

Alcohol y reducción de daños: políticas institucionales

Alcohol and harm reduction: institutional policies

ROBLEDO, T.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

RESUMEN: *Objetivo:* La alta prevalencia de patologías orgánicas y de trastornos psicosociales asociados al consumo de sustancias, incluida el alcohol, entre aquellos que no piden, o no desean, recibir tratamiento para su adicción, ha provocado una reorientación de las prácticas y políticas de drogodependencias en la mayoría de los países.

Material y métodos: Se revisan las estrategias de reducción de daños dirigidas a bebedores excesivos y se analizan las políticas institucionales que se están desarrollando actualmente en Europa y España.

Resultados: Los diferentes programas de intervención sobre el consumo de alcohol, que van dirigidos a población con un consumo excesivo y/o de riesgo, podrían entrar en la categoría de programas de reducción de daños, cuyo objetivo no sería la abstinencia absoluta sino el situar el consumo por debajo de un umbral que se considera de riesgo.

Construir políticas saludables dirigidas a la prevención del daño ocasionado por el consumo de alcohol, reducir el riesgo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y reducir tanto la extensión como la gravedad del daño, son objetivos específicos del Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005, de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. En el contexto de la Unión Europea destaca la aprobación, el 5 de junio del 2001, de unas *Conclusiones del Consejo sobre una Estrategia Comunitaria dirigida a reducir el daño derivado de los problemas de alcohol*. Final-

mente, debemos reseñar que teniendo en cuenta el marco competencial en el que nos movemos, en España la intervención en el campo del alcohol es prioritaria, y así viene recogida en los distintos planes y políticas de salud que a nivel nacional, autonómico y local se están llevando a cabo.

Conclusiones: Probablemente, la reducción de daños no constituya en sí una política social nueva, lo que quizá sí constituye es un elemento nuevo en nuestra política preventiva. Ello se refleja en las distintas estrategias desarrolladas en el ámbito internacional, nacional, regional y local.

PALABRAS CLAVE: Reducción de daños. Políticas institucionales. Consumo de alcohol.

ABSTRACT: *Objective:* The high prevalence of organic diseases and psychosocial disorders related to the consumption of various substances, including alcohol, by individuals who do not request, nor want, treatment for their addiction, has given rise to a reorientation of drug-addiction practises in many countries.

Material and methods: The strategies addressed to reduce harm among excessive drinkers are reviewed, and the institutional policies currently developed in Europe and Spain are analyzed.

Results: The various intervention programs related with alcohol consumption, addressed to the population at risk and/or excessive drinkers, could be included in the category of harm reduction programs so that the objective would not be total abstinence, but rather to reduce consumption below the risk threshold.

Establishing healthy policies to prevent harm caused by alcohol consumption, reducing the risk of alcohol-related problems and reducing harm extension and severity are all specific objectives of the European Alcohol Action Plan 2000-2005, of

Correspondencia:

T. ROBLEDO DE DIOS
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad y Consumo
Pº del Prado, 18-20
28014 Madrid
e-mail: trobledo@msc.es

the European Regional Offices of the World Health Organization.

Within the European Union, a remarkable outcome was the approval, on June 5, 2001 of the Council's Conclusion on a Community Strategy to reduce alcohol-related harm. Finally, it must be noted that taking the present Spanish competence framework into account, alcohol intervention is a priority and it is developed in many health care plans and policies implemented on the local autonomous and national level.

Conclusions: Possibly, harm reduction is not a new social policy, but a new element of our prevention policies. This new element is reflected in the various strategies developed on the local regional national and international levels.

KEY WORDS: Harm reduction. Institutional policies. Alcohol consumption.

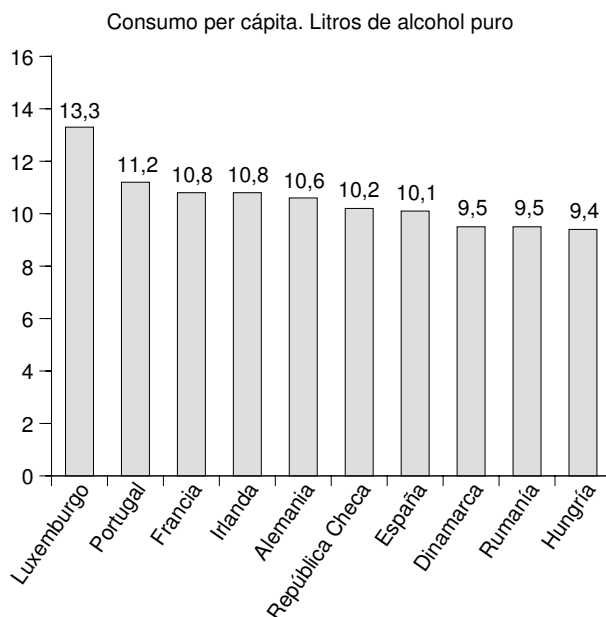
El consumo de alcohol como problema de salud pública

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un importante problema de salud pública. Sus consecuencias de orden físico, mental y social tienen un gran impacto socio-sanitario, con importantes efectos diferenciales entre distintos grupos de población, así como grandes costes sociales derivados tanto de la utilización de los servicios sanitarios como de las pérdidas materiales y de producción que ocasiona.

