

Alcohol y Salud Pública (Informe para la Revista Española de Drogodependencias)

Teresa Robledo De Dios, Jesús Rubio Colavida
Isabel Espiga López, Enrique Gil López

*Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo (España)*

Introducción

El consumo de alcohol está ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales, constituyendo en la actualidad un importante problema de Salud Pública. En España, al igual que en el resto de países de su entorno, se ha producido en los últimos años un incremento importante de la sensibilidad general sobre este tema, observándose una revitalización de los planteamientos e instrumentos que tratan de modificar este fenómeno.

Estudios comparativos internacionales correlacionan la producción y el consumo de alcohol con la morbi-mortalidad atribuible al mismo, y establecen una relación directa entre la incidencia de estas patologías y la proporción de grandes bebedores, relacionando esta última y de forma directa, con el consumo de alcohol por habitante y año en una comunidad.

Producción

La producción de bebidas alcohólicas genera un porcentaje importante del producto interior bruto (PNB). Europa es el continente con más alto consumo, producción y exportación de alcohol, estimándose un valor medio de la producción de alcohol en casi el 2% del PNB, mientras que el coste económico de los problemas relacionados con dicho consumo representa de un 5-6% de PNB (Eurocare, 1995).

España es el tercer país productor mundial de vino, con 37.036 millones de hectolitros en 1992; y el noveno en producción de cerveza, con 26.082 millones de hectolitros en 1992; y de bebidas destiladas, con 1.057 millones de hectolitros de alcohol puro en 1990 (Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken, 1994).

En 1992, la recaudación por impuestos especiales en concepto de alcohol, bebidas derivadas y cerveza fue de 98.983 millones de pesetas. Cabe suponer un incremento en los próximos años, dadas las recientes subidas de los tipos que se aplican al alcohol (Ministerio de Economía y Hacienda, 1993).

Consumo de alcohol

En 1993, España ocupaba el séptimo lugar en el consumo mundial de alcohol, con 10 litros de alcohol puro *per cápita* (**figura 1**) (Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken, 1994). Según la *Encuesta Nacional de Salud* de 1993 (Biglino et al., 1994), el 61% de la población mayor de 16 años declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol. Como puede apreciarse en la **figura 2**, más de la mitad de la población mayor de 16 años consume alcohol de forma ligera o moderada, mientras que el 4% son bebedores de riesgo (consumos alto y excesivo), porcentaje inferior al obtenido en la *Encuesta Nacional de Salud* de 1987 (9,7%).

Respecto al sexo, se observan grandes diferencias en los patrones de consumo. Destaca que el 53% de las mujeres se declara abstemia, frente al 24% de los hombres.

Por grupos de edad, el grupo de 25-44 años seguido del grupo de 16-24, son los que declaran tener un mayor consumo de alcohol. En la **figura 3** se muestra la evolución de dicho consumo por grupos de edad y sexo. Atendiendo a la clase social podemos observar un patrón bastante definido en el nivel de consumo. Los consumos moderados son más frecuentes en la clase social alta: el 56% de los individuos de clase alta consume alcohol de forma ligera, frente al 31% de clase baja. Por su parte, tanto el porcentaje de abstemios como el de bebedores excesivos es más alto en la clase social más baja (51% y 31%) que en la más alta (27% y 2%).

En la **figura 4** podemos observar la tendencia de la prevalencia del consumo de alcohol (Biglino et al., 1994; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, 1989; Gil et al., 1992). El porcentaje de población abstemia ha venido descendiendo desde 1980 hasta 1989 tanto

en los hombres como en las mujeres, aunque este porcentaje siempre ha sido mayor en éstas. En 1993, sin embargo, se ha producido un aumento en el porcentaje de abstemios, reflejando un descenso en el consumo de alcohol en la población.

Por Comunidades Autónomas se observan importantes variaciones en el porcentaje de población de 16 y más años, en lo referente a población abstemia y bebedora excesiva (**Tabla 1**). En relación con la *Encuesta Nacional de Salud de 1987*, prácticamente en todas las autonomías se ha producido un aumento en el porcentaje de población abstemia, siendo destacable el ocurrido en la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Baleares. Y, paralelamente, una disminución en el porcentaje de bebedores excesivos, siendo este descenso muy marcado en La Rioja, País Vasco, Cantabria y Extremadura.

En España el consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales determinantes del estilo de vida de la población, existiendo una amplia variedad de pautas de consumo en relación con diversas variables, de las cuales

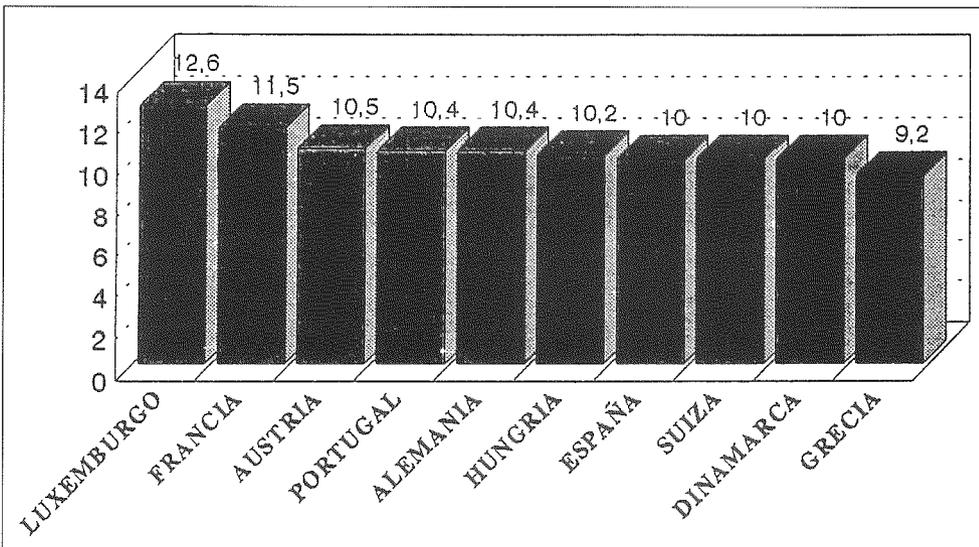


Figura 1: Consumo total de alcohol por países 1993. Consumo per capita en litros de alcohol puro. FUENTE: World Drink Trends 1994 Edition.

el sexo y sobre todo la edad, son claves fundamentales. De hecho, en el momento actual el **consumo de alcohol por la juventud** se ha convertido en un problema de especial relevancia social, observándose un incremento de la alarma social y sensibilización con el problema.

En un estudio realizado en 1993 por el **Instituto de la Juventud** en población de 15 a 29 años, se detectó que el 50% de los jóvenes encuestados habían consumido alcohol en la última semana, el 60,3% de los hombres y el 39,6% de las mujeres (**figura 5**) (Comas, 1994).

