

Políticas de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol

Policies for the prevention of alcohol consumption related problems

ROBLEDO DE DIOS, T.

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

RESUMEN: *Objetivo:* hablamos de un problema de importantes proporciones para la Salud Pública, no sólo de España sino de toda la Región Europea en su conjunto. El alcohol, junto con el tabaco, son los dos principales determinantes de la salud tanto en España como en la Unión Europea (según se pone de manifiesto en un reciente estudio sueco).

Material y métodos: en este artículo analizamos y describimos brevemente las actuaciones realizadas en el contexto de los Planes Europeos, que han sido suscritos por todos los estados miembros de la región europea de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: investigaciones realizadas desde los años 60, han puesto de manifiesto la relación existente entre el consumo de alcohol, y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades. Por ello, y tal y como se contempla en los planes europeos de actuación sobre alcohol, para conseguir una reducción significativa de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se hace necesario un enfoque poblacional, dirigido a la reducción del consumo global (*consumo per cápita*), y un enfoque de alto riesgo dirigido a los bebedores excesivos, siendo siempre ambas estrategias complementarias.

Conclusiones: se proponen políticas globales, multisectoriales y multidisciplinares, que abarquen a todos los sectores implicados y se recogen las dis-

tintas medidas, dirigidas a la disminución de la oferta y de la demanda, que deben integrar toda política preventiva en este campo.

PALABRAS CLAVE: Alcohol. Problemas relacionados con el alcohol. Políticas de salud.

ABSTRACT: *Objective:* we are referring to a problems of significant proportion for the Public Health System, not only in Spain but also in all of the European Region as a whole. Alcohol, together with tobacco, are two principal determining factors of Health, both in Spain as well as in the European Union (as has been manifested in a recent Swedish study).

Material and methods: in this article, we analyze and describe briefly the activities carried out within the context of the European Plans, which have been endorsed by all of the Member States of the European Region of the World Health Organization.

Results: investigations carried out since the 1960's have manifested the relationship existing between alcohol consumption and the frequency and seriousness of many diseases. Thus, and as has been contemplated in the European Alcohol Action Plans, it is necessary to use a population approach aimed at reducing overall consumption (*consumption per capita*) and a high risk approach aimed at excessive drinkers, both strategies always being complementary in order to obtain a significant reduction in the alcohol consumption related problems.

Conclusions: global, multisectorial and multidisciplinary policies that include all of the sectors involved and that gather different measures aimed at decreasing the supply and demand, and that should integrate all preventive policies in this field, are proposed.

KEY WORDS: Alcohol. Alcohol related problems.

Correspondencia:

TERESA ROBLEDO DE DIOS.
Jefe del Servicio de Promoción de Hábitos Saludables.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20.
28071 Madrid
e-mail: trobledo@msc.es

Health policies.

Introducción

Todos sabemos que estamos hablando de un problema de importantes proporciones para la Salud Pública, no sólo de España sino de toda la Región Europea en su conjunto.

Actualmente, el consumo de alcohol, como determinante de salud, es uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

Un análisis reciente de particular relevancia es el estudio sueco sobre determinantes de salud (*Determinants of the burden of disease in the EU*. National Institute for Public health. Stockholm, 1997), que nos proporciona la siguiente clasificación de los principales factores de riesgo en la UE:

Tabaco: 9,0%
 Alcohol: 8,4%
 Sobre peso: 3,7%
 Riesgo ocupacional: 3,6%
 Dieta baja en vegetales/frutas: 3,5%
 Pobreza: 3,1%
 Desempleo: 2,9%
 Adicción a las drogas: 2,4%
 Inactividad física: 1,4%
 Dieta rica en grasas saturadas: 1,1%
 Contaminación ambiental: 0,2%

En España, como en el resto de países de nuestro entorno, se ha producido en los últimos años un incremento importante de la sensibilidad general por este tema, y sobre todo por sus repercusiones en nuestros jóvenes. Aunque no debemos olvidar que el consumo de alcohol está muy arraigado en nuestros patrones de comportamiento social, siendo un hábito que forma parte de los llamados «Estilos de Vida», que a su vez están fuertemente influenciados por el contexto económico, social y cultural en el que vivimos.

Desde finales de los 60, especialmente como resultado de la investigación realizada por Ledermann, Terris, Lint, Schmidt, Makela y Skog, la atención de quienes se preocupaban por los aspectos de Salud Pública del alcohol, se dirigió de los individuos que sufrían alcoholismo y problemas relacionados con el alcohol, hacia el consumo general de alcohol en comunidades bebedoras, a los factores que inciden en ese consumo, a la relación entre distintos grados de consumo de alcohol y desarrollo de enfermedades relacionadas con el mismo y hacia los accidentes entre

las personas bebedoras en su conjunto¹.

