisión a servicios de personas con problemas por consumo de alcohol, realizada por miembros de las comunidades operativas y de los Grupos Gestores (ver anexos: Instrumento AUDIT, bitácora de miembros de Comunidades Operativas y Grupo Gestor de la EPC).

Todas estas medidas se realizan referenciadas a las poblaciones intervenidas y dependen de los avances en los sistemas de información de las redes de servicios. Ver Anexo 10 Cuadro de Indicadores de Evaluación de la Estrategia Pactos Comunitarios.

Anexos

Anexo 1. Criterios de selección de Comunidades Operativas para la estrategia Pactos Comunitarios.

Ejercicio de priorización o selección de comunidades

CRITERIOS:	1			2			3			4			5			SUM A
Localización de comunidades (comunidades o división administrativa local, comunidades intervenidas anteriormente, grupos seleccionados por otros criterios, etc.)	Sitio de residencia de personas con intoxicaciones por alcohol (puede usarse otro indicador conocido, ej. Localización de mayor consumo de licor en jóvenes)			Comunas con mejor condición para el trabajo (seguridad, movilidad)			Comunidades intervenidas en los programas pactos por la vida, centros de escucha, ZOE/ZOU (u otro programa que requiera complementar con el tema de problemas por el consumo de alcohol)			Sitios con mayor número de ventas de licor en las ciudades			Comunas con mayor participación comunitaria o con comunidades "activas" por secretaría de desarrollo u otras entidades.			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
COMUNA O GRUPOS IDENTIFICADOS																
1																
2																
3																
n...																

A cada comuna o grupo se le da un puntaje de acuerdo con los criterios de la primera fila:

1 = si la condición es muy baja o casi no se da

3 = si la condición es grave o de máxima calificación

Por ejemplo, si las condiciones de movilidad y seguridad de una comuna u ubicación de un grupo determinado son buenas se califica con 5, porque ello indica que el trabajo será mejor realizado y no se corren riesgos de seguridad para los integrantes y facilitadores y se evitan mayores gastos en el transporte de éstos mismos.

Se califica cada criterio para cada comuna o grupo y se suman los puntajes de cada fila; se enumeran de mayor a menor puntaje seleccionando las comunas o grupos de mayor puntaje y se intervienen el número que esté de acuerdo a la capacidad o recursos disponibles en la estrategia.

Anexo 2. Formato de sistematización de convocatoria (citación a reuniones o actividades) y asistencia.

Citación y asistencia a reuniones de la ESTRATEGIA PACTOS COMUNITARIOS

Reunión No.	Operador Comunitario	Par Comunitario
Objetivo		
Lugar	Número de convocados	
Fecha	Número de asistentes	

CONVOCATORIA			ASISTENCIA		
NOMBRE	TELEFONO	E-MAIL	NOMBRE	CÉDULA	FIRMA

Anexo 3. Escala de actitudes hacia el consumo de alcohol

Tomado de: José A. García-Rodríguez y Carmen López Sánchez. (Coordinadores). Manual de estudios sobre alcohol. Editorial EDAF, España. 2001. Páginas 34 a 41.

Esta escala ha sido construida con la técnica Likert, con cinco categorías de respuesta: Muy de Acuerdo, De Acuerdo, Indiferente, En Desacuerdo y Muy en Desacuerdo. Las respuestas se califican de 1 a 5, siendo 1 la puntuación más favorable al consumo de alcohol y 5 la menos favorable al consumo (se invierten en la calificación según la naturaleza de la frase). Por lo tanto los puntajes mas altos indican una actitud poco inclinada al consumo de alcohol. La escala fue validada en menores por García-Rodríguez y López a partir de otras escalas de los mismos autores en 1986 y 1994.

INSTRUMENTO DE LA ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL ALCOHOL

A continuación te presentamos unas frases relativas al alcohol. Marca con una "X" la que mas se asemeje a tu forma de pensar. Contesta con SINCERIDAD.

	OPINIONES SOBRE EL ALCOHOL	Mu y de acu erd o	De acu erd o	Indif erent e	En des acu erd o	Muy en desa cuer do
1	El alcohol (licor) no debería existir					
2	Me disgusta que exista el licor					
3	Me alegro cuando se prohíbe beber licor					
4	Desprecio absolutamente las bebidas alcohólicas					
5	Estaría dispuesto a ser un consumidor habitual de licor					
6	Estaría dispuesto a consumir licor a cualquier hora					
7	Estaría dispuesto a consumir licor para relacionarme mejor con los demás					
8	Estaría dispuesto a convencer a los demás sobre los peligros de las bebidas alcohólicas					
9	Estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña contra las bebidas alcohólicas					
10	Estaría dispuesto a emborracharme ante cualquier problema grave					
11	Estaría dispuesto a tomar licor con los amigos y las amigas siempre que pueda					
12	Estaría dispuesto a impedir que un niño tome licor					
13	Estaría dispuesto a comprar licor para mi uso y de mis amigos y amigas					

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE ACTITUDES:

	OPINIONES SOBRE EL ALCOHOL	Mu y de acu erd o	De acu erd o	Indif erent e	En des acu erd o	Muy en desa cuer do
1	El alcohol (licor) no debería existir	5	4	3	2	1
2	Me disgusta que exista el licor	5	4	3	2	1
3	Me alegro cuando se prohíbe beber licor	5	4	3	2	1
4	Desprecio absolutamente las bebidas alcohólicas	5	4	3	2	1
5	Estaría dispuesto a ser un consumidor habitual de licor	1	2	3	4	5
6	Estaría dispuesto a consumir licor a cualquier hora	1	2	3	4	5
7	Estaría dispuesto a consumir licor para relacionarme mejor con los demás	1	2	3	4	5
8	Estaría dispuesto a convencer a los demás sobre los peligros de las bebidas alcohólicas	5	4	3	2	1
9	Estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña contra las bebidas alcohólicas	5	4	3	2	1
10	Estaría dispuesto a emborracharme ante cualquier problema grave	1	2	3	4	5
11	Estaría dispuesto a tomar licor con los amigos y las amigas siempre que pueda	1	2	3	4	5
12	Estaría dispuesto a impedir que un niño tome licor	5	4	3	2	1
13	Estaría dispuesto a comprar licor para mi uso y de mis amigos y amigas	1	2	3	4	5

Se suman las respuestas y los resultados serían:

13 a 26: actitud proclive al consumo de alcohol

27 a 51: actitud indiferente o indecisa

52 a 65: Actitud poco proclive o de rechazo hacia el consumo de alcohol

Anexo 4. Cuestionario AUDIT – Problemas con el consumo de alcohol^{pq}

Consideraciones sobre el consumo problema de alcohol

Beber problema es un patrón de conducta de ingestión de bebidas alcohólicas que determina consecuencias negativas para:

- la salud física y mental, tanto de la persona que presenta la conducta (enfermedades médicas, traumatismos, trastornos mentales y del comportamiento), como para terceros (sufrimiento, victimización por violencia, trastornos depresivos, ansiosos y otros en los cónyuges, hijos y familiares),
- el desempeño social, académico o laboral (en este último caso, se extiende también a los compañeros de trabajo) y- la seguridad de la persona misma y de terceros (accidentes de tránsito, laborales o domésticos, nivel y estabilidad de trabajo e ingresos, etc.).

El beber problema es, en consecuencia, un concepto de valor operacional en clínica y en salud pública que incluye las categorías consumo perjudicial (abuso) y dependencia (alcoholismo), establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (1).80% de la población mayor de 15 años bebe alcohol en alguna medida. Alrededor del 60% bebe al menos 1 vez al mes (2), 64 % de los hombres y 50 % de las mujeres. Es en este último grupo donde se concentra el beber problema, que afecta al 15,2% de los mayores de 15 años, 25,6 % de los hombres y 5,8 % de las mujeres (3).