En la **figura 6** se presenta desglosado este consumo por grupos de edad, pudiéndose apreciar que no son los adolescentes sino los jóvenes mayores de edad los que disparan estas tasas de consumo. De hecho, el porcentaje de abstemios en adolescentes se ha incrementado en los últimos años. Así, de 1988 a 1993 el número de bebedores entre los jóvenes de 15 a 16 años ha descendido drásticamente, pasando de un 53% a un 29,8%. Sin embargo, es necesario recalcar el hecho de que aunque haya menos bebedores en comparación con estudios anteriores, la cantidad de alcohol consumido por los que

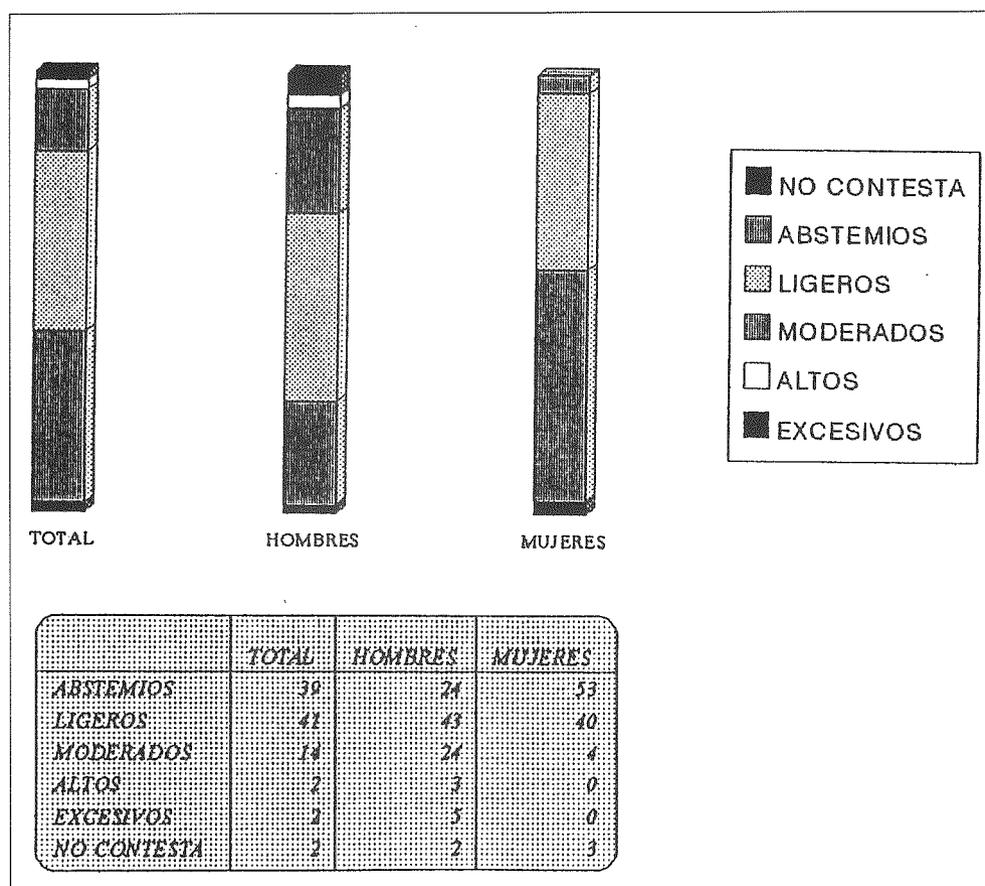


Figura 2: Tipología de los consumidores de alcohol. FUENTE: Encuesta Nacional de Salud. 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración : Dirección General de Salud Pública.

siguen bebiendo se ha incrementado notablemente. Según este estudio, el joven consume por término medio 147,7 centímetros cúbicos (cc.) de alcohol puro a la semana, siendo el sábado el día de máximo consumo, con 65,2 cc. Atendiendo a su ruta horaria, los viernes y los sábados por la noche son los de mayor consumo en los jóvenes de 17 a 25 años, mientras que los adolescentes beben básicamente durante las tardes del fin de semana. La pauta de dualidad (laborables/fin de semana) se presenta en la **figura 7**.

Los jóvenes consumen principalmente cerveza, si bien se observa un consumo creciente de bebidas destiladas, principalmente a través de mezclas y combinados, hecho que puede aumentar los efectos nocivos del alcohol dada la falta de control en el origen de las sustancias utilizadas, en las cantidades ingeridas, así como en el efecto químico de esas mezclas (Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales, 1994).

Mortalidad relacionada con el alcohol

El consumo de alcohol tiene una gran importancia en la Salud Pública por su contribución a la etiología y/o desarrollo y consecuencias de numerosos problemas agudos y crónicos de carácter físico, psicológico y de comportamiento.

A mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad más elevadas por cirrosis hepática, determinados cánceres, accidentes de tráfico, laborales y domésticos, síndrome alcohólico fetal, hipertensión, pancreatitis, síndromes neurológicos y otras enfermedades.

En los jóvenes, las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol se suelen referir principalmente a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden

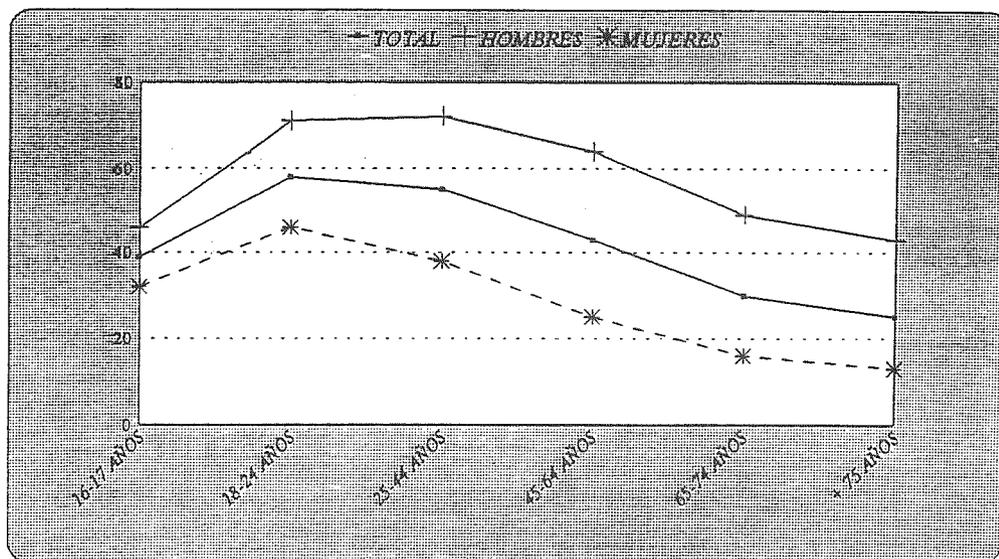


Figura 3: Consumo de alcohol por grupos de edad y sexo. Evolución y porcentaje. FUENTE: Encuesta Nacional de Salud. 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración: Dirección General de Salud Pública.

público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, actividades sexuales desprotegidas, etc.