En 1998, España ocupaba el séptimo lugar en el consumo mundial de alcohol, con 10,1 litros de alcohol puro *per cápita* (fig. 1). Debemos destacar que igual que ha ocurrido en otros países del Sur de Europa, el consumo de bebidas alcohólicas ha disminuido de manera notable en los últimos años. Habiéndose producido ya un descenso del 25%, desde 1980 hasta 1998, hecho producido principalmente por una disminución en el consumo de vino (figs. 2 y 3)¹.

Según las últimas Encuestas Nacionales de Salud (ENS), más del 60% de la población española de 16 y más años declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol, mientras que, aproximadamente, un 4% son bebedores de riesgo (consumos altos y excesivos) (tabla 1)^{2,3}.

Desde 1987, año en el que se realiza la primera ENS, a 1997, el porcentaje de no bebedores en España se incrementa, pasando de 30,7% en 1987 a 37,5% en 1997, en términos generales. Llama la atención que este incremento se ha producido a expensas de la elevación del porcentaje de abstemios en los grupos de edades

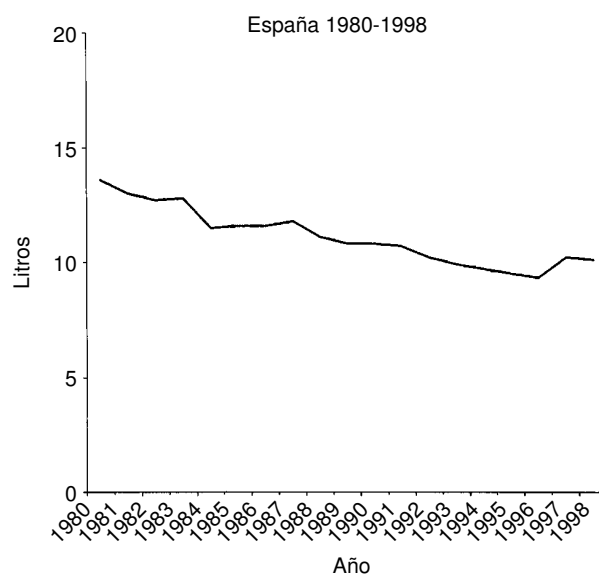


Fuente: World Trends, 1999. Edition.

Elaboración: Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología, MSC.

Figura 1. Consumo total de alcohol por países, 1998.

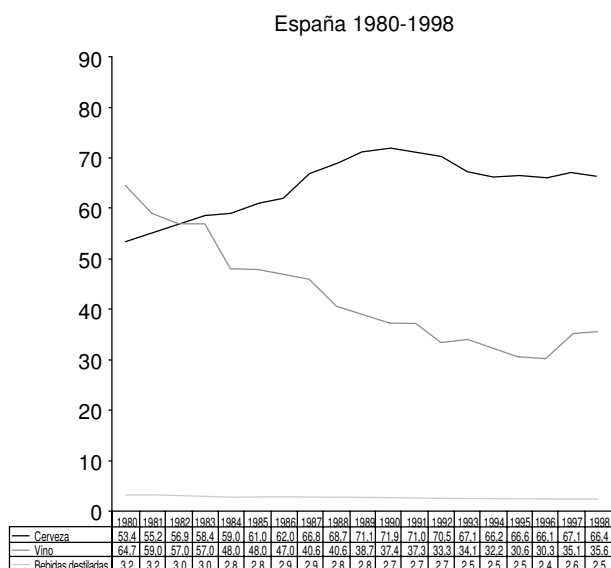
más jóvenes (16-24 años y 25-44 años), tanto en hombres como en mujeres. Hecho que también se pone de manifiesto en las distintas encuestas a escolares realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas (fig. 4)⁴.



Fuente: World Trends, 1999. Edition.

Elaboración: Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología, MSC.

Figura 2. Consumo de alcohol puro por persona y año.



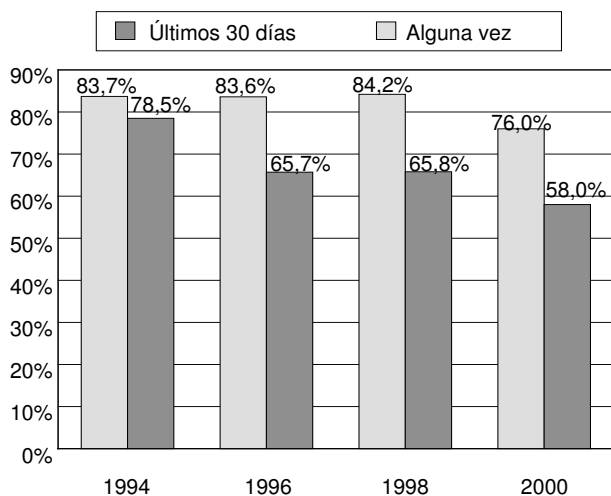
Fuente: World Trends, 1999. Edition.