De hecho, hoy día podemos afirmar, como numerosos estudios comparativos internacionales así lo han puesto de manifiesto, que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol, y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades. Y que a mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades^{2,3}.

Es este conocimiento científico de los factores y/o riesgos asociados al consumo de alcohol, lo que ha contribuido a fomentar el debate público sobre sus consecuencias. En el momento actual, los representantes nacionales del Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol, de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), coincidimos con Edward en el hecho de que para conseguir una reducción significativa de los problemas relacionados con el alcohol es necesario un enfoque poblacional, dirigido a la reducción del consumo global (consumo *per cápita*), y un enfoque de alto riesgo dirigido a los bebedores excesivos, siendo siempre ambas estrategias complementarias⁴.

La necesidad de un enfoque poblacional viene justificada por el hecho, también constatado en España⁵, de que un cambio en el consumo total de alcohol en la población va acompañado de un cambio en igual dirección en la proporción de grandes bebedores. Por otro lado, dado que el abuso de alcohol aumenta la probabilidad de problemas físicos, psicológicos y sociales, el consumo medio ha de estar estrechamente relacionado con la prevalencia de estos problemas en la sociedad.

Incluso, tal y como recoge *Eurocare* en un informe recientemente elaborado para la Unión Europea⁶, los problemas derivados del consumo de alcohol en la familia, no menos importantes, están afectados por los mismos factores que inciden en los problemas que señalábamos anteriormente. El informe citado señala que la probabilidad de sufrir problemas familiares se incrementa con la cantidad de alcohol consumida y con la frecuencia de intoxicaciones. Y por tanto, las políticas tendentes a incrementar el consumo de alcohol tienden probablemente a incrementar los problemas derivados del alcohol en la familia, provocando daño y ruptura de la unidad familiar.

En realidad los patrones de uso y abuso del alcohol han variado en los últimos años. Diversas transformaciones y cambios económicos, culturales y sociales han coincidido en momentos determinados, provocando, entre otras cosas, un aumento de la disponibilidad

del alcohol, con variación no sólo de la cantidad, sino de la calidad de las bebidas y un aumento del consumo por parte de la población femenina, juvenil e incluso adolescente.

Planes europeos de actuación sobre alcohol

En definitiva, los problemas relacionados con el consumo de alcohol y las motivaciones que inciden a beber son múltiples y complejas como lo es también su abordaje, que debe sustentarse en una *política global, multisectorial y multidisciplinar*, con la participación de todas las áreas implicadas: Salud, Bienestar Social, Empleo, Tráfico, Agricultura, Comercio, Justicia, Hacienda...

Por ello, no existe una «actuación estrella» para su abordaje, sino que toda estrategia de intervención necesita estar enmarcada en una política global, comprensiva y multisectorial, tal como se señala en la «Carta Europea sobre Alcohol»⁷, adoptada en diciembre de 1995, por los Estados Miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud en el marco del primer *Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol* (PEAA), en la que se recogen los principios éticos, metas, y diez estrategias para la acción sobre el alcohol. Carta Europea que sin duda constituye un hecho histórico sin precedentes, y que marca un punto de inflexión en el desarrollo de políticas de salud relacionadas con el alcohol en el ámbito de la Región Europea.

Las 10 estrategias para la acción, aprobadas con esta carta, sirven de nexo común para el desarrollo de actividades en el campo del alcohol, sin interferir con las propuestas que en los distintos ámbitos se desarrollen en función de las necesidades y prioridades.

El primer *Plan europeo de actuación sobre alcohol*⁸ fue adoptado en 1992 por el Comité Regional para Europa de la OMS. Este plan fue concebido como un conjunto positivo de directrices para los Estados Miembros, con el objetivo último de crear un movimiento europeo que respalde las actuaciones realizadas en los ámbitos local, nacional e internacional, y reduzca los riesgos para la salud y los problemas sociales que ocasiona el consumo de alcohol⁹.

Para garantizar un rápido impacto del Plan, la Oficina Regional para Europa de la OMS, propone el desarrollo de políticas saludables que consideren o reconsideren los aspectos legislativos sobre política en materia de alcohol, la intervención comunitaria y el desarrollo de iniciativas en proyectos actualmente en marcha (ciudades saludables, escuelas promotoras de

salud...) y el refuerzo de la actividad en los sistemas sanitarios y de asistencia social, especialmente en la atención primaria de salud.