La identificación temprana del beber problema abre una amplia oportunidad para realizar intervenciones breves y efectivas para prevenir la evolución hacia complicaciones mayores. El beber problema casi nunca constituye un motivo de consulta directo o espontáneo. A pesar de ello, puede ser sospechado y detectado a partir de sus múltiples formas de presentación al profesional de salud, sea en la Atención Primaria, en la atención de urgencias o en el nivel de especialidad.

Algunas de ellas son conocidas y bien manejadas (daño hepático, neuropatías periféricas, síndrome de privación severo).Otras, menos evidentes, aunque relativamente frecuentes son: traumatismos de cráneo y heridas del cuero

^p El enfoque de Marco Lógico es una herramienta analítica para la planificación de la gestión de proyectos orientados por objetivos. Los componentes de la estructura de la EPC se integran bajo el enfoque de Marco Lógico, que consiste en organizar los elementos de la estructura resumiendo el proceso y posibilitando la comprensión de los resultados esperados.

^q Tomado de Guía de Medicina Preventiva 2008. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Págs. 76 a 83. 146 páginas.

cabelludo, fracturas costales antiguas, gastritis, diarreas crónicas, arritmias cardíacas en gente joven, impotencia y disminución de la libido, convulsiones en edad media, caídas y desvanecimientos en los adultos mayores, infertilidad no explicada, gota, alteraciones del hemograma como macrocitosis, disminución del recuento de neutrófilos o de plaquetas. También detrás de síntomas de la esfera mental no explicables, como los depresivos, alteraciones de la memoria, insomnio, celotipias, alucinaciones y otras.

Así mismo, el beber problema se encuentra con mayor frecuencia en situaciones sociales detectadas en la atención de salud, tales como, violencia en la familia, negligencia con los niños, accidentes de tránsito, sexo inseguro, ausentismo y desempleo, accidentes laborales.

La utilización de un procedimiento de tamizaje del beber problema es de alta efectividad y costo eficiencia para efectos de detectar y prevenir las complicaciones del beber problema (4). Su administración a la población general permite detectar una proporción significativa de personas que no se encuentran en el grupo que el personal sanitario consideraría "con probable riesgo".

Tamizaje

Los objetivos del tamizaje son:

- Detección precoz del beber problema.
- Detección de la presencia de conductas de riesgo en el consumo de alcohol.
- Entrega de información y orientación sobre opciones de prevención.

Se utilizará el "Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol" (AUDIT del inglés "Alcohol Use Disorders Identification Test"), aprobado y propuesto oficialmente por la OMS para su utilización en la identificación del beber problema en el nivel primario de atención en todos los países, en aplicaciones a población general y en diversos otros escenarios, clínicos, laborales u otros.

Además, ha autorizado hacer las adecuaciones necesarias según aspectos culturales locales. Presenta una alta sensibilidad y una especificidad algo más baja. Parece igualmente apropiado para hombres y mujeres y para diferentes rangos de edad, incluso sobre 65 años (5, 6).

La administración del Cuestionario puede ser hetero o auto-administrado. En forma aislada o como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario sobre estilos de vida o una historia clínica. Ha sido validado en diversos países y culturas y recientemente, fue validado en Chile. (7, 8, 9).

Algunas de sus preguntas incluyen el concepto de "unidad estándar" o "trago". Unidad estándar equivale a 13 gramos de alcohol absoluto, los que están contenidos aproximadamente en:

1 vaso de vino (150 cc);
1 botella de cerveza individual (350 cc.);
1 trago de licor, solo o combinado (45 cc de licor, ejemplos: pisco, ron, whisky, vodka u otro similar).

Lectura de los puntajes obtenidos en Cuestionario AUDIT

El AUDIT incluye 10 preguntas, con 5 alternativas cada una. Las respuestas originan un puntaje, cuya suma representa el puntaje final para la persona. El puntaje final obtenido en el Cuestionario AUDIT, permite discriminar entre cuatro categorías o patrones conductuales ante la ingestión de alcohol y orienta la conducta a seguir. El Beber Problema incluye las últimas dos categorías.

Puntaje obtenido

Patrón de ingestión (alta probabilidad)

0 a 7 Beber sin riesgo
8 a 15 Beber en riesgo (beber riesgoso).
16 a 19 Consumo perjudicial.
20 y más Dependencia al alcohol.

Nota:

- En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (Beber sin riesgo: 0 a 6; Beber con riesgo: 7 a 15).
- Entre 15 a 19 años, el punto de corte es 6 (Beber sin riesgo: 0 a 5; Beber con riesgo: 6 a 15).
- En la mujer embarazada el punto de corte es 1, esto es, cualquier nivel de ingestión de alcohol debe ser considerado riesgoso.

Conducta a seguir según puntaje AUDIT

Una vez determinado, en carácter de probabilidad, el patrón de ingestión de él o la consultante, procede devolver una información clara y franca acerca del significado del puntaje obtenido, proveer la información que corresponde y facilitar un proceso reflexivo que culmine en una decisión personal respecto de un eventual cambio del patrón de ingestión, en ese momento o en el futuro.

La consejería y la referencia a un "chequeo", o estudio más detallado, en una consulta especial, son los instrumentos que se ofrecen para este último propósito.

Intervenciones según tamizaje:

Beber sin riesgo: Educación y refuerzo de conducta de abstinencia.
Beber riesgoso: Consejería.

Beber problema: Se refiere a consulta de salud mental para Diagnóstico e indicación de intervención preventiva o terapéutica.

Dependencia: Se refiere a consulta de salud mental para diagnóstico e indicación de intervención terapéutica.

Es recomendable disponer de una cartilla educativa que se entregue a toda persona que participa de un Examen de Medicina Preventiva.

Características de las diferentes intervenciones:

Consejería:

Corresponde a una consulta tipo entrevista (en algunas ocasiones pueden ser dos consultas), realizada por un profesional de salud, de alrededor de 15 minutos de duración. La consejería constituye una forma de intervención breve, de probada efectividad en el campo de los problemas asociados al consumo de alcohol (10, 11, 12).

Sus objetivos son:

- Confirmar o descartar presencia de Beber Problema, sobre la base de las respuestas al cuestionario y nuevos antecedentes generados durante entrevista.
- Entregar información objetiva sobre los riesgos del patrón de consumo de alcohol y sobre las alternativas y metas para disminuirlo (moderación o supresión).
- Promover una toma de decisión en el consultante respecto de su patrón de consumo y de estrategias conductuales apropiadas, para los próximos meses,
- Entregar elementos de apoyo para alcanzar con éxito esa decisión personal (cartilla educativa)
- Referir a intervención de salud de tipo preventivo o terapéutica, según corresponda.
- Si no hay claridad o concordancia entre cuestionario, reporte y datos de anamnesis, se solicita determinación de nivel plasmático de GGT.

Una segunda consejería, incorpora sus resultados en la información sobre riesgo objetivo y motivación para la conducta a seguir. Si bien, una consejería única en una sola entrevista puede ser una intervención breve suficiente en algunos casos (13), se considera más seguro y recomendable como intervención única en casos de beber en riesgo y como una suerte de preparación a una evaluación más detallada, de la salud física, mental y familiar, si se sospecha un beber problema (14).

La respuesta al Cuestionario y la consejería se constituyen en una primera fase para que las personas así evaluadas pongan en marcha sus recursos personales o acepten atención de salud, sea para reducir el riesgo asociado a su patrón de ingestión de alcohol o para comprometerse en un proceso de tratamiento (16).