Elaboración: Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología, MSC.

Figura 3. Consumo *per cápita* de alcohol por tipos de bebidas.

En lo que respecta al sexo, se observan grandes diferencias en los patrones de consumo, siendo destacable que el porcentaje de abstemios es más del doble en las mujeres.

Podemos decir que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los escolares españoles. Según la última Encuesta sobre Drogas realizada a es-



Fuente: Encuesta sobre Drogas a Población Escolar, 2000. DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 4. Evolución de los consumos de alcohol entre los estudiantes de secundaria. España, 1994-2000.

Tabla 1. Tipología del consumo de alcohol de la población de 16 y más años. Porcentaje de consumo. España, 1993 y 1997

	1993	1997
AMBOS SEXOS		
Abstemios	39	27
Ligeros	41	45
Moderados	14	13
Altos	2	2
Excesivos	2	2
No contesta	2	1
HOMBRES		
Abstemios	24	23
Ligeros	43	46
Moderados	24	23
Altos	3	4
Excesivos	5	4
No contesta	2	0
MUJERES		
Abstemios	53	51
Ligeros	40	44
Moderados	4	4
Altos	0	0
Excesivos	0	0
No contesta	3	1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuestas Nacionales de Salud, 1993 y 1997.

colares entre 14 y 18 años, el 76% declara haber consumido alcohol alguna vez y un 58% declara un consumo habitual (últimos 30 días). Los episodios de consumo abusivo de alcohol son relativamente frecuentes en los escolares, así el 39,7% se ha emborrachado alguna vez, pese a lo cuál tan sólo un 7,4% de los escolares percibe que bebe mucho o bastante. La edad media de inicio al consumo de alcohol se sitúa en los 13,6 años⁴.

Es evidente que hay una tendencia Europea a la homogenización de los patrones juveniles de consumo de alcohol. La globalización de los medios de comunicación y de los mercados está determinando, cada vez más, las percepciones de la gente, sus elecciones y comportamientos. Hoy en día muchos jóvenes tienen mayores oportunidades y disponen de más ingresos, pero son más vulnerables a las técnicas de marketing y ventas, cada vez más agresivas en los productos de consumo y sustancias potencialmente peligrosas como el alcohol. De ahí la importancia de incidir en estos factores que determinan el inicio al consumo⁵.

El alcohol está presente en una proporción importante de accidentes de tráfico, laborales y domésticos. Ocasiona un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas a edades muy tempranas. Además de los

Tabla 2. Mortalidad atribuible al alcohol en España. Año 1997

Causas de muerte	Cifras absolutas	Fracción atribuible (%)	Nº muertes atribuibles
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (E-571)	6.423	70	4.496
Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E 810-819)	5.790	40	2.316
Pancreatitis aguda (E-577.0)	1.105	42	464
Psicosis alcohólica (E-291)	56	100	56
Síndrome de dependencia alcohólica (E-303)	199	100	199
Abuso de alcohol (E-305.0)	13	100	13
Envenenamiento accidental por alcohol, no clasificado en otra parte (E-860)	15	100	15
Suicidios y lesiones autoinfligidas (E-950-959)	3.373	25	843
Cardiomiopatía alcohólica (E-425.5)	30	100	30
Gastritis alcohólica (E-535.3)	3	100	3
Polineuropatía alcohólica (E-357.5)	4	100	4
Pancreatitis crónica (E-577.1)	45	60	27
T. maligno labio, cavidad oral, faringe (E-140-149)	2.268	50	1.134
T. maligno esófago (E-150)	1.762	75	1.321
T. maligno laringe (E-161)	1.909	50	954
Homicidio (E-960-969)	342	46	157
TOTAL	23.337		12.032

Fuente: Defunciones según la causa de muerte, 1997. INE 2000.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Consumo. MSC.

problemas sanitarios, el consumo excesivo de alcohol origina importantes costes laborales (absentismo, bajas por incapacidad...), malos tratos al cónyuge y a los niños, marginación, ruptura y abandono familiar.

Se estima que en 1997 fallecieron en nuestro país 12.032 personas por esta causa, lo que representó el 3,5% de todas las defunciones (tabla 2)⁶.

El consumo de alcohol, con independencia de los importantes *costes* causado por la pérdida de capacidad productiva por absentismo, enfermedad o accidente laboral, genera costes importantes por consultas médicas, hospitalización, tratamiento en hospitales generales y psiquiátricos y, en particular, por el tratamiento de la cirrosis hepática. A lo que deberíamos añadir los costes sanitarios debidos a accidentes de tráfico y a otros tipos.

Según un estudio realizado por Portella et al los costes sanitarios y sociales anuales, ocasionados en España por el consumo excesivo de alcohol, ascendían a 637.718 millones de pesetas⁷.