Con objeto de fomentar la colaboración internacional, los Ministerios de Salud de los distintos Estados Miembros a instancias de la oficina regional de la OMS, designaron representantes nacionales para dicho Plan. Asimismo, fue promovida la traducción de dicho plan a 15 lenguas, incluido el castellano¹⁰.

En septiembre de 1999 fue aprobado en Florencia, durante la 49th reunión del Comité Regional de la OMS un segundo plan, el *Plan europeo de actuación sobre alcohol 2000-2005*¹¹.

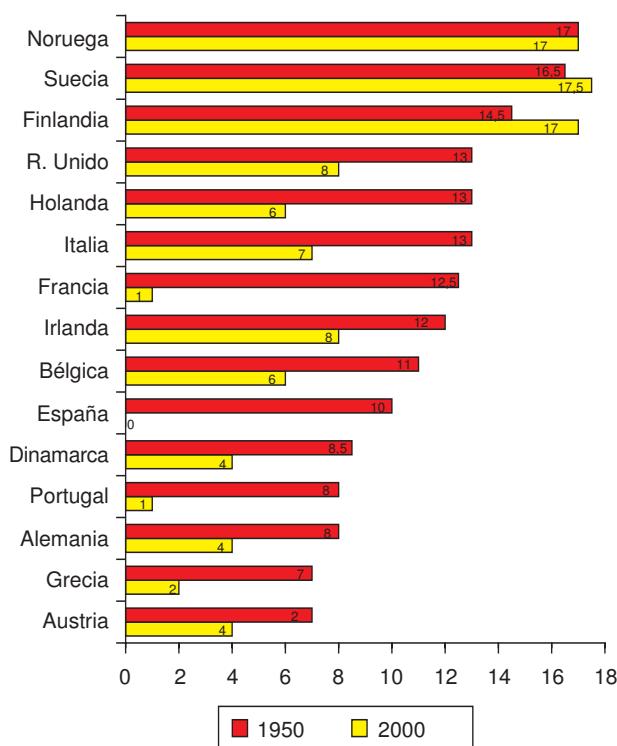
Debemos destacar que en el transcurso de estos Planes han tenido lugar seis encuentros de representantes nacionales (Viena, Berna, Roma, Madrid, Varsovia y Bonn) y dos Conferencias Ministeriales: Conferencia Europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol (París, 1995) y Conferencia Ministerial sobre Alcohol y Jóvenes (Estocolmo, 2001), en las que se aprobaron la Carta Europea sobre Alcohol y la Declaración sobre Jóvenes y Alcohol, respectivamente.

Además, y en relación con la política internacional trabajamos activamente en el Grupo de Trabajo sobre «Alcohol y Jóvenes» de la Comisión Europea, y en la Recomendación del Consejo sobre consumo de alcohol en niños y adolescentes. En el Consejo de Ministros de Sanidad, que tuvo lugar el pasado 5 de junio se aprobó definitivamente la *Recomendación del Consejo sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes, en particular de niños y adolescentes*.

Políticas de control

En un reciente estudio, financiado por la Comisión Europea, dirigido a conocer *las tendencias en políticas de control de alcohol en los países que integran la Unión Europea* (con la excepción de Luxemburgo, y la inclusión de Noruega) desde 1950 hasta el año 2000, se analizaron los siguientes subgrupos¹²:

1. Control de producción y venta. Monopolios estatales y sistema de licencias para la producción y venta.
2. Control de distribución. En referencia a las limitaciones de la disponibilidad (días, horas de venta).
3. Control personal. Referido a la edad legal límite para la venta de bebidas alcohólicas.
4. Control de la publicidad.
5. Control social y ambiental. Especialmente referido a los niveles máximos de alcoholemia permitidos.
6. Políticas públicas. En referencia a la existencia de agencias y/o de programas preventivos y educativos.



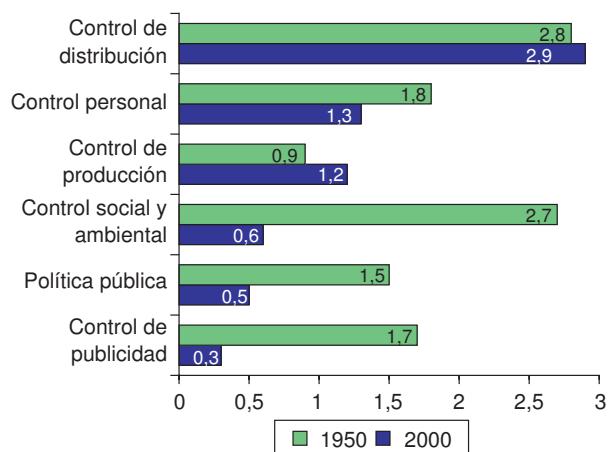
(*) Países de la UE, excepto Luxemburgo y añadiendo Noruega.
Fuente: Thor Norström. European Comparative. Alcohol Study. ECAS. 2000.