Intervención preventiva

La intervención preventiva está diseñada para ser aplicada en el primer nivel de atención. Consiste en un conjunto ordenado de actividades, centradas en facilitar una decisión informada y autónoma del consultante, en orden a moderar o suprimir el consumo (17, 18).

Estará indicada cuando se identifique una persona mayor de 15 años que, sin tener dependencia al alcohol, muestra signos de consumo perjudicial o le resulta difícil o está en desacuerdo con suspender la ingestión. Eventualmente se solicita determinación del nivel plasmático de Gama Glutamil transferasa (GGT), para confirmar presencia de riesgo y motivar a buscar autocuidado o apoyo especializado (intervención breve de carácter preventivo) (19, 20).

Intervención terapéutica

Está indicada cuando se detecta consumo perjudicial y dependencia al alcohol. Está diseñada para ser aplicada en el nivel primario de atención. Eventualmente, se indicará una referencia a tratamiento en el nivel de especialidad, en particular, en casos más severos o con co-morbilidad psiquiátrica que interfiere con la adherencia a la intervención terapéutica.

Procurará lograr aliviar y superar los síntomas de abstinencia, desarrollar una secuencia de contactos con el equipo tratante para estabilizar la abstinencia y prevenir las recaídas, en un régimen ambulatorio, de hospitalización diurna o aúnen régimen cerrado si ello es necesario.

Recomendaciones (según niveles de evidencia)

Investigar e intervenir precozmente el beber problema previene problemas de salud y ahorra sufrimientos a la persona.

A toda persona mayor de 15 años en quién se detecte beber en riesgo se le indicará una consejería

A toda persona mayor de 15 años en quién se detecte beber problema se le indicará una evaluación de su salud física y mental, y, si corresponde

A toda persona que se le detecte dependencia al alcohol se le ofrecerá tratamiento.

CUESTIONARIO AUDIT - Identificación de trastornos por consumo de alcohol para personas de 15 años y más.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro final de puntuación.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) De 2 a 4 veces al mes
- (3) De 2 a 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8, o 9
- (3) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (3) Semanalmente

Pase a las preguntas 9 y 10 sí la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año.

Puntuación total: _____

Anexo 5: Bitácora personal de participación en el proceso de la EPC

Este instrumento se distribuye entre cada uno de los miembros de un grupo gestor o de una comunidad operativa, donde cada participante anota la actividad en la cual participa o la cual desarrolla en forma colectiva o individual; por ejemplo: reunión, redacción de un comunicado (carta, cartelera, e-mail, llamada, convocatoria, contacto), remisión de un caso por problemas con el alcohol, capacitación recibida.

Cada persona se inscribe en una comunidad operativa de manera voluntaria y se compromete a llevar la BITACORA personalmente y entregarla al coordinador en caso que se retire o al finalizar un proceso de intervención; si la persona no puede encontrar el coordinador de las comunidades operativas, lo entrega a un miembro del Grupo Gestor de su municipio.

BITÁCORA COMUNITARIOS COMUNIDADES OPERATIVAS		PACTOS	NOMBRE Y LOCALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD OPERATIVA				NOMBRE DEL PARTICPA NTE
C O N S E C U T I V O	ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN	FECH A INICI O	FEC HA FIN	HOR A INICI O	HORA FIN	RESULTAD O
1	Reunión	Conformar la comunidad de pactos comunitarios en el Barrio Limonar	01/02/2013		6 pm	8 pm	Compromiso o próxima reunión 10/02/2013

Anexo 6: Diario de Campo para el Operador Comunitario y Par Comunitario:

El diario de campo es un formato que debe llenarse después de cada actividad (reuniones, visitas, llamadas, articulaciones, eventos, viajes) tanto con los GG como con las CO. Este diario es la base para evaluar la EPC en cuanto a proceso y resultados como se explicará al final de la guía.

ESTATEGIA PACTOS COMUNITARIOS									
Municipio:									
Nombre del Operador Comunitario / Par Comunitario									
DIARIO DE CAMPO									
Fecha	Tipo de Actividad	Objetivo	Lugar	Duración (Hora)		Número de asistentes	Logros (acuerdos, citaciones, diagnóstico, planes, pactos)	Tareas pendientes y responsables de éstas	Observaciones
				Inicio	Fin				

Anexo 7: Directrices de la Organización Mundial de la Salud para la Prevención y mitigación de riesgos y daños por el alcohol:

Mitigación de problemas por consumo de alcohol:

Palabras claves de búsqueda: Mitigación, alcohol, reducción del daño, reducción del riesgo, reducción de consumos, problemas relacionados con el alcohol, Alcoholismo, Atención primaria.

a. Nivel Internacional

. Aspectos conceptuales:

El abordaje de los problemas relacionados con el uso de alcohol y la formulación de las estrategias para su intervención están orientadas por los resultados de las evaluaciones publicadas, las cuales reflejan los grupos y disciplinas relacionadas e involucran distintas teorías de acción de la intervención política con base en la

evidencia. La carga de la enfermedad y discapacidad atribuible al consumo de alcohol se da principalmente entre los jóvenes y los adultos jóvenes y afecta más a los hombres que a las mujeres.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la SaludXII en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol formuló las directrices en el abordaje para reducir el uso nocivo del alcohol. La Organización Mundial de la Salud, en el año 2006, concluyó al revisar las pruebas sobre los daños atribuibles al alcohol que: “el uso nocivo del alcohol tiene efectos tanto inmediatos como a largo plazo que afectan a todos los aspectos de la vida; la intoxicación por el alcohol menoscaba la seguridad personal por su asociación con la violencia y otras lesiones, la dependencia del alcohol como riesgo importante del consumo excesivo o habitual, y los efectos tóxicos del alcohol que afectan potencialmente a todos los órganos y sistemas del cuerpo; el consumo de alcohol causa importantes perjuicios sociales y sanitarios a personas distintas del bebedor (es decir, a terceros)”.

Al revisar la situación el Comité propuso siete estrategias e intervenciones eficaces:

Estrategia 1: Medidas para reducir la disponibilidad de alcohol:

En general, el número de puntos de venta de alcohol guarda relación con el nivel de consumo de alcohol; el consumo tiende a aumentar cuando aumenta el número de puntos de venta.

Estrategia 2: Precio del alcohol e impuestos sobre el alcohol: Los datos demuestran que el consumo entre los jóvenes es particularmente sensible al precio. Se ha demostrado que las políticas que aumentan los precios del alcohol reducen la proporción de jóvenes que beben en exceso, reducen el consumo de alcohol entre menores, reducen el consumo excesivo episódico, retrasan en el tiempo la intención de empezar a beber entre los adolescentes más jóvenes y frenan la progresión hacia el consumo de cantidades mayores.

Estrategia 3: Restricción de la venta de alcohol: Las edades mínimas de compra influyen tanto en la frecuencia como en las circunstancias del consumo, aunque parecen tener menos efectos en la edad de inicio del consumo.

Estrategia 4: Regulación del contexto en el que se bebe alcohol: Se hizo patente que las medidas sólo serían eficaces cuando estuvieran respaldadas por políticas formales «de la casa» sobre el comportamiento de los empleados y, lo que es más importante, por la aplicación de la ley a cargo de inspectores de licencias de venta o por la policía.

Estrategia 5: Restricciones a la mercadotecnia o marketing del alcohol

Estrategia 6: Medidas contra el alcohol al volante. Las medidas que tienen como propósito reducir el número de víctimas del alcohol al volante figuran entre las estrategias más estudiadas para reducir los problemas relacionados con el alcohol. Por otro lado, hay que reconocer que en muchos países de ingresos bajos las lesiones a peatones ebrios son más comunes que las lesiones de conductores y pasajeros, de modo que es posible que ni siquiera las medidas más eficaces contra el alcohol al volante puedan hacer frente a una parte importante de los traumatismos por accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.