Además de los problemas sanitarios, el consumo excesivo de alcohol origina elevados costes económicos y sociales, absentismo, bajas por incapacidad, pérdida de puestos de trabajo, malos tratos al cónyuge y a los hijos, violencias, marginación, ruptura y abandono familiar (Vargas et al., 1994).

Cuantificar la mortalidad provocada por el consumo de alcohol es una tarea difícil. Todavía persisten diferencias notables en los métodos de estudio, definiciones, cuantificación del consumo, obtención de datos etc.

Un enfoque para la estimación de la magnitud e importancia del consumo de alcohol es el cálculo de la mortalidad relacionada con el alcohol propuesto por los Centers for Disease

Control (CDC) de los Estados Unidos (Alcohol Related Mortality and Years of Potential Life Lost United States 1987, 1990). Aún siendo discutibles los porcentajes de atribución causal de cada enfermedad, permiten una aproximación a la realidad que está siendo confirmada por los resultados de estudios epidemiológicos prospectivos. Teniendo en cuenta estas limitaciones hemos calculado la mortalidad relacionada con el alcohol en España.

En 1991 murieron en nuestro país 13.491 personas por causas relacionadas con alcohol, lo que representó el 4% del total nacional (Tabla 2; Defunciones según la Causa de Muerte 1991. Movimiento Natural de la Población. Instituto Nacional de Estadística, 1994).

Actualmente es indiscutible la relación directa entre el consumo de alcohol y las tasas de mortalidad por cirrosis, tanto si se

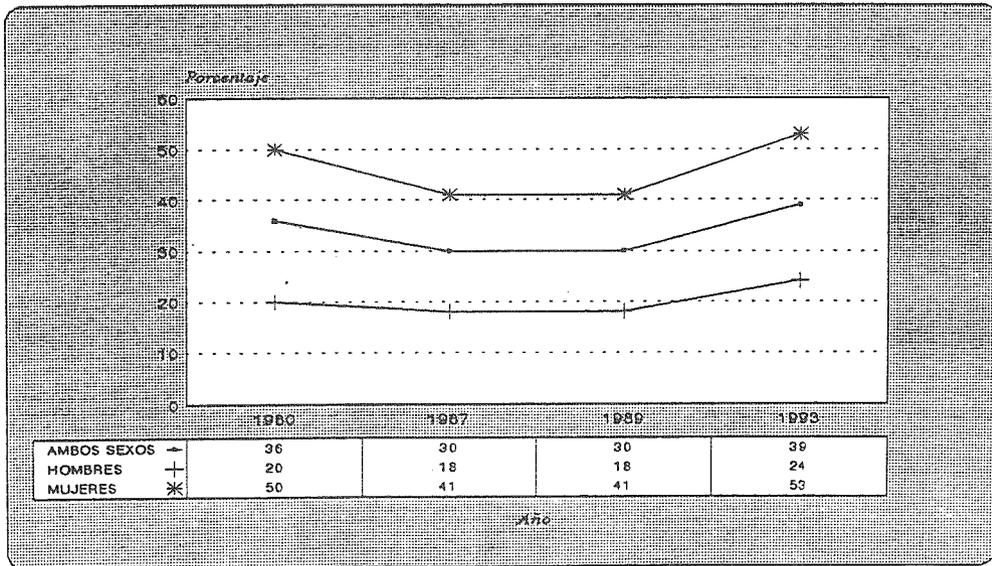


Figura 4: Porcentaje de población de 16 y más años abstemia según sexo. España 1980-1993. Fuente: Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta. ICSA-GALLUP 1980. Encuesta nacional de Salud 1987 y 1993. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española 1989. Ministerio de Sanidad y consumo. Elaboración: Subdirección General de Información, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.

correlacionan entre diferentes países como si se comparan distintos niveles de consumo dentro de un mismo país a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta las edades de consumo, el período de atención entre consumo y mortalidad y la prevalencia de infecciones por virus de la Hepatitis B.

En la **figura 8** podemos observar la tendencia decreciente de la tasa de mortalidad ajustada por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, descenso algo más acusado en hombres que en mujeres. Su distribución por Comunidades Autónomas se presenta en la **tabla 3**.

Estrategias de intervención

En España el consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones de comportamiento

social. Por ello, las prácticas perjudiciales para la salud no deben ser consideradas como formas de comportamiento aisladas sino más bien como aspectos de una vida cultural y social integrada por un conjunto de factores interactivos.

Sin embargo, consideramos que las políticas preventivas, si bien deben adaptarse a la realidad cultural y socioeconómica de cada país, no por ello deben renunciar a disminuir las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol.

Nos encontramos ante un problema de Salud Pública, pero con importantes implicaciones para los Servicios de Salud, Bienestar Social, Empleo, Tráfico, Agricultura, Comercio, Justicia y Hacienda. Es decir, los problemas