Alcohol y reducción de daños

El concepto de disminución de daños y riesgos comenzó a utilizarse ampliamente, en el mundo de las adicciones, a finales de los años 80, sobre todo como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral. La gravedad del SIDA hizo que su control fuese prioritario, relegándose a un segundo término el control de la enfermedad adictiva⁸.

En la última década hemos asistido a una reorientación de las prácticas y políticas de drogodependencias en la mayoría de los países. Estas han evolucionado hacia la priorización de acciones dirigidas a la disminución de los efectos nocivos ocasionados por las drogas y sus formas de consumo, tanto a nivel sanitario como legal, social y económico.

Y esta reorientación ha sido influenciada por la alta prevalencia de patologías orgánicas y de trastornos psicosociales asociados al consumo de sustancias, incluida el alcohol, entre aquellos que no piden, o no desean, recibir tratamiento para su adicción.

De hecho, la intervención sobre bebedores excesivos también podría ser concebida como reducción de daños, en tanto que pretende evitar problemas en personas que no desean dejar de beber y a veces ni siquiera están dispuestos a reducir su nivel de consumo⁹.

En realidad, todos los programas de intervención sobre el consumo de alcohol que van dirigidos a población con un consumo excesivo y/o de riesgo entrarían en la categoría de programas de reducción de daños, cuyo objetivo no sería la abstinencia absoluta sino el situar el consumo por debajo de un umbral que se considera de riesgo⁸.

Probablemente, *la reducción de daños no constituye en sí una política social nueva, lo que quizá sí constituye es un elemento nuevo en nuestra política preventiva*. En el tema que nos ocupa una estrategia de reducción de daños podría involucrar una amplia variedad de tácticas¹⁰:

- Desarrollar programas educativos dirigidos a modificar actitudes y comportamientos.
- Incidir en la percepción social acerca del alcohol.
- Desarrollar programas orientados a prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol.
- Promover programas de entrenamiento para las personas que sirven alcohol.
- Facilitar el acceso a los dispositivos de atención sociosanitarios.
- Fomentar la intervención de los profesionales sanitarios del nivel de Atención Primaria de salud en este campo.
- Acercar estas terapias a pacientes crónicos con múltiples recaídas y con malos resultados en los programas libres de alcohol.

Es en este contexto, en el que me gustaría situar las *políticas institucionales que se están desarrollando actualmente en Europa y España*.

Región Europea de la Organización Mundial de la Salud

En septiembre de 2001 tuvo lugar en Madrid la 51.^a Reunión del Comité Regional para Europa de la OMS. Diversos documentos fueron debatidos y distintas resoluciones aprobadas. Es de destacar la importancia concedida, en todo momento, a los progresos realizados en el marco del Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol. Y en este sentido una nueva Resolución sobre alcohol (EUR/RC51) fue aprobada.

Hay 10 años de trabajo en este tema desde la Oficina Regional para Europa de la OMS:

- 1992.-RC42: Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol.
- 1995.-París: Conferencia Ministerial sobre Salud, Sociedad y Alcohol.
- 1999.-RC49: Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005.
- 2001.-Estocolmo: Conferencia Ministerial sobre Alcohol y Jóvenes.

España, como miembro que es de la Región Europea, se ha sentido comprometida en todo momento con los Planes Europeos de Actuación sobre Alcohol, planes que sin duda, y desde 1992, se han convertido en un claro elemento dinamizador de políticas preventivas en los distintos Estados Miembros.

El planteamiento principal de estos planes se basa en el hecho de que los problemas relacionados con el consumo de alcohol y las motivaciones que incitan a beber son múltiples y complejas como lo es también su abordaje, que debe sustentarse en una *política global, multisectorial y multidisciplinar*. Por ello, no existe una «actuación estrecha» para su abordaje, sino que toda estrategia de intervención necesita estar enmarcada en una política global, tal como se señala en la «*Carta Europea sobre Alcohol*», 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 10 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 Europea¹¹.

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 desarrollan en función de las necesidades y prioridades.

El primer *Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol* (PEAA) 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 alcohol¹².

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 castellano. Debemos destacar que en el transcurso de este primer PEAA han tenido lugar cinco encuentros de representantes nacionales (Viena, Berna, Roma, Madrid y Varsovia) y una Conferencia Europea Ministerial sobre Salud, Sociedad y Alcohol (París 1995).

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*¹³, en cuyo contexto han tenido lugar dos encuentros de representantes nacionales y la *Segunda Conferencia Europea Ministerial sobre Alcohol, ALCOHOL Y JÓVENES* (Estocolmo, febrero de 2001), conferencia en la que fue aprobada por todos los estados miembros de la Región Europea, una nueva *declaración o carta europea sobre «Alcohol y Jóvenes»*¹⁴.

El objetivo 12 de SALUD 21 indica que «para el año 2015 los efectos adversos para la salud derivados del consumo de sustancias adictivas, como el tabaco, el alcohol y las drogas psicoactivas, debieran haber sido ampliamente reducidos en todos los Estados Miembros»¹⁵.