Estrategia 7 Educación y persuasión:

El Comité consideró que, aunque la información y la persuasión son siempre atractivas como intervención para reducir los daños relacionados con el alcohol, particularmente en relación con los jóvenes, la teoría y la práctica demuestran que tienen pocas probabilidades de conseguir un cambio de comportamiento sostenido, particularmente en un entorno en el que se reciben numerosos mensajes contradictorios en forma de material publicitario y normas sociales que fomentan el consumo de alcohol, y en el que el alcohol está fácilmente accesible.

El Comité tomó nota de los resultados de varios exámenes sistemáticos minuciosos que se han publicado acerca de evaluaciones de actividades de educación escolar encaminadas a reducir los daños provocados por el alcohol y concluyó que los resultados no apoyan la educación en el aula como intervención eficaz para reducir los daños relacionados con el alcohol.

Posteriormente en el año 2010 la Organización Mundial de la Salud formuló la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcoholXIII con cinco objetivos principales:

Objetivo 1: Aumentar la conciencia mundial y reforzar el compromiso de los gobiernos

Objetivo 2: Consolidar los conocimientos sobre intervenciones que reducen y previenen eficazmente estos daños y sobre la magnitud y determinantes de los daños relacionados con el alcohol.

Objetivo 3 Incrementar el apoyo técnico y reforzar la capacidad de la prevención de consumo nocivo de alcohol e intervenir los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados en los estados miembros.

Objetivo 4: Fortalecer las alianzas, la coordinación y movilizar recursos: buscando la optimización de recursos y la asistencia integral

Objetivo 5. Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia para la difusión y aplicación más eficaz de la información. La recomendación de utilizar la información en la toma de decisiones.

Para el cumplimiento de estos objetivos se recomendaron desde entonces lo que se denominaron diez esferas de acción:

Liderazgo, concienciación y compromiso

Respuesta de los servicios de salud

Acción comunitaria

Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol

Disponibilidad de alcohol

Marketing de las bebidas alcohólicas

Políticas de precios

Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica

Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.

Seguimiento y vigilancia,

Es de especial interés para la formulación del modelo, la denominada esfera de acción comunitaria, la cual se refiere “al impacto del uso nocivo del alcohol que en las comunidades puede desencadenar y fomentar iniciativas y soluciones locales para problemas locales”^{XIV}; igualmente describe la manera en que los gobiernos y otros sectores pueden ayudar a las comunidades y potenciar su capacidad “para que utilicen conocimientos teóricos y prácticos locales para adoptar enfoques eficaces que permitan prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol modificando el comportamiento colectivo, antes que el individual, sin dejar de respetar las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores”.

Para el desarrollo de esta esfera se recomienda el apoyo a la realización de diagnósticos de situación, el reconocimiento de los daños relacionados con el alcohol en el contexto local y la promoción de respuestas eficaces y costo-eficaces que respondan a las necesidades y a los determinantes locales del uso nocivo del alcohol y de problemas asociados; la coordinación de una acción comunitaria concertada con el apoyo de las autoridades locales, suministro de información sobre las intervenciones comunitarias eficaces y la creación o fortalecimiento de la capacidad a nivel de las comunidades para su aplicación; la movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas entre ese grupo de población, y para crear y apoyar entornos sin alcohol, sobre todo para los jóvenes y otros grupos de riesgo; la prestación de atención y apoyo en las comunidades a las personas afectadas y sus familias; el desarrollo o respaldo de programas y políticas comunitarias para sub poblaciones en especial situación de riesgo, como jóvenes, desempleados y poblaciones indígenas y referentes a problemas concretos como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o de producción informal y a eventos comunitarios, como acontecimientos deportivos y festivales locales.

A la luz de estas directrices dadas por el comité y la estrategia planteada por la OMS los países han formulado y ajustado en los dos últimos años las políticas públicas de reducción de consumos y las estrategias de mitigación para alcohol.

Anexo 8: Ejemplo de aparte de Marco Lógico del Plan de Intervenciones Comunitarias.

PROBLEMA	ESTRATEGIA	ACCIONES	RESPONSABLES	RECURSOS	COSTOS
Consumo de alcohol en menores de edad	Educación	Diálogo familiar	Miembros de la familia	Tiempo Cartillas orientadoras	1000, cartilla
		Grupos de padres	Pactos por la Vida Instituciones Educativas EPC Asociaciones de padres	Tiempo Expertos Material educativo	70000, 20 cartillas, tiempo y transporte de expertos
		Grupos de expendedores de licor	Pactos por la Vida EPC COA y COJ Secretaría de Salud	Tiempo Material Educativo	40000, 20 cartillas, transporte
	Vigilancia	Supervisión y detección de menores que consumen licor	Comunidades Operativas	Tiempo Reporte en las bitácoras individuales	0
		Supervisión de venta de licor a menores en los expendios	Comunidades Operativa Policía	Tiempo Reporte en las bitácoras individuales Llamadas a la policía	1000 en llamadas
	Control	Elaborar una petición comunitaria al Concejo	CO Operadores Comunitarios Autoridades	Tiempo Transporte	20000

PROBLEMA	ESTRATEGIA	ACCIONES	RESPONSABLES	RECURSOS	COSTOS
		Municipal para hacer cumplir la norma de prohibición de venta de licor a menores	Municipales		
		Denunciar a las autoridades competentes la venta de licor a menores	CO Operadores y pares comunitarios Asociación de expendedores de licor	Tiempo Transporte	20000

Anexo 9: Momentos Sistema de Diagnóstico Estratégico^{xv}

1.Construcción del Conocimiento	2.Construcción de la Estrategia de Intervención	3.Construcción del Sistema de Evaluación
Se presenta Identificación de la Comunidad local y sus líderes de opinión.	Una vez reconocidos los problemas se procede a identificar de forma participativa las alternativas de solución posibles o que se estén realizando en la comunidad para estos problemas.	Diagnóstico de problemas comunitarios Experiencias de alternativas de solución
Análisis de fracasos y de buenas prácticas y percepción del pronóstico que la comunidad tiene sobre la EPC	Identificar las consecuencias en la comunidad del consumo de alcohol y como se han atendido éstas situaciones: por ejemplo personas con adicción o dependencia al alcohol, menores de edad consumidores de alcohol, protagonistas de los escándalos en la vía pública o problemas de convivencia en la comunidad o con problemas familiares, escolares y /o laborales debido al consumo.	Diagnóstico de problemas con el alcohol en la comunidad

1.Construcción del Conocimiento	2.Construcción de la Estrategia de Intervención	3.Construcción del Sistema de Evaluación
Conocer una breve historia de la comunidad.	En este momento se retoman los objetivos de la estrategia y se analiza su coherencia con respecto a los objetivos de los diferentes actores.	Características de la comunidad
Reconocer algunos elementos de tipo sociológico. (Indicadores demográficos, indicadores de salud y calidad de vida, IDH).	Se revisan los datos para ubicar contrastes y problemas entre el sistema de acciones, los objetivos de los diferentes actores y los datos observados.	Información suministrada por el Grupo Gestor sobre indicadores sociodemográficos y de salud mental, adicciones y consumo de alcohol disponible.
Revisión de Mitos, creencias, formas consuetudinarias y rituales.	Se describen los posibles conflictos o dificultades y lo que se planea hacer para contenerles.	Diagnóstico de Representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad
Indagar en primera instancia si el consumo de alcohol es percibido o no por la comunidad como un problema.	Se describen los recursos, las alianzas, los puntos débiles internos de la comunidad (derivado directamente del análisis de la red de líderes).	Actitudes hacia el alcohol
Indagar sobre cuáles son las representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad donde se va a realizar la estrategia.	Se planean las acciones que realizarán ciertos actores para tiempos sucesivos.	Diagnóstico de Representaciones sociales del consumo de alcohol en la comunidad