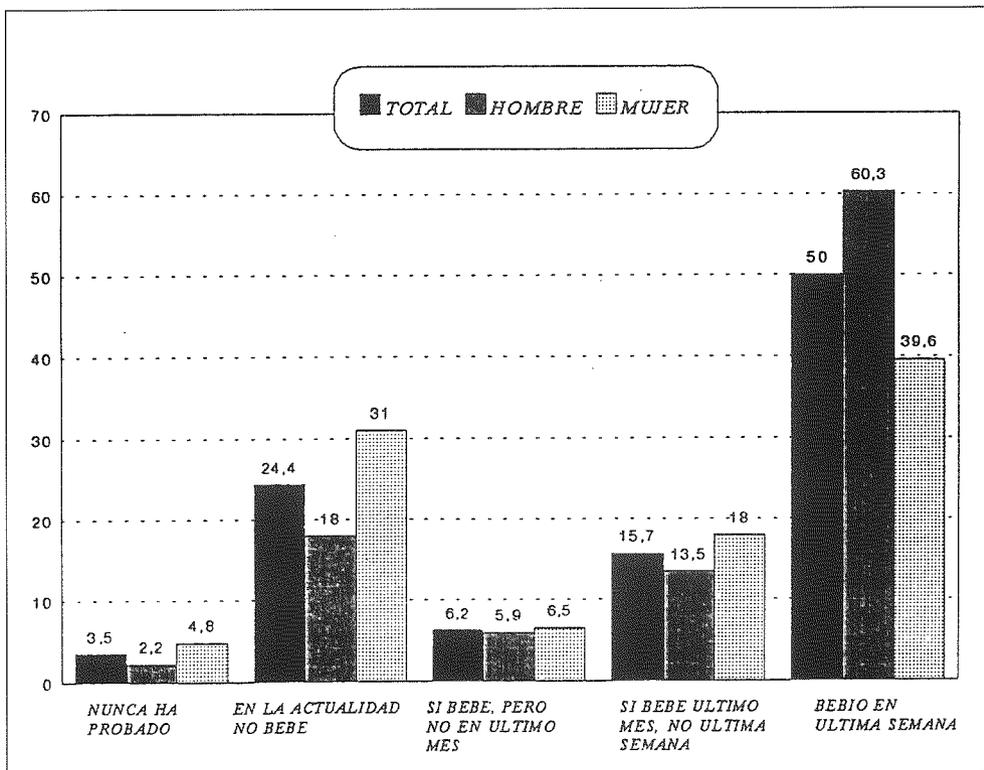


Figura 5: Consumo de alcohol en jóvenes españoles. Porcentaje. FUENTE: Comas D. Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90. Ministerio de Asuntos Sociales. INJUVE, 1994.

relacionados con el alcohol tienen múltiples causas, se presentan en diferentes situaciones y afectan a distintos grupos de población. Por ello, no existe una 'Actuación Estrella' para su abordaje, sino que toda estrategia de intervención requerirá una política global, comprensiva y multisectorial.

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. Ambas estrategias son complementarias (Edwards et al., 1995). Cuando hablamos de intervención, es necesario tener presente 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 esos problemas

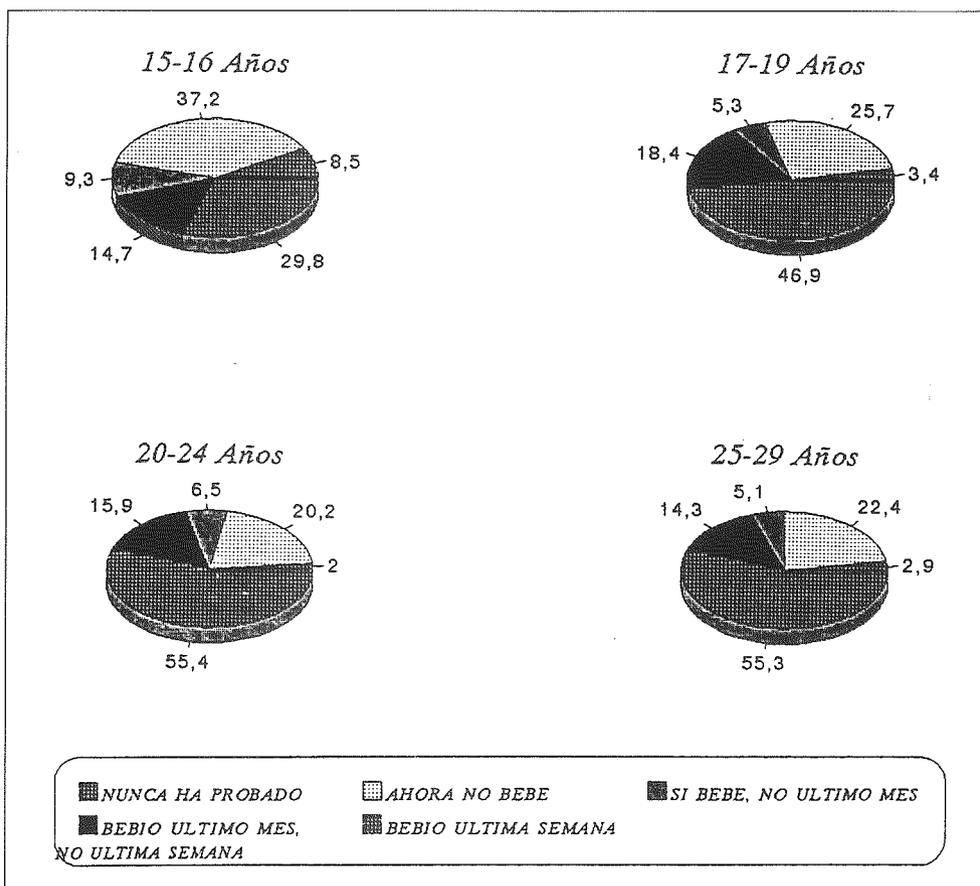


Figura 6: Consumo de alcohol en jóvenes españoles; distribución por grupos de edad. FUENTE: Comas D. Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90. Ministerio de Asuntos Sociales. INJUVE, 1994.

en la población. Finalmente decir que toda medida que influya en el consumo general probablemente afectará a la prevalencia de los trastornos relacionados con el alcohol.

Las políticas dirigidas a la reducción del consumo de alcohol han de tener en cuenta los diferentes patrones de consumo de cada país, la percepción de los problemas relacionados con el alcohol y el grado de aceptación de las medidas de control.

La disminución de la oferta y la demanda de bebidas alcohólicas sigue siendo la piedra angular de una política global, que intenta controlar todos los factores implicados en el consumo de alcohol, por lo que se proponen las siguientes líneas de intervención:

Información y educación para la salud

La educación para la salud a través de los medios de comunicación tiene un efecto limitado sobre el consumo de alcohol, pero influye en la percepción del problema por parte de la opinión pública, obteniendo su

apoyo a las medidas de control. La efectividad de la educación sanitaria se incrementa cuando se realiza en el contexto de una política comprensiva que combina diferentes medidas y estrategias de reducción del consumo de alcohol. Los programas activos de información y educación pretenden influir en las actitudes y el comportamiento, y además son útiles para conseguir la comprensión y el apoyo a las medidas de control.

Reducción de la disponibilidad y accesibilidad

Entre las medidas a adoptar destacan: exigir un cumplimiento estricto de la legislación vigente respecto a la oferta y venta de bebidas alcohólicas a menores.