Figura 1. Políticas de control sobre Alcohol. Europa (*) 1950-2000 (máximo 20 puntos).

La principal conclusión del estudio es el hecho de que las diferencias encontradas en 1950 en políticas de control de alcohol, entre los países objeto de estudio, no son tan manifiestas en el año 2000. Esta convergencia no sólo es el resultado de que hayan disminuido las diferencias entre los países, también es debido a cambios muy significativos de algunos países en este ranking global, por ejemplo España y Francia han ganado muchas posiciones (Fig. 1).

Los principales avances conseguidos en estas políticas de control son los referidos a la prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol, control de la publicidad, actividades preventivas y educativas y edades legales límites para la venta de alcohol (Fig. 2).

En definitiva, pensamos que toda política preventiva en este campo, dirigida a la disminución de la oferta y la demanda, debe contemplar al menos las siguientes actuaciones¹⁰:



Fuente: Thor Norström. European Comparative. Alcohol Study. ECAS. 2000.

Figura 2. Políticas de control sobre Alcohol. Europa 1950 y 2000 (subgrupos de control).

Promoción y Prevención

1. Información y educación para la salud:

* Informar sobre la magnitud y consecuencias del consumo de alcohol en la salud, familia y sociedad, y sobre las medidas eficaces para prevenir o minimizar el daño.

* Potenciar programas educativos que han de comenzar en la infancia, así como actividades de educación para la salud a través de los medios de comunicación, dado que influyen en la percepción del problema por la población, facilitando el apoyo y aceptación de las medidas de control.

* Incrementar las actividades de vigilancia del marketing de productos alcohólicos y de las nuevas bebidas (Alcopops y bebidas de diseño).

2. Reducción de la disponibilidad y accesibilidad:

* Exigir el cumplimiento de la legislación vigente en oferta y venta a menores de edad.

— El Ministerio de Sanidad está trabajando en un borrador de Ley sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años en todo el territorio nacional.

* Incrementar el número de sanciones impuestas por incumplimiento de la legislación.

* Control de publicidad, ampliando las limitaciones de la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas sobre todo dirigida a jóvenes.

* Limitar el número de puntos de venta y horarios de su apertura y cierre.

- * Potenciar el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en su comercialización y servicio.
- * Incrementar los impuestos especiales de gravación.
- * Fomentar establecimientos alternativos, donde no se consuman bebidas alcohólicas.
- * Promocionar consumo de bebidas no alcohólicas.
- * Estimular el establecimiento de líneas de transporte colectivo en lugares donde se reúnen los jóvenes especialmente durante los fines de semana.
- * Introducción de advertencias sobre riesgos para la salud en los etiquetados correspondientes, especialmente en caso de embarazo, conducción, manejo de maquinas, etc.

3. Coordinación:

- * Potenciar el trabajo interdisciplinar entre profesionales sanitarios, sociales, educadores, etc. para asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación para pacientes y familiares.

El Ministerio de Sanidad y Consumo participa en reuniones de coordinación con Instituciones y Entidades Nacionales (Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, Comisión Interministerial de Seguridad Vial, Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial, INJUVE, Educación, Plan Nacional sobre Drogas...).

Asistencia

- * Detección de manera sistemática, sobre todo en

Participación Comunitaria

- * Implicación de todos los sectores en la política global de intervención.
- * Estimular programas de voluntariado.
- * Apoyo a grupos de autoayuda, ONG y asociaciones de ex alcohólicos.

Bibliografía

1. Gil E, Vargas F, Robledo T, Espiga I. Alcohol y Salud Pública. Serie de Informes Técnicos n.º 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
2. Smart RG, Mann RE, Suurvali H. Changes in Liver Cirrhosis Death Rates in Different Countries in Relation to Per Capita Alcohol Consumption and Alcoholics Anonymous Membership. *J Stud Alcohol* 1998;59:245-49.
3. Leifman H, Romelsjö A. The effect of changes in alcohol consumption on mortality and admissions with alcohol-related diagnoses in Stockholm County- a time series analysis. *Addiction* 1997;92:1523-36.
4. Edwards, G. Andersen P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbretch N, et al. «Alcohol policy and the public good». Oxford University Press; 1994.
5. Rodríguez-Artalejo F, De Andrés B, Banegas JR, Guallar-Castillón P, Villar F, Del Rey. «La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el período 1987-1993». *Med Clin* 1999;113:371-3.
6. Eurocare, Coface. «Alcohol problems in the Family. A report to the European Union». England, World Health Organisation Europe; 1998.