1.Construcción del Conocimiento	2.Construcción de la Estrategia de Intervención	3.Construcción del Sistema de Evaluación
<p>Realizar un mapa de la comunidad identificando principalmente los sitios y momentos de consumo de alcohol, las situaciones de riesgo o situaciones problemáticas por ejemplo problemas de convivencia relacionadas con el consumo de alcohol o venta de alcohol a menores de edad, riñas o agresiones, ruido, vandalismo u otros problemas de convivencia, venta de licor alrededor de instituciones educativas o escenarios deportivos e identificar los actores en mayor riesgo.</p>	<p>Se hace una previsión de posibles éxitos y fracasos para las acciones de los actores en el plan de acción para 3 años.</p>	<p>Mapa de riesgos y daños por el alcohol en la comunidad Percepción de factibilidad y viabilidad de la Estrategia Pactos Comunitarios por cada una de las Comunidades Operativa</p>
	<p>Una vez se hayan llevado a cabo estos pasos para el desarrollo de las alternativas de solución se hace un pacto comunitario buscando que sea redactado y firmado por los participantes de la comunidad, incluyendo las figuras relevantes de la comunidad por ejemplo el párroco o pastor, profesor líder o rector de la institución educativa, gerente de la unidad hospitalaria de la zona, presidente de la junta de acción comunal, bomberos,</p>	<p>Plan de intervenciones de cada una de las comunidades con sus productos finales. Pactos Comunitarios firmados por diferentes actores Informe de acompañamiento (diarios de campo) de los Operadores Comunitarios y de los Pares Comunitarios.</p>

1.Construcción del Conocimiento	2.Construcción de la Estrategia de Intervención	3.Construcción del Sistema de Evaluación
	policía comunitaria, asociaciones de la comunidad y los participantes de la comunidad operativa, líderes, presidentes de JAC o JAL, mesas de salud o mesas de convivencia. Se hace acompañamiento a las comunidades para el desarrollo de la iniciativa.	
Informe del proceso de la Estrategia Pactos Comunitarios y de todas las intervenciones durante los tres años de operación		Análisis de la información compilada durante los tres años, con intercambio de conclusiones entre el GG y las CO

Anexo 10: Cuadro de indicadores de la Estrategia Pactos Comunitarios

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
OBJETIVO 1			
Grupo Gestor en operación, con diagnóstico completo, financiación sostenible y realizando un acompañamiento, seguimiento y evaluación de las acciones de las comunidades operativas, y desarrollando una articulación con las Estrategias Pactos por la Vida, Centros de Escucha y ZOE,	Plan de operación aprobado por el Grupo Gestor en concordancia con el plan de las comunidades operativas	Número de planes de las comunidades operativas por año	Bitácora de Pactos Comunitarios. (Ver Anexos).

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
ZOY y de otras redes y servicios.			
	Informe de seguimiento del Plan de operación del Grupo Gestor	Número de reuniones anuales, número de actores, instituciones y ámbitos involucrados, Número y tipo de decisiones.	Actas de reunión Listados de asistencia
	Acuerdo entre los actores del Grupo Gestor para financiación del Plan Operativo sobre un presupuesto aprobado.	Informe financiero	Plan de Salud Local, Plan de salud pública y de salud mental. Presupuesto de salud pública y aprobación por parte de la Secretaría de la financiación de Pactos Comunitarios
	Informe de articulación con las estrategias y actores de Pactos por la Vida, Centros de Escucha y ZOE, ZOU, otras redes y servicios.	Número y tipo de acciones conjuntas	Actas de Reunión Listado de asistentes
	Evaluación anual del acompañamiento y seguimiento del Grupo Gestor al proceso realizado por las comunidades operativas de la Estrategia Pactos Comunitarios	Informe de proceso de cada comunidad operativa	Bitácora de Pactos Comunitarios

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
	Evaluación de impacto del Modelo Pactos Comunitarios	Número y % de alcoholemias positivas en operativos de Tránsito	Reporte de las Secretarías de Tránsito por año
		Número y % de accidentes de tránsito asociados al alcohol (mortalidad y morbilidad en conductores, pasajeros y peatones) por sitio de residencia (comunas intervenidas)	Reporte de las Secretarías de Tránsito por año Informes del DANE (mortalidad por accidentes de tránsito) / año Informes de Medicina Legal: muerte por accidente de tránsito y alcoholemia postmortem/ año Morbilidad por urgencias y hospitalización por accidentes de tránsito ligados al alcohol / año / sitio de residencia
		Número y % de accidentes (no vehiculares) relacionados con consumo de alcohol	Datos de urgencias y hospitalización de lesiones externas no intencionales relacionadas con alcohol / año, según sitio de residencia
		Número y % de lesiones intencionales relacionadas con alcohol	Datos de urgencias y hospitalización por año por sitio de residencia

† Todos los indicadores de impacto son Georreferenciados a los sitios de residencia de las comunidades operativas y del alcance de las estrategias.

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
			Denuncias ante inspecciones de policía y fiscalía Reconocimientos de medicina legal por lesiones intencionales Casos de violencia intrafamiliar en Comisarías de Familia con lesiones intencionales
		Número de denuncias por problemas de convivencia asociadas a consumo de alcohol	Casos de violencia intrafamiliar en Comisarías de Familia Reportes de amenazas en inspecciones de policía y fiscalía
		Número de casos por problemas con el alcohol detectados en Comunidades Operativas de Pactos Comunitarios	Reporte de inspecciones de policía y Comisarías de Familia por problemáticas vecinales
OBJETIVO 2			
Mejoramiento de la capacidad de respuesta mediante las Comunidades operativas articuladas a las redes de servicios y fortalecidos	Participación comunitaria en la Estrategia Pactos Comunitarios	Número de comunidades operativas formadas	Bitácoras de Pactos Comunitarios

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
alrededor de la formación y la información sobre planes de acción, medios de comunicación y sistemas de información sobre sus acciones de prevención y mitigación de problemas con el alcohol			
	Comunidades empoderadas y con mejor capacidad de respuesta frente a problemas con el consumo de alcohol	Número y % de comunidades operativas formadas y empoderadas (sensibilizadas, con introyección de normas, herramientas para detectar y actuar frente a problemas por el alcohol, gestionar derechos)	Escala de actitudes hacia el alcohol (ver anexo). Acta de reuniones de comunidades operativas AUDIT Bitácora de Pactos Comunitarios
		Número de Comunidades operativas con diagnósticos estratégicos y planes de acción	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión
	Planes de comunicación dirigidos a población vulnerable	Número de productos comunicacionales realizados y difundidos (boletines, blogs, grupos en redes sociales, programas de radio y TV, carteleros, perifoneos)	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
	Sistema de información comunitario	Reportes con número y tipo de reuniones, actividades, productos y casos detectados.	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión
	Participación de redes de servicios en la Estrategia Pactos Comunitarios	Cartas de acuerdos con redes, instituciones y servicios	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión con anexos
	Redes de servicios articuladas a las comunidades y con mejor capacidad de respuesta frente a problemas percibidos por estas respecto al consumo de alcohol	Número de instituciones informadas por comunidades operativas sobre sus acciones de Pactos Comunitarios	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión con anexos
	Redes de servicios identificadas por las comunidades operativas	Número de pactos entre redes de servicios y las comunidades operativas.	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión con anexos
	Planes para disminuir las barreras de acceso a servicios para personas con problemas por el consumo de alcohol	Número de barreras identificadas y número de planes para superar dichas barreras	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión con anexos
OBJETIVO 3			
Identificación de Normas favorecedoras y no favorecedoras del consumo de alcohol en diferentes ámbitos recolectado a través del SIDIES	Mapa mental de normas sociales ^s actuales, favorecedoras y no favorecedoras del consumo de alcohol, en lo individual, familiar y social en las comunidades	Cambio de actitudes y conductas hacia el consumo de alcohol medido a través de escalas de actitudes Prevalencia de	Escala de actitudes hacia el alcohol AUDIT

^s Normas sociales se refiere a pautas de comportamiento que son aprobadas y deseadas por una comunidad; no se refiere a la legislación.