Las limitaciones de edad representan una barrera legal para acceder al alcohol. Existen numerosos estudios que asocian una disminución de los problemas relacionados con el alcohol (Jones et al., 1992) y la elevación de edad permitida para su venta. Por otro lado, ha quedado demostrado que las

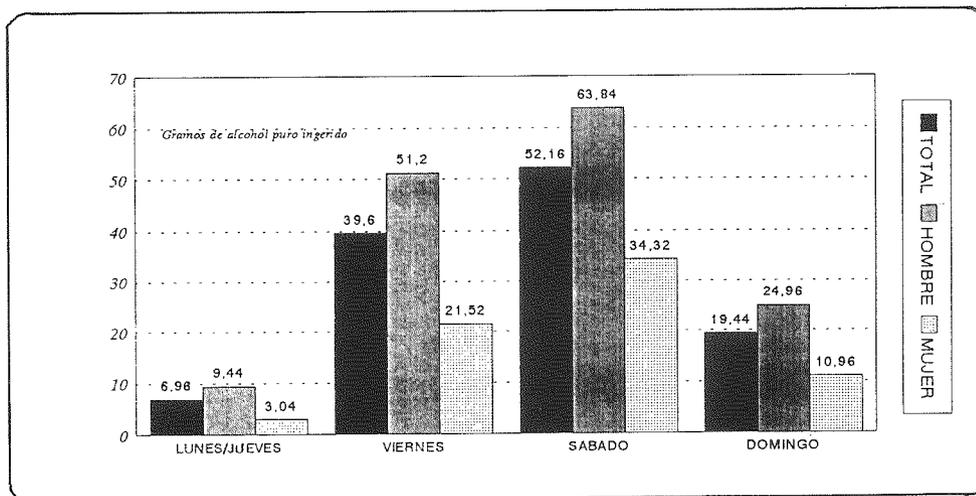


Figura 7: Consumo de alcohol en jóvenes españoles; distribución por días de la semana. FUENTE: Comas D. Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90. Ministerio de Asuntos Sociales. INJUVE, 1994.

limitaciones de edad influyen en la edad del primer contacto con el alcohol -que suele ser previo a la edad legal-. Cuanto más baja es la edad legal antes se produce el primer contacto. En España, este límite legal está fijado a los 16 años de edad, si bien, en algunas Comunidades Autónomas se ha elevado a los 18 años (Tabla 4).

* Control de la publicidad: A pesar de que la industria de bebidas alcohólicas argumenta enérgicamente que su promoción sólo pretende influir en la preferencia por una marca, un estudio de las prácticas reales indica que las estrategias de publicidad y comercialización están concebidas para aumentar el consumo promoviendo su difusión, consiguiendo nuevos bebedores, aumentando, o cuando menos manteniendo, el consumo de los bebedores fijos y alterando favorablemente la forma de percibir el papel del alcohol

en la sociedad, en especial entre los jóvenes y otros posibles mercados (Cárdenas, 1991). Por ello, se hace necesario un control que asegure el estricto cumplimiento de la legislación actualmente vigente, así como el desarrollo reglamentario de la *Ley General de Publicidad* (Ley 34/1988, de 11 de noviembre).

* Limitar el número de puntos de ventas y los horarios de aperturas, recomendándose la colocación de anuncios y carteles de advertencias, sobre los peligros derivados del consumo de alcohol (conducción...), en dichos puntos.

* Fomentar la creación de líneas de transportes alternativos en los lugares donde se reúnen los jóvenes, especialmente durante los fines de semana.

* Aumento de los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas.

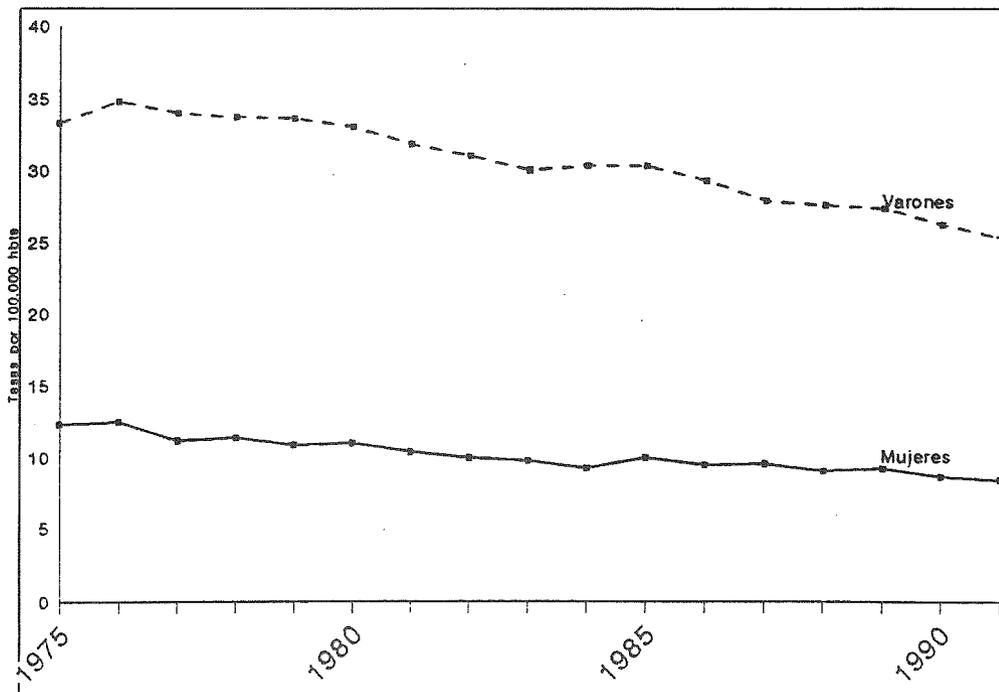


Figura 8: Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Evolución de la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes ajustada por edad, según sexo. España, 1975-1991. Elaboración: Subdirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- * Fomentar el establecimiento de locales alternativos, donde sólo se consuman bebidas sin alcohol.
- * Introducción de advertencias del riesgo para la salud, en el etiquetado de las bebidas alcohólicas, incidiendo en el perjuicio que ocasiona en caso de embarazo, conducción de vehículos y manejo de máquinas peligrosas.

Intervención terapéutica

Se han demostrado efectivas las estrategias de alto riesgo basadas en la Atención Primaria de Salud. La gran mayoría de las personas con problemas relacionados con el consumo

de alcohol acuden, en algún momento de su vida, a la consulta de Atención Primaria. Se dispone de instrumentos simples de *screening* para la detección de las personas con consumo de riesgo, que pueden ser aplicados en Atención Primaria de Salud.

Por otro lado, existen modalidades de intervención (intervenciones breves o muy breves), consistentes en la valoración del consumo y la provisión de información y consejo que pueden ser efectivas para disminuir el consumo de alcohol entre los bebedores de riesgo. De hecho, los resultados de algunos ensayos clínicos sugieren que las intervenciones breves son tan efectivas como

ABSTEMIOS BEBEDORES EXCESIVOS

COMUNIDAD	1987	1993	1987	1993
Andalucía	29	37	5	3
Aragón	38	39	5	3
Asturias	44	55	3	1
Baleares	27	40	5	1
Canarias	38	40	2	2
Cantabria	36	40	7	3
C. La-Mancha	29	45	5	4
C. y León	34	37	4	3
Cataluña	29	37	2	2
C. Valenciana	34	38	3	1
Extremadura	37	48	7	4
Galicia	28	37	5	6
Madrid	20	42	3	2
Murcia	36	40	2	1
Navarra	32	32	4	2
País Vasco	28	37	7	2
La Rioja	34	35	7	1
TOTAL	30	39	4	2

Tabla 1: Porcentaje de población de 16 y más años abstemia y bebedora excesiva según Comunidad Autónoma. Encuesta Nacional de Salud 1987-1993.

otros tratamientos más caros, administrados por especialistas (Cuadrado et al., 1994).