El PEAA 2000-2005 concluye: «*reducir el daño que puede ocasionar el alcohol es uno de los mayores desafíos en materia de salud pública a que se enfrenta la Región Europea de la OMS. Los medios de asumir este desafío son bien conocidos. Lo que se necesita ahora es ejercer la voluntad política, movilizar a la sociedad civil y poner en marcha programas sistemáticos en cada uno de los Estados Miembros. El PEAA crea un movimiento europeo destinado tanto a reducir el daño ocasionado por el alcohol, como a promover la salud y el bienestar en toda la Región.*»

Los objetivos globales del PEAA consisten en:

- generar una mayor conciencia de la necesidad de proveer educación y de *construir políticas de salud pública dirigidas a la prevención del daño ocasionado por el consumo de alcohol*;

- *reducir el riesgo de los problemas relacionados con el alcohol* que se pueden producir en diferentes ambientes como el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad y el entorno de la bebida;

- *reducir tanto la extensión como la gravedad del daño relacionado con el alcohol*, es decir, los casos de muerte, accidentes, violencia, maltrato a menores, y crisis familiares;

- *ofrecer un tratamiento accesible y eficaz a las personas que realizan un consumo peligroso y nocivo de alcohol, así como a aquellas con una clara dependencia del alcohol*;

- *ofrecer una mayor protección frente a las presiones que llevan a los niños y a los jóvenes a beber, y que también soportan las personas que eligen no beber.*

La Declaración de Estocolmo sobre «Jóvenes y Alcohol» aprobada en el contexto de este plan, propone un conjunto de medidas eficaces de política de alcohol en cuatro amplias áreas: proveer protección, promover educación, apoyar ambientes y:

Reducir el daño: Promover una mayor comprensión de las consecuencias negativas de la bebida para las personas, la familia y la sociedad. En el medio en el que se consume alcohol, debe asegurarse formación a los responsables de servir alcohol y promulgar reglamentaciones que prohíban la venta de alcohol a menores y personas intoxicadas. Reforzar los reglamentos y multas por conducir bajo los efectos del alcohol. Proveer adecuados servicios de salud y sociales dirigidos a los jóvenes que experimentan problemas como resultado del consumo de otros o de su propio consumo de alcohol.

En la resolución RC51 anteriormente citada se insta al Director Regional de la OMS a reforzar las relaciones con otras organizaciones internacionales y supranacionales, tales como la *Unión Europea*, y ello obedece a una necesidad realmente percibida por todos los sectores implicados, incluidos los Estados Miembros.

Estrategia comunitaria sobre alcohol

Con fecha 24 de noviembre de 1993, la Comisión de las Comunidades Europeas emitió una Comunicación de vital importancia sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública. En ella se definían ocho áreas prioritarias de intervención, que dieron lugar a ocho programas de intervención, entre los cuáles no se incluía el alcohol.

Podríamos decir que, salvo por una resolución del año 1986 sobre consumo abusivo de alcohol, no ha existido una política comunitaria en materia de salud pública y alcohol hasta hace unos años.

En junio de 1997 tuvo lugar en Luxemburgo la primera reunión de un grupo de trabajo sobre «Alcohol y Salud», fruto del trabajo de este grupo se elaboró una «*Recomendación del Consejo sobre consumo de alcohol por parte de niños y adolescentes*», aprobada por el Consejo de Ministros de Sanidad el 5 de junio de 2001 y que sin duda constituye un modesto pero importante avance en la construcción de una política comunitaria en materia de prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol¹⁶.

La Recomendación del Consejo recoge la necesidad de que los distintos Estados Miembros, con el apoyo según proceda de la Comisión, deben formular estrategias y poner en marcha acciones reguladoras con respecto a los jóvenes y el alcohol, garantizando el desarrollo, aplicación y evaluación de políticas globales de promoción de la salud, dirigidas a este colectivo, así como de programas específicos. Asimismo, establece la necesidad de fomentar, *en función de los distintos entornos jurídicos, normativos o autorreguladores*, mecanismos eficaces de control en los sectores de la promoción, la comercialización y la distribución.

El 5 de junio del 2001 también fue aprobado el documento «*Conclusiones del Consejo sobre una Estrategia Comunitaria dirigida a reducir el daño derivado de los problemas de alcohol*», en el que el Consejo invita a la Comisión a que desarrolle una estrategia comunitaria comprensiva dirigida a disminuir los problemas derivados del consumo de alcohol.

Sólo queda esperar que estas actuaciones se sigan desarrollando en el marco del futuro programa comunitario de Salud Pública, que casi con toda seguridad será en el 2002.

España: políticas institucionales

De acuerdo con la Constitución española y en materia sanitaria, el Estado tiene competencia exclusiva en «Sanidad exterior. *Bases y coordinación general de la sanidad*. Legislación sobre productos farmacéuticos. *Legislación básica* y régimen económico de la Seguridad Social» (artículo 149.1.16ª/17ª).