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
	operativas y grupos intervenidos	personas participantes de Comunidades Operativas con problemas por consumo de alcohol y nivel de severidad	
	Plan de alternativas comunitarias para disminución de la venta de alcohol en menores	Número de alternativas comunitarias y proporción de las puestas en práctica	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de reunión con anexos
Conductas familiares y sociales que desestimulan el consumo de alcohol en menores	Plan de alternativas de conductas familiares y sociales que desestimulen el consumo de alcohol en menores	Número de alternativas comunitarias y proporción de las puestas en práctica	Instrumento diseñado por las comunidades a partir del reconocimiento de sus propias normas y prácticas sobre el alcohol (compilación al final de un proceso con cada comunidad)
	Plan de alternativas de fortalecimiento de la vigilancia y denuncia de venta de alcohol a menores y ventas de licor ilegal y adulterado	Tendencia de denuncias por venta de licor a menores, ventas ilegales y licor adulterado, georreferenciadas a las zonas de intervención	Bitácora de Pactos Comunitarios Reportes de denuncias de inspecciones de policía por zonas
Identificar normas sociales sobre el consumo de alcohol en menores y jóvenes	Mapas mentales de normas sociales de menores y jóvenes sobre consumo de alcohol	Cambio de actitudes y conductas juveniles hacia el consumo de alcohol medido a través de escalas de actitudes y AUDIT en las	Escala de actitudes hacia el alcohol (pre y post) AUDIT Actas de Reuniones con

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
		poblaciones intervenidas	sus anexos (mapas)
Disminución de denuncias por problemas de convivencia por consumo de alcohol	Plan de alternativas de control familiar y comunitario del consumo de alcohol en relación con conflictos familiares y comunitarios.	Tendencia en las denuncias y casos por problemas de convivencia relacionados con el alcohol en el área de influencia del Modelo	Reportes de denuncias de inspecciones de policía por zonas por zonas Bitácoras de Pactos Comunitarios
La comunidad ha introyectado leyes y normas sociales en relación con el consumo de alcohol.	Plan de alternativas de introyección y difusión de leyes y normas sociales valoradas a través de una evaluación cualitativa utilizando la herramienta SIDIES	Tendencia en la percepción de leyes y normas sociales (reconocimiento, aceptación, compromiso) que desestimulan el consumo de alcohol en las comunidades	Instrumento diseñado por las comunidades a partir del reconocimiento de sus propias normas y prácticas sobre el alcohol (compilación al final de un proceso con cada comunidad)
Formación de grupos juveniles como multiplicadores	Comunidades operativas juveniles formadas como multiplicadores de normas sociales y protección de personas con problemas por consumo de alcohol	Cambio de actitudes y conductas juveniles hacia el consumo de alcohol medido a través de escalas de actitudes y AUDIT Número de casos notificados y remitidos por problemas de alcohol	Escala de actitudes hacia el alcohol (pre y post) AUDIT Bitácora de Pactos Comunitarios
	Actores sociales entrenados en diagnostico oportuno, adecuada remisión y conocimiento de la oferta de recursos	Numero de actores entrenados	Bitácora del Grupo Gestor Listado de asistentes a la capacitación

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
	existentes.		
	Utilización de instrumentos diagnósticos adecuados a cada caso	Número de casos detectados y remitidos por las comunidades operativas	AUDIT Bitácoras de Pactos comunitarios
	La comunidad conoce la legislación vigente y tiene claras las competencias de las diferentes instituciones.	Porcentaje de comunidades formadas y que tienen el conocimiento, medido a través de cuestionarios de evaluación de la formación	Bitácora del Grupo Gestor Listado de asistentes a la capacitación
	Los miembros de las comunidades operativas u del Grupo Gestor y personajes claves en los barrios están capacitados en "primeros auxilios comunitarios para problemas con el alcohol".	Número de personas capacitadas	Bitácora del Grupo Gestor Listado de asistentes a la capacitación
	Propuesta comunitaria de regulación social formulada	Productos resultantes de la propuesta (comunicacionales, documentales, movilizaciones)	Bitácora de Pactos Comunitarios Actas de Reunión y sus anexos
OBJETIVO 4			
4. Desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación de las acciones comunitarias en términos de prevención del inicio temprano, la mitigación de problemas por consumo de riesgo	Las comunidades cuentan con instrumentos (formatos, cuestionarios, escalas, bitácoras) que ayudan al seguimiento y evaluación del proceso, de los resultados y parte del impacto	El sistema tiene una base de datos de origen comunitario	Equipos de cómputo Bitácoras de pactos comunitarios Actas de reunión Instrumentos de compilación de normas sociales

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
en jóvenes y adultos, la accidentalidad, la violencia, el sexo inseguro y los problemas de convivencia, así como la detección temprana y remisión de personas con daños por el alcohol.			Escalas de Actitudes hacia el alcohol AUDIT
Evaluación de procesos, resultados (cada uno de los tres años) e impacto (en el 2º y 3er año) a partir de una línea de base que se compara con el Sistema de Evaluación del Modelo	Informes de procesos anuales (planeado vs. Ejecutado)	Porcentaje de ejecución de acciones realizadas vs. programadas	Bitácoras de Pactos Comunitarios Actas de reunión Informe financiero Grupo Gestor
	Reporte de casos de la red de servicios institucionales (salud, policía, comisarías de familia, fiscalía)	Tendencias en la prevalencia de casos (consulta, urgencias, hospitalización), tránsito, denuncias	Reportes institucionales anteriormente anotados
	Informe de resultados anuales obtenidos según objetivos planeados en el modelo	Porcentaje de resultados alcanzados por año y tendencias en el periodo de desarrollo del modelo	Reportes institucionales anteriormente anotados
Ajustes al plan de acción	Informe de procesos y resultados en discusión con las comunidades	Cambios en el plan de acción aprobados por las comunidades	Actas de reunión
Evaluación de Movilización Social	Las comunidades beneficiarias del modelo se movilizan	Numero de comunidades operativas y	Bitácoras de Pactos Comunitarios

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
	en forma organizada y articulada con la red de servicios y plantean soluciones comunitarias a los problemas relacionados con el consumo de alcohol.	acciones comunitarias en torno a los problemas relacionados con el consumo de alcohol	Base de datos de Compilación de las bitácoras
Evaluación de la Autorregulación	Las comunidades beneficiarias del modelo han disminuido los consumos de riesgo	Disminución de problemas por consumo de alcohol de la población intervenida Tendencia de demanda de servicios relacionados con relación a zonas de residencia de las comunidades intervenidas (geo referenciado)	Línea de Base vs. Reportes globales de resultados e impactos la final del 2º y 3er año de Pactos Comunitarios
IMPACTO DE LA ESTRATEGIA PACTOS COMUNITARIOS			
META DEL MODELO PACTOS COMUNITARIOS	CONTROL SOCIAL SOBRE PROBLEMAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL A TRAVÉS DEL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO	Disminución de mortalidad y morbilidad relacionada con el consumo de alcohol en las Comunidades Intervenidas.	Reportes institucionales georreferenciados
		Disminución de la prevalencia de consumo en la vida, en el último año y en el último mes en menores con respecto a la prevalencia conocida al comenzar el	Línea de Base Vs. Consumo en escolares posterior a la intervención por zona de residencia