Desde el punto de vista terapéutico, la problemática del consumo de alcohol en jóvenes presenta algunas características comunes: las alteraciones físicas son difíciles de detectar dado el poco tiempo de consumo; no suelen existir complicaciones somáticas importantes, ni alteraciones analíticas que faciliten el diagnóstico precoz; existen discrepancias a la hora de definir lo que se entiende por joven con problemas con el alcohol y, finalmente, puede ser difícil predecir qué jóvenes continuarán abusando del alcohol durante la edad adulta.

Sin embargo, los profesionales sanitarios de Atención Primaria serán, en muchas ocasiones, los primeros con los que contactarán los jóvenes. De ahí la importancia del consejo médico, detección precoz del problema y correcta derivación de estos pacientes.

Participación comunitaria

Las asociaciones deportivas, sociales, culturales, políticas, los padres, la comunidad escolar, los jóvenes..., y en definitiva todas aquellas organizaciones que vertebran nuestra sociedad, deben implicarse en el diseño y ejecución de una política global en relación con este tema. Estamos ante un reto al que se puede responder a través de la colaboración, participación de todos los sectores implicados y de un diálogo permanente y sincero. Por ello, es importante: apoyar a las asociaciones y grupos de autoayuda, estimular el desarrollo de programas de voluntariado, y fomentar el asociacionismo juvenil.

La prevención en la Región Europea, en España y en las Comunidades Autónomas españolas

Actualmente la **Región Europea de la OMS** mantiene dos compromisos comunes en relación con el problema que el consumo de

alcohol plantea a la Salud Pública. El primero, es el compromiso con la Política de Salud para Europa, tal y como se expresa en los Objetivos de 'Salud para Todos', específicamente en su objetivo 17 que propone una reducción del 25% en el consumo de alcohol entre 1980 y el año 2000, con especial referencia al consumo excesivo. El segundo, es un compromiso con el **Plan Europeo de Acción contra el Alcohol**, adoptado en 1992 por el Comité Regional para Europa de la OMS y concebido como un conjunto positivo de directrices para los Estados Miembros.

El Plan Europeo de Acción contra el Alcohol (World Health Organization, 1993) pretende 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 alcohol, convirtiéndose en una guía de acción para los Estados Miembros de la Región Europea.

En diciembre de 1995 terminó la primera fase de implantación de dicho Plan, con la celebración en París de una **Conferencia Europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol**. Esta Conferencia, que fue concebida al más alto nivel de representatividad posible, tuvo como objetivos principales:

- Estimular el desarrollo de políticas de salud pública globales y efectivas, que ayuden a reducir los daños producidos por el alcohol.
- Alcanzar acuerdos en los principios y estrategias adecuadas para tales políticas.
- Adoptar la **Carta Europea Sobre Alcohol**, que recoge una serie de principios éticos y metas, así como diez estrategias para la acción sobre el alcohol.

En España, tanto la Administración Central, como la Autonómica y Local vienen realizando numerosas y diversas actividades orientadas a la prevención de los problemas relacionados con el alcohol. No obstante, sería deseable una mayor coordinación de dichas actuaciones, siendo necesario que el clínico, el

CAUSAS DE MUERTE	CIFRAS	FRACCION	Nº MUERTES
	ABSOLUTAS	ATRIBUIBLE	ATRIBUIBLES
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	7738	70	5417
Acc. de tráfico de vehículos de motor	7724	40	3090
Pancreatitis aguda	971	42	408
Psicosis alcohólica	58	100	58
Síndrome de dependencia alcohólica	264	100	264
Abuso de alcohol	13	100	13
Envenenamiento acc.por alcohol	3	100	3
Suicidios y lesiones autoinfligidas	2916	25	729
Cardiomiopatía alcohólica	25	100	25
Gastritis alcohólica	-	100	-
Polineuropatía alcohólica	5	100	5
Pancreatitis crónica	43	60	26
T.maligno labio, Cav. oral, faringe	2126	50	1063
Tumor maligno esófago	1679	75	1259
Tumor maligno laringe	1945	50	972
Homicidio	346	46	159
TOTAL			13.491

Tabla 2: Mortalidad relacionada con el alcohol. España 1991. FUENTE: Defunciones según la causa de muerte (INE 1994). Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

epidemiólogo y el técnico en Salud Pública, colaboren estrechamente en el desarrollo de dichos programas preventivos.

Desde la Administración Sanitaria podemos impulsar y proponer iniciativas de coordinación con otros sectores para reducir el uso y el abuso del alcohol, a la luz del conocimiento de los efectos nocivos de su consumo.

La **Administración del Estado** viene realizando diversas actividades en relación con la prevención de estos problemas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo celebró en 1989 un seminario sobre **Alcohol y Juventud** al cual asistieron destacados especialistas nacionales y extranjeros, y en el que se formularon un conjunto de recomendaciones dirigidas a reducir la oferta y la demanda de alcohol.

En ese contexto, el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** aprobó en su pleno de 26 de marzo de 1990 un conjunto de recomendaciones que servirán para disminuir los problemas relacionados con el alcohol:

- Coordinación de políticas entre las diversas administraciones, control de la publicidad de bebidas alcohólicas (desarrollo del art. 8.5 de Ley General de Publicidad).
- Fomento de la investigación.
- Mejora de los sistemas de información.
- Prevención de accidentes de tráfico.
- Organización de servicios de detección y atención.
- Fomento de la implantación de la educación para la salud en la escuela y reducción de la disponibilidad (impuestos, control de venta a menores, etc.).

Por otro lado y desde 1989, existe un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Educación y Ciencia en las áreas de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional e Investigación; en virtud del cual la educación para la salud en la escuela, concebida como una materia

transversal, es impulsada por el sistema educativo y sanitario, con participación de las Comunidades Autónomas, y con unos contenidos educativos que responden a un proyecto democrático de sociedad y de educación.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Consumo viene realizando diversas actividades dentro del área de salud y prevención del **Plan de Juventud 94-97**. Todas ellas 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 estilos de vida saludables y 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.

Otras medidas concretas adoptadas en relación con el consumo de alcohol son:

- Reducción de la tasa legal de alcoholemia a 0,5 y 0,3 gramos/litro en determinados colectivos de riesgo, según establece el Real Decreto 13/1992, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación y Desarrollo del texto Articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.
- Subida de los Impuestos Especiales que gravan el alcohol y bebidas derivadas.
- Publicación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.