El establecimiento en la Constitución española del Estado de las Autonomías, las cuales asumen a través de sus estatutos determinadas competencias que antes eran del Estado, obliga a incorporar en la Admi-

nistración mecanismos de Coordinación, que la propia Constitución recoge. La descentralización producida en materia de Sanidad e Higiene (art. 148.21 de la Constitución española), ha conllevado en todo momento la necesidad de cooperación y coordinación entre las distintas Administraciones Sanitarias.

A partir del referente constitucional, la Ley General de Sanidad diseñó un modelo organizativo a través de un *Sistema Nacional de Salud*, concebido como el conjunto de Servicios de Salud bajo la responsabilidad principal de las Comunidades Autónomas, coordinados entre sí. En virtud de la competencia de «Coordinación General de la Sanidad» que posee el Estado de manera específica, éste creó, por la Ley General de Sanidad, el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, para asignarle los cometidos propios de la función coordinadora.

Probablemente, la finalización del proceso de transferencias sanitarias, así como la articulación de mecanismos de financiación sólidos, duraderos y transparentes facilitará todo este proceso de coordinación y cooperación.

Teniendo presente este marco competencial y centrándonos en el tema que nos ocupa podemos decir que, en España, la intervención en el campo del alcohol es prioritaria, y así viene recogida en los distintos planes y políticas de salud que a nivel nacional, autonómico y local se están llevando a cabo.

Las 17 Comunidades Autónomas han aprobado sus respectivos planes de salud (tabla 3). En todos ellos el alcohol es un área específica de intervención, si bien, la formulación de los objetivos varía mucho de unos planes a otros, pudiendo algunos planes contemplar este tema en un solo objetivo general, mientras que en otros se presenta con varios objetivos generales e incluso detallados objetivos específicos.

En lo referente a la dependencia orgánica las actuaciones y programas sobre alcohol se llevan a cabo en algunas Comunidades desde los Planes Regionales de Drogodependencias y en otras desde el área de Salud Pública.

Las principales actuaciones preventivas contempladas hacen referencia a los siguientes objetivos:

- Limitaciones a la venta y consumo de alcohol.
- Promover hábitos saludables de vida.
- Informar y educar a la población en general y a grupos poblacionales específicos (niños, adolescentes, embarazadas) acerca de los riesgos derivados del consumo de alcohol.
- Promover la participación intersectorial.
- Educar para la Salud en medio escolar.

Tabla 3. Los planes de salud en las CC.AA. y en el Ministerio de Sanidad y Consumo

Comunidad	Plan	Consejo interterritorial	Año	Observaciones
Andalucía	Sí	27.9.93	1993	Aprobado por Consejo de Gobierno, enviado al Parlamento
Aragón	Reelabor.		1992	Existe un borrador enviado para sugerencias
Asturias	Sí		1997	Estrategias de Salud
Baleares	Sí		Sin fecha	Documento previo. Pendiente de aprobación por Parlamento
Canarias	Sí		Sin fecha	Plan de Salud 1996-2000
Cantabria	Sí		1996	Aprobado por Consejo de Gobierno en 12.96. Plan de de Salud 1996-2000
Castilla-La Mancha	Sí		1995	Aprobado por Consejo de Gobierno en 4.95. Plan de Salud 1995-2000
Castilla y León	Sí		1998	Aprobado por Consejo de Gobierno el 8 de octubre de 1998
Cataluña	Sí		1997	En continuidad y coherencia con el anterior Plan de Salud 1996-1998
C. Valenciana	Revisión		1995	Es un Documento considerado base
Extremadura	Sí		1997	Aprobado en Consejo de Gobierno. Plan de Salud 1997-2000
Galicia	Sí		1998	Segundo Plan aprobado
Madrid	Sí		1995	En revisión y actualización de objetivos
Murcia	Sí		1998	Plan de Salud 1998-2000
Navarra	Sí	17.12.90	1991	
País Vasco	Sí	20.12.93	1994	Aprobado por Consejo de Gobierno, remitido Parlamento
Rioja	Sí		1997	
Mº. Sanidad y C.	Sí	6.11.95	1995	Informado por el Pleno del CISNS de 6.11.95

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid, 1999.

- Concienciar a la población acerca de la necesidad de un consumo moderado de alcohol y
- Desarrollar intervenciones especiales en grupos de riesgo.

Estos objetivos son asumidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que en el área de prevención de los problemas relacionados con el alcohol, viene desarrollando las siguientes actuaciones.