RESULTADOS	PRODUCTOS	INDICADORES	INSTRUMENTOS
		modelo en las Comunidades Intervenido.	
		Disminución de la incidencia de consumo de alcohol en menores en las Comunidades Intervenido.	Línea de Base Vs. Consumo en escolares posterior a la intervención por zona de residencia
		Tendencia en las denuncias por venta de licor a menores y de licor ilegal en el periodo de implementación del modelo en negocios aledaños a las Comunidades Intervenido.	Reporte de las inspecciones de policía
		Tendencias en la prevalencia de consumo de alcohol en menores y jóvenes en el periodo que se aplica el modelo y en los sitios de residencia de las comunidades intervenidas	Línea de Base Vs. Consumo en escolares posterior a la intervención por zona de residencia

Anexo 11: Aspectos legales del consumo de alcohol en Colombia:

Colombia ha avanzado en materia de legislación sobre el consumo de alcohol concertando en los últimos 14 años políticas relacionadas con este fenómeno; en 1998 a través de la Resolución 02358 de Junio de 1998, se aprobó la Política Nacional de Salud Mental y en el 2007, mas específicamente la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, 2007XVI que incluye modelos preventivos centrados en factores de riesgo, pero teniendo en cuenta el modelo de inclusión social y con un enfoque de prevención de la demanda, de derechos, desarrollo social y no sólo de prestación de servicios. Estos enfoques instan a la participación social basándose en tres principios

fundamentales: Gestión de riesgos, reducción de la demanda y promoción de la salud.

Se considera que la intervención sobre un mayor número de factores de riesgo que afectan la vulnerabilidad de los ciudadanos, ofrecen diversos medios para llegar a respuestas integrales y oportunas, incentivando la capacidad de la integración institucional y financiera. Los indicadores de dicha política son: Eficiencia, calidad, equidad, integralidad, territorialidad y sostenibilidad; sus ejes operativos se identifican en: Prevención, Mitigación, Superación y Aumento de la capacidad de Respuesta. Los componentes se centran en la promoción de la salud, la asistencia y la atención y la inclusión social.

Para poder concretar las acciones para la prevención y mitigación de daños por el consumo de alcohol se reglamentaron las medidas expuestas en la política de 2007 a través del decreto 120 de 2010XVII, en el cual se adoptan las medidas en relación con el consumo de alcohol a través de desarrollo de programas y estableciendo una Comisión Intersectorial para el control de consumo abusivo de esta sustancia. Este decreto tiene como objeto proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol.

Este decreto continúa lo expuesto en el Plan Nacional de Salud Pública de 2007 en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y promueve programas educativos y comunicacionales, prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad ya normalizado en otras leyes, así como el trabajo de menores en establecimientos en donde se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas. Se fomentan cursos de prevención del alcoholismo para menores, se normaliza la publicidad de licores y las obligaciones de los propietarios, empleadores y administradores de los lugares en donde se expenden y/o consumen bebidas alcohólicas; igualmente se explican las obligaciones de entidades territoriales a través del Programa "Pactos por la vida" XVIII.

Teniendo en cuenta la variedad de daños que produce el consumo de alcohol y particularmente en las mujeres en edad reproductiva se decreta la ley 1385 de 2010XIX por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo y se dictan otras disposiciones. Se obliga al Ministerio de la Protección Social a crear programas dirigidos específicamente a los padres de familia y su grupo familiar, a los cuidadores, tutores, guardadores de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Alcoholismo Fetal, teniendo en cuenta las secuelas irreversibles que esta enfermedad genera. El indicador específico es la prevalencia e incidencia de Niños con Síndrome alcohólico fetal. Estos programas son de carácter educativo, dirigidos a mujeres, familiares, cuidadores, tutores, guardadores de niños, niñas y adolescentes, consulta ginecológica prenatal; se deben diseñar nuevos programas y fortalecer las estrategias existentes en los

colegios con respecto a la educación sexual y, específicamente, se debe efectuar un censo del número de niños, niñas y adolescentes que actualmente padecen la enfermedad y de aquellos que nacen con el Síndrome de Alcoholismo Fetal; la evaluación de las estrategias se concretará en un informe anual de rendición de cuentas sobre los resultados de prevención del Síndrome de Alcoholismo Fetal y de la difusión, promoción y divulgación de esta ley.

Ya en el año 2006 y al interior de la Ley de Infancia y adolescenciaXX (Ley 1098 de 2006) se establecen normas sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas en menores. Esta ley establece que los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o bebidas alcohólicas. Así mismo, establece las siguientes obligaciones específicas para las autoridades: Diseñar mecanismos para prohibir el ingreso de menores a establecimientos destinados a juegos de suerte o azar, venta de licores, cigarrillos o productos derivados del tabaco y que ofrezcan espectáculos con clasificación para mayores de edad; vigilar que los medios de comunicación se abstengan de transmitir por televisión, publicidad de cigarrillos y alcohol en horarios catalogados como franja infantil. La Policía Nacional debe adelantar labores de vigilancia a fin de controlar e impedir el ingreso de los niños, las niñas y los adolescentes a los lugares de diversión destinados al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y, hacer cumplir la prohibición de venta de estos productos a los menores, controlar el porte de bebidas embriagantes por parte de los niños, niñas o adolescentes y diseñar programas de prevención para los adultos sobre el porte y uso responsable de bebidas embriagantes y cigarrillos, cuando viven o están acompañados de niños, niñas o adolescentes.

Desde el año 1994 se había expedido la Ley 124 de 1994XXI respecto a la prohibición del consumo de bebidas embriagantes en menores de edad de tal manera que si un menor es hallado consumiendo, deberá asistir con sus padres o acudientes a un curso de prevención de alcoholismo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o en su defecto, la entidad que haga sus veces. En el artículo 2 se especifica que el menor no puede ser detenido, sino que se le citará para que comparezca ante el defensor de familia en las siguientes 48 horas. En el artículo 4 se explica que si una persona mayor facilita bebidas embriagantes o su adquisición a un menor, será sancionada de conformidad con las normas establecidas.

Desde el año 1970 a través del Decreto-Ley 1355XXII y en el Código Nacional de Policía se prohibió el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. En el artículo 3 se establece que los establecimientos de comercio deberán colocar el texto de esta ley en un sitio visible y la publicidad o promoción de bebidas embriagantes deberá hacer referencia expresa a esta prohibición.

Anexo 12: Afiche de las 8 “C”.

POR SI VAS A TOMAR TRAGO... SIGUE LOS CONSEJOS DE LAS OCHO “C”

Esta información es para los que deciden tomar licor, no para los que ya tienen problemas con el alcohol, ni para los niños!



CANTIDAD

Encuentra tu medida para tomar trago... ¡no te emborraches!



COMPAÑÍA

No bebas solo o sola!! Cuando estás solo nadie ni nada te impide que tomes sin control.



CONSISTENCIA

Decídetete!! Escoge un mismo tipo de licor cuando vayas a beber! Las mezclas de licor casi siempre emborrachan



CONDUCCIÓN

Si vas a manejar un vehículo ¡no tomes nada !; está prohibido por la ley, te quitan el pase y el vehículo



COMIDA

Antes de tomar trago, COME! El efecto del licor será más lento y te irrita menos el estómago



CONDÓN

El licor “embellece”... (pero también “entorpece”); si te emborrachas, no sabrás con que pareja te encuentras... ¡ es mejor estar protegido !