A **Nivel Autonómico** son muchas y muy

diversas las iniciativas que se están desarrollando en este campo. Los problemas relacionados con el alcohol suelen estar abordados en los **Planes Regionales de Drogodependencias**. Además, hay Comunidades Autónomas que han legislado en materia de prevención y restricción del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

Andalucía	12,6
Aragón	12,9
Asturias	17,0
Baleares	20,6
Canarias	19,9
Cantabria	15,6
C. La - Mancha	10,3
C. y León	11,0
Cataluña	17,6
C. Valenciana	19,5
Extremadura	12,0
Galicia	14,2
Madrid	15,5
Murcia	18,9
Navarra	10,5
País Vasco	16,6
La Rioja	10,2
Ceuta y Melilla	17,2
TOTAL	16,3

Tabla 3: Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes ajustada por edad, según Comunidad Autónoma. España, 1991. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Hasta la fecha, gran parte de las Comunidades Autónomas han elaborado **Planes de Salud**. En todos ellos figura el alcohol como área específica de intervención. Con objeto de estudiar esta información se han revisado exclusivamente los documentos en los que se redactan dichos planes y que han sido facilitados por la Dirección General de la Alta Inspección y Relaciones Institucionales del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La finalidad de la revisión ha sido valorar cómo se ha abordado el alcohol en dichos documentos, estudiando aquellos aspectos que pueden ser comparables (**Tablas 5 y 6**).

Ello ha planteado dificultades dado que el enfoque que se da a este problema es muy diverso (objetivos, estrategias, líneas de actuación, etc.). Hay Planes que recogen un sólo objetivo general, otros presentan objetivos generales y específicos muy detallados y en algunos quedan incluidos en un contexto más general.

Finalmente, en las **tablas 7, 8 y 9** se presentan, de manera esquemática, las líneas generales de una muestra representativa de las distintas campañas que, sobre prevención de los problemas relacionados con el alcohol, se han realizado en España (Francisco et al., 1995).

Conclusión

Los problemas relacionados con el alcohol tienen múltiples causas, se presentan en diferentes situaciones y afectan a toda la población. Por ello, se hace necesario para su abordaje una política global y multisectorial que potencie y respalde las medidas legislativas tendentes a la reducción de la disponibilidad y accesibilidad al alcohol y desarrolle programas educativos, diseñados para incrementar la conciencia pública en cuanto a los riesgos derivados del consumo de alcohol.

	<u>NORMA</u>	<u>ASPECTOS DESTACABLES</u>
ESPAÑA	Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, que aprueba el Reglamento Gral de Espectáculos y Actividades recreativas. Orden de 7 de noviembre de 1989.	Prohíbe venta a < de 16 años en establecimientos, espectáculos y actividades recreativas Prohíbe la venta a los alumnos de centros escolares públicos.
ASTURIAS	Ley 5/90, de 19 de diciembre.	Prohíbe la venta a los < 16 años.
CASTILLA Y LEÓN	Ley 3/94, de 29 de marzo.	Prohíbe la publicidad dirigida a < 16 años. Prohíbe la Promoción a < 18 años. Prohíbe la venta, suministro a < 16 años, y las bebidas de más de 18 grados a los < 18 años.
C.- LA MANCIA	Ley 2/95, de 2 de marzo.	Prohíbe la venta, dispensación y suministro a < 18 años. Prohíbe la publicidad dirigida a < 18 años.
CATALUÑA	Ley 10/91, de 10 de mayo.	Prohíbe la venta, consumo y suministro a los < de 16 años y las bebidas de más de 23 grados a los < de 18 años. Prohíbe la venta y el suministro entre las 12 h de la noche y 6 de la mañana a < 18 años.
GALICIA	Orden 26 de abril del 90.	Prohíbe venta y distribución en centros docentes públicos.
NAVARRA	Ley Foral 10/91, de 16 de marzo	Prohíbe la venta, suministro o dispensación a los < 18 años. Prohíbe la publicidad dirigida a los < 18 años.
PAIS VASCO	Ley 15/88, de 11 de noviembre.	Prohíbe la publicidad dirigida a los < de 18 años. Prohíbe la venta, suministro a < de 18 años.

Tabla 4: Normativa relacionada con la venta de alcohol a menores. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

AUTONOMÍA	Documento	Año Publicac.	Elaborado documento	ESTRATEGIAS				Referencia Plan Regional Drogas
				Información/Edi- ción	Control normati- vamente	Decepción procor consumo	Interesog- nización	
ANDALUCÍA	Plan Andaluz de Salud	1993	Consejería Salud Direc. Gral. Coord., Droga e Investigac.		x			x
ARAGON	Plan de Salud Aragón Asistencia de situación Médica y Objet. Generales. (1ª versión)	1992	Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.					
ASTURIAS	Plan de Salud Asturias. Mejorando la Salud. Estrategias de Salud para Asturias	1994	Consej. Sanidad y Serv. Sociales Dirección Regional Salud Pública	x	x		x	
CANARIAS	Plan de Salud	1992	Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.					
CASTILLA LA MANCHA	Plan de Salud de C-La Mancha (borrador)	1993	Consejería de Sanidad	x	x		x	x
CASTILLA Y LEÓN	Plan de Salud de Castilla León	1991	Consejería Sanidad y B. Social Direc. Gral. S. Pública y Asist.	x				x
CATALUÑA	Plan de Salud de Cataluña 1993-1995	1993	Departamento Sanidad y Seguridad Social	x	x	x	x	x
COMUNIDAD VALENCIANA	Plan de Salud	1995	Consejería de Sanidad y Consumo.	x	x	x	x	x
GALICIA	Plan de Salud de Galicia	1993	Junta de Galicia Secretaría Gral Técnica	x				x
MADRID	Plan de Salud C. de Madrid	1995	Consejería Salud. Direc. Gral. Planific., Farmac. e Investigación	x				x
MURCIA	Plan de Salud de la Región de Murcia (1993-1996) Plan de Salud 1993-96. (Evaluación 1993)	1992 1994	Consejería Sanidad y A. Sociales Servicio Salud Región Murcia					x
NAVARRA	Plan de Salud de Navarra	1991	Departamento de Salud	x	x	x		x*
PAIS VASCO	Plan de Salud Osaneta Zainduz	1994	Depart. Sanidad Osasunerako Servicio Vasco de Salud	x		x	x	x

Tabla 5: El alcohol en los Planes de Salud Autonómicos. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