Medidas de reducción de la disponibilidad y accesibilidad

Se contemplan un conjunto de medidas de promoción y de protección de la salud (legales, económicas, ambientales, etc.), que tienden a construir ambientes favorables que faciliten comportamientos saludables. Hablamos de:

- *Limitaciones a la venta y consumo de alcohol.* Las limitaciones de edad representan una barrera legal

Tabla 4. Edad legal límite para la venta de alcohol en Europa, en el año 2000

	Venta donde no se consume (off premise)			Venta donde se consume (on premise)		
	Cerveza	Vino	Destiladas	Cerveza	Vino	Destiladas
Austria	16	16	18	16	16	18
Bélgica	16	16	18	16	16	18
Dinamarca	15	15	15	18	18	18
Finlandia	18	18	20	18	18	18
Francia	16	16	16	16	16	16
Alemania	16	16	18	16	16	18
Grecia	-	-	18	-	-	18
Irlanda	18	18	18	18	18	18
Italia	16	16	16	16	16	16
Holanda	16	16	18	16	16	18
Noruega	18	18	20	18	18	20
Portugal	-	-	-	16	16	16
España	16	16	16	16	16	16
Suecia	18	20	20	18	18	18
Inglaterra	18	18	18	16	16	18

Fuente: ECAS Study. Febrero 2001.

para acceder al alcohol. Hoy día podemos afirmar que cuánto más se retrase la edad legal de acceso al alcohol, más se retrasará la edad de inicio en el consumo de alcohol.

En la Unión Europea los límites legales de edad varían de los 15 a los 20 años, según el Estudio ECAS¹⁷ (que analiza todos los países de la UE con la exclusión de Luxemburgo e inclusión de Noruega) (tabla 4).

En España la edad legal límite para la venta y consumo de alcohol en lugares públicos es de 16 años a nivel nacional, habiéndose incrementado a 18 años en muchas Comunidades Autónomas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la voluntad de elevar a 18 años la edad legal límite para la venta de alcohol, unificando por tanto este límite en todo el territorio nacional.

- *Control de la publicidad.* En materia de control de la publicidad tenemos prohibida, desde 1988, la publicidad en televisión de las bebidas alcohólicas de más de 20º, así como traspuesto a nuestro ordenamiento jurídico la directiva comunitaria sobre radiodifusión televisiva.

Algunas Comunidades Autónomas han ampliado estas limitaciones a otros medios (radio y televisión en determinados tramos horarios, publicidad exterior, publicidad en el interior de determinados establecimientos, revistas juveniles, patrocinio de acontecimientos culturales y deportivos juveniles...).

- *Impuestos especiales.* La recaudación por impuestos especiales en concepto de alcohol, bebidas derivadas y cerveza supuso el 7% de todos los ingresos obtenidos por impuestos especiales de fabricación en 1998. Existe una tendencia creciente de los impuestos especiales que gravan el alcohol y bebidas derivadas¹⁸. En la tabla 5 se presenta la recaudación por este concepto en los últimos años.

Medidas de información y educación para la salud

Educar para la Salud en medio escolar, promover hábitos saludables de vida, informar y educar a la población en general y a grupos poblacionales específicos (niños, adolescentes, embarazadas) acerca de los riesgos derivados del consumo de alcohol y concien-

Tabla 5. Evolución de la recaudación por impuestos especiales

	1995	1996	1997	1998
Alcohol y Bebidas				
Derivadas	87.238	99.482	93.015	114.533
Productos Intermedios	3.826	4.412	3.916	3.605
Cerveza	31.664	33.115	27.218	29.574

Millones de pesetas.

Fuente: Estudio sobre los impuestos especiales en 1988. Departamento de Aduanas e impuestos especiales.

ciar a la población acerca de la necesidad de un consumo moderado de alcohol, son objetivos de todas las Administraciones Sanitarias.

- En este sentido y desde 1989, se viene trabajando, a través de un convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y el de Educación y Ciencia e Interior, en las áreas de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional e Investigación. Podemos señalar la *realización de campañas y concursos escolares de carteles, cómics y vídeos, la elaboración de materiales didácticos, tanto para el profesor como para el alumno, así como la elaboración de guías y folletos y la puesta en marcha de programas en entrenamiento de habilidades de vida (Construyendo Salud).*

- También, venimos realizando diversas actividades dentro del área de salud y prevención del *Plan de la Juventud*, que tienen como objetivo principal la promoción entre los jóvenes de hábitos de vida saludables y la prevención de riesgos a los que están expuestos. Las actividades están dirigidas a influir en la formación de aptitudes y comportamientos de los jóvenes, fomentando sanos estilos de vida, creando corrientes de opinión que hagan frente a aquellas situaciones que mayores efectos negativos tienen entre los jóvenes: abuso de alcohol, tabaquismo, toxicomanías, accidentes de tráfico y embarazos no deseados. En este contexto debemos señalar la edición de una Guía Informativa sobre Consumo Juvenil de Alcohol titulada *¿Porqué es importante hablar de Alcohol?*

- Además, en este año el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública firmará un Convenio marco de colaboración con el Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE), que intentará hacer frente a las situaciones anteriormente descritas.