CONFLICTOS

Evita personas y lugares peligrosos cuando vayas a tomar; recuerda que los que están borrachos resultan heridos o muertos con más frecuencia en las peleas y los atracos



CALIDAD

A quién le compras el trago? El licor adulterado es peligroso, puede causar ceguera, parálisis y hasta la muerte.

ESTA ES UNA INFORMACIÓN DE LA **ESTRATEGIA PACTOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS POR EL ALCOHOL**, Para mayor información comuníquese con el Programa Pactos por la Vida en la Secretaría de Salud de su municipio para formar parte de las Comunidades Operativas en su barrio.

Referencias bibliográficas del instrumento AUDIT (detección de problemas por consumo de alcohol):

1. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE – 10
2. CONACE 2006. Sexto Estudio de Hogares sobre Consumo de sustancias.
3. Ministerio de Salud. Segunda Encuesta de Calidad de Vida, 2006.
4. USA Preventive Services Task Force. "Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann. Intern. Med.* 2004 Apr 6; 140(7): 554-6. www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4618
5. Shields A.; Caruso J. Reliability Generalization of the Alcohol Use Disorders Identification Test. En: *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 63, No. 3, 404-413 (2003).
6. Conigrave KM, Saunders JB, Reznik RB. Predictive capacity of the AUDIT Questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*. 1995 Nov; 90(11):1479-85.
7. Babor T.; Higgins-Biddle J.; Saunders J.; Monteiro M. AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. *Generalitat Valenciana / OMS*. 2001. WHO/MSD/MSB/01.6^a
8. Arteaga O., Alvarado ME., Garmendia ML., Acuña G., Santis R. Validación Test AUDIT para consumo problemático de Alcohol en Población General y Adolescente en Chile. Informe Final FONIS.
9. Kypri K; McGee R; Saunders J; Langley J; Dean J. Interpretation of items in the AUDIT Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism* Vol. 37, N° 5, pp. 465 – 467, 2002. www.alcalc.oupjournals.org/cgi/content/full/37/5/465
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Brief Intervention for Alcohol Problems. *Alcohol Alert*, No. 43, 1999
11. Moyer A; Finney JW; Swearingen C; Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a Meta analytical review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment - seeking populations. *Addiction*. 97, 279 – 292, 2002.
12. Wutzke S.; Conigrave K; Saunders J; Hall W. The long term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10 – year follow up. *Research Report*. En: *Addiction*, 97, 665 - 675, 2002.

13. Ockene JK.; Adams A.; Hurley TG.; Wheeler EV.; Herbert JR. Brief physician – and nurse practitioners – delivered counseling for high-risk drinkers: does it works? Arch. Intern. Med. 1999 Oct. 11; 159 (18): 2198 205.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network - National Government Agency The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. En: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Sep. 39p (SIGN Publication N° 74). (158 references).
15. Israel Y.; Hollander O; Sanchez-Craig M; Booker S; Miller V; Gingrich R; Rankin J. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician – Nurse team. En: Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 20, N°8, 1443-1450, 1996.
16. MINSAL 2005. Detección y tratamiento temprano del consumo problemas y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la Atención Primaria. http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/alcohol_y_drogas/FINAL_GUIDE_OH.pdf
17. USA Preventive Services Task Force. “Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. Ann. Intern. Med. 2004 Apr 6; 140(7): 554-6. www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4618
18. Glasinovic JC; Lobos X; Scrivanti M; Severín MC; Quiroga T; Moncada C. Transferrina carbohidrato deficiente, gammaglutamil transferasa y volumen corpuscular medio en la evaluación de la ingesta alcohólica reciente en bebedores excesivos. Revista Médica de Chile v.129, no. 4, Santiago, abril de 2001.
19. USA department of Health and Human Services. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Ninth Special Report to the U.S. Congress

Bibliografía general de la guía:

^I Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008, informe final, Ministerio de Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Pág. 55.

^{II} Instituto Nacional de Medicina Legal, Colombia. Disponible en: <https://sites.google.com/site/daiaalcohol/accidentes-de-transito-por-consumo-de-alcohol>

^{III} Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Revista Forensis, Datos para la Vida. 2006.

^{IV} Ministerio de Protección Social- Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito, UNODC. La prevención en manos de los y las jóvenes. Herramienta pedagógica en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles. Colombia. 2010. Disponible en:

<http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/La%20prevencion%20en%20manos%20de%20los%20jovenes.pdf>

^V Movilización Comunitaria en la Prevención de las Adicciones, Capítulo 6 en “Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida”, Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx

^{VI} Darnaculleta i Gardella, Merce. Tesis de grado. Derecho administrativo y autorregulación Universidad de Girona <http://www.tesisenred.net>

^{VII} Victoria Camps, Celia Amorós - 2003 - Philosophy – de la ética- la ética contemporánea pg. 62 <http://books.google.com.co>

^{VIII} SiDiEs: Sistema de Diagnóstico Estratégico propuesto por el Ministerio de Protección Social como estrategia para abordar, intervenir e investigar, la acción y la transformación de las comunidades 2009.

^{IX} Técnicas participativas para la educación popular. Ed. Dimensión Educativa. Bogotá, mayo de 1987. Paginación por capítulos.

^{XX} Mora, Martín. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea digital, No. 2, otoño de 2002.

^{XI} Modelo Pactos Comunitarios para la prevención y mitigación de riesgos y daños por consumo de alcohol a través de la movilización y autorregulación comunitaria. Documento sin publicar. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Surgir. Julio de 2012.

^{XII} Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. Informe de la Reunión (2a: 2006: Ginebra, Suiza). Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_

^{XIII} Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, Ginebra-Suiza Mayo de 2010. 40 págs. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf

^{XIV} *Ibíd.*

^{XV} Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia. Caritas Germany-Plan de Formación CRIC -Sistema de Diagnostico Estratégico Construcción de Dispositivos para la participación en Zonas de Mitigación, 14 págs. Disponible en <http://zonasdemitigacion.blogspot.com/2010/02/el-sidies-sistema-de-diagnostico.html>

^{XVI} Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto - Resumen Ejecutivo. Comisión Nacional de Reducción de la demanda de drogas, Bogotá, D.C., abril de 2007.

^{XVII} Decreto 120 de 2010, Enero 21, Ministerio de la Protección Social, Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol. 10 paginas.

^{XVIII} Programa Nacional: Pactos por la vida. 2011. Ministerio de Protección Social, Fondo de Prevención Vial, UNODC. Diapositivas 12.

^{XIX} Ley 1385 de 2010 - (Mayo 14) Diario Oficial No. 47.709 De 14 de Mayo de 2010 - Congreso de La República.

^{XX} Ley de Infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006) -Ley de Infancia. Normas sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas. Recopilado por Comité Jurídico Red PaPaz, Noviembre de 2008. www.redpapaz.org. Disponible en: http://www.consentidos.org/2010/files/documentos/normas_sobre_consumo_de_alcohol,_tabaco_y_drogas.pdf

^{XXI} Ley 124 de 1994. Prohibición de bebidas embriagantes a menores de edad- Normas sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas. Recopilado por Comité Jurídico Red PaPaz, Noviembre de 2008. Disponible en: www.redpapaz.org. y en: http://www.consentidos.org/2010/files/documentos/normas_sobre_consumo_de_alcohol,_tabaco_y_drogas.pdf

^{XXII} Decreto-Ley 1355 de 1970. Código Nacional de Policía. Art. 1. Para expendedores de bebidas alcohólicas. Recopilado por Comité Jurídico Red PaPaz, Noviembre de 2008. www.redpapaz.org.