- Finalmente, debemos destacar la gran importancia de las actuaciones realizadas por las *Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y por las Concejalías de Sanidad de numerosos municipios es-*

pañoles, que están volcando grandes esfuerzos en la prevención de los problemas derivados del consumo juvenil de alcohol, como por ejemplo, a través del *Fomento de la promoción de la salud en el medio escolar y del desarrollo de actividades de ocio saludables*, durante la tarde/noche de los fines de semana, organizadas y desarrolladas por y para los jóvenes en los polideportivos municipales, así como la organización de redes de transporte alternativo durante el fin de semana, en las «rutas» de diversión de los jóvenes.

Reducción de daños

- *Prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.* Como iniciativas debemos destacar la participación del Departamento de Sanidad en:

- Comisión Interministerial de Seguridad Vial.
- Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial. Participación en los Plenos y en el Grupo de trabajo GT14 encargado de la elaboración de los Planes Nacionales de Seguridad Vial.

- La reducción realizada de la tasa legal de alcoholemia, que actualmente se sitúa en 0,5 g/litro para turismos y 0,3 g/litro para transporte de mercancías, vehículos de emergencia y conductores noveles durante los dos primeros años de carnet.

- Desarrollo de un *Proyecto de Prevención de Accidentes de Tráfico en el ámbito sanitario de la Atención Primaria de Salud* en colaboración con el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la SEMFYC, y la puesta en marcha de un estudio que valore el impacto de la prescripción de medicamentos en los Accidentes de Tráfico en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

- Dentro del *Área Asistencial* es de destacar las importantes iniciativas realizadas en España, y dirigidas a la detección sistemática de bebedores de riesgo *en el nivel de Atención Primaria de Salud*, así como la promoción de las *intervenciones breves* (consejo sanitario) en este campo. Importantes iniciativas que son promovidas desde el INSALUD y desde Sociedades Científicas, como ocurre con el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, programa al que el Ministerio apoya técnica y económicamente.

Coordinación

Además de la participación en Reuniones de Coordinación con Instituciones y Entidades Nacionales,

como la Dirección General de Tráfico y el Plan Nacional sobre Drogas, y dado nuestro ámbito competencial señalado anteriormente, es una prioridad para nosotros potenciar las actuaciones de coordinación en el seno del Consejo Interterritorial.

Actualmente, estamos trabajando en un grupo de tra-

bajo sobre jóvenes con las Comunidades Autónomas, creado en el seno del Grupo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS, para la elaboración de recomendaciones en relación con los principales problemas que afectan a la juventud española, entre ellos el alcohol.

Bibliografía

1. Produktschap voor gedistilleerde dranken. World Drink Trends 1999. Oxford: NTC Publications Ltd, 1999.
2. Biglino L, Coronado A, Gil E, Gil J, Prieto A, Regidor E. Encuesta Nacional de Salud 1993. Rev San Hig Pública 1994;68:121-78.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
4. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Drogas en la población escolar. Madrid: Ministerio del Interior, 2001.
5. World Health Organization. Declaration on Young People and Alcohol. WHO. Stockholm, 2001.
6. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Alcohol y Salud Pública. España 2001 (documento recuperado el 27 de septiembre de 2001). www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm
7. Portella E, Rídao M, Carrillo E, Ribas E, Ribo C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998.
8. Cuadrado P. Programas de reducción de daños y riesgos en el alcoholismo. En: Rubio G, Santo-Domingo J. Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2001.
9. Rodríguez-Martos A. Nuevos consumos, nuevos modelos de intervención. En: Meana JJ, Pantoja L. Nuevas interpretaciones y nuevos abordajes del alcoholismo. Avances en farmacología de drogodependencias. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias, 2000.
10. Cymerman P. La estrategia de reducción de daños como estrategia preventiva (documento recuperado el 25 de septiembre de 2001). http://bioetica.org/drogas_-_opiniones_-_reduccion_de_danos.htm
11. Robledo T, Álvarez FJ. Plan Europeo de actuación sobre el consumo de alcohol: una mirada hacia el futuro. Med Clin 1996;106:581-2.
12. Gil E, Robledo T, Rubio J, García M, Vargas F. Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol. Rev Esp Salud Pública 1995;69:361-83.
13. Flores D, González J, Robledo T, Rubio J, Espiga I, Saiz I. Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005 - Organización Mundial de la Salud Europa. Dirección General de Salud Pública y Consumo, Subsecretaría de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Declaración sobre Jóvenes y Alcohol (Estocolmo, 2001) (documento recuperado el 7 de septiembre de 2001). www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm
15. De la Mata I, Gutiérrez-Fisac JL, Pérez C, Rubio J, Robledo T, Rodríguez de Blas C. Salud 21-Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
16. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Recomendación del Consejo, de 5 de junio de 2001, sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescentes. DOCE núm L 161, 16/6/2001.
17. Österberg E, Karlsson T. Trends in alcohol control policies in the EU Member States and Norway, 1950-2000. Conferencia de Estocolmo sobre Alcohol y Jóvenes, 2001.
18. Agencia Tributaria. Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales. «Estudio sobre los impuestos especiales en 1998». Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda, 1998.