C. AUTONOMA	OBJETIVOS DE LOS PLANES DE SALUD EN RELACION AL ALCOHOL
ANDALUCIA	<p>124. Garantizar en 1993, el cumplimiento de la normativa sobre publicidad, venta y consumo de tabaco y alcohol.</p> <p>126. En 1995, todos los escolares conocerán los efectos del consumo de alcohol y tabaco para su salud.</p>
ARAGON	<p>En el año 2000, habrá disminuido un 15% la población que realiza un consumo excesivo de alcohol.</p>
ASTURIAS	<p>En el año 2005, habrá una disminución del 10% respecto a 1989 de la prevalencia de consumidores de niveles excesivos de alcohol.</p>
CANARIAS	<p>17. Disminuir los comportamientos perjudiciales para la salud. Para el año 1995, deberá producirse un retroceso en las actitudes perjudiciales para la salud: abuso de alcohol...</p> <p>16. Proporcionar conocimiento y motivaciones necesarias para un comportamiento saludable.</p> <p>17. Promover comportamientos saludables.</p>
CASTILLA-LA MANCHA	<p>No hay objetivos específicos para el alcohol, sino que quedan englobados en los objetivos de reducción: de la morbilidad e incapacidad, y las enfermedades del aparato circulatorio.</p> <p>4. En el año 2000 se incrementará al menos en un 10%, la duración media de la vida, en la que las personas vivan sin enfermedades o grandes incapacidades.</p> <p>9. En el año 2000 se reducirá en un 15% la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en personas menores de 65 años.</p> <p>17. En 1996, debe producirse un retroceso sensible en las actividades perjudiciales para la salud: abuso de alcohol, etc.</p>
CASTILLA Y LEON	<p>Obj. General: en el año 2000 se reducirá un 25% el consumo per cápita de alcohol puro al día y un 20% la población mayor de 14 años que consume 60 c.c o más de alcohol al día.</p> <p>Obj. Disminución de Riesgos: hay objetivos en relación con la edad de inicio en el consumo, accidentes laborales y de tráfico, y tratamiento ambulatorio.</p> <p>Obj. Educación para la Salud: hay objetivos en relación con escolares y adultos.</p> <p>Obj. Mejora de Servicios: hay objetivos en relación con la atención ambulatoria y hospitalaria.</p> <p>Obj. Vigilancia Epidemiológica e Investigación: hay objetivos en relación con los sistemas de información y evaluación.</p>

Tabla 6: Objetivos de los planes de Salud de las Comunidades Autónomas en relación al alcohol. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

C. AUTONOMA	OBJETIVOS DE LOS PLANES DE SALUD EN RELACION AL ALCOHOL
CATALUÑA	<p>12. En el año 2000 se reducirá las mortalidad por enfermedades atribuibles al alcoholismo en un 15%.</p> <p>17. En el año 2000 se reducirá la incidencia del síndrome alcohólico fetal en un 25%.</p> <p>166. En el año 2000 se reducirá la prevalencia de consumidores de más de 75 c.c de alcohol por día en la población de 15-65 años hasta el 4,5%.</p> <p>168. En el año 2000 se reducirá la prevalencia de consumidores de más de 75 cc de alcohol por día en los jóvenes (15-29 años) en un 25%.</p>
GALICIA	<p>Objetivos a cumplir antes de que finalice 1997:</p> <p>42,43,44. El 80% de los mayores de 16 años , el 95% del personal docente de educación primaria y secundaria, el 95% de los escolares, habrán recibido información sobre el consumo de alcohol.</p> <p>45,46,47,48,49. objetivos en relación al personal de atención primaria, formación, centros de referencia, asociaciones de autoayuda y consumo alternativo de alcohol.</p>
MADRID	<p>6.2.3.6. Renovar el Plan de Acciones contra el Alcoholismo.</p> <p>6.3.3.3. Apoyo a Asociaciones de Autoayuda y Voluntariado de Salud.</p>
MURCIA	<p>30. En 1993 puesta en marcha del Plan Regional sobre Drogas.</p>
NAVARRA	<p>En el año 2000, reducir el consumo de alcohol per cápita , al menos un 20%. Parar el ascenso de consumo en mujeres.</p> <p>Reducir el nivel de consumo en los grupos de alto riesgo.</p> <p>Reducir la relación entre el consumo de alcohol y la conducción.</p> <p>Reducir el número de bebedores excesivos, problemáticos y dependientes.</p> <p>Reducir al menos un 20%, la proporción de hombres que beben más de 20 U. estándar a la semana, y reducir la proporción de mujeres que consumen más 14 U. estándar a la semana.</p>
PAIS VASCO	<p>51. En el año 2000, la proporción de bebedores excesivos de 16 a 64 años se reducirá a menos de un 5% en los hombres y de 0,5% en las mujeres.</p>
C VALENCIANA	<p>54. Para el año 2000, el número de jóvenes entre 16 y 24 años que consumen diariamente un promedio de más de 60 cc de alcohol puro al día debería reducirse al menos en un 10%</p>

(Continuación) Tabla 6: Objetivos de los planes de Salud de las Comunidades Autónomas en relación al alcohol. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO	ACTIVIDAD	FECHA	OBJETIVOS	POBLACION	MEDIOS
MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR	Campaña de Prevención de Accidentes de Tráfico asociados al Consumo de Alcohol	1962-95	<ul style="list-style-type: none"> .Promover la seguridad vial .Disminuir el consumo de alcohol en los conductores .Sensibilizar a la población de las consecuencias sociales de los accidentes de tráfico 	Adolescentes y población en general	Carteles y vídeos. - Campaña Mass Media -
MINISTERIOS DE SANIDAD Y CONSUMO Y EDUCACION Y CIENCIA	Campaña de Prevención del Consumo de Alcohol y Tabaco en el medio escolar	1993	<ul style="list-style-type: none"> .Informar sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol y tabaco .Fomentar hábitos de vida saludables en la población escolar y su entorno familiar .Motivar el cambio de actitudes y creencias erróneas 	Jóvenes (escolares) y adolescentes	Carteles, folletos, vídeos, comics, guías y pegatinas. Concurso Escolar
MINISTERIOS DE SANIDAD Y CONSUMO Y EDUCACION Y CIENCIA	Campaña de Prevención del Consumo de Alcohol	1988	<ul style="list-style-type: none"> .Fomentar hábitos saludables .Prevenir el consumo excesivo de alcohol .Informar sobre los riesgos del consumo de alcohol 	Jóvenes y población en general	Carteles y pegatinas.

Tabla 7: Administración Central

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ACTIVIDAD	FECHA	OBJETIVOS	POBLACION	MEDIOS
ARAGON	Programa de Prevención del Consumo Abusivo de Alcohol	1994	.Informar sobre los riesgos .Fomentar la participación comunitaria .Implicar a jóvenes, padres y profesor	Jóvenes (11-18 años). Padres y profesores.	Carteles, pegatinas, pines y guías técnicas. - Campaña Mass Media -
ASTURIAS	Campaña de Publicidad sobre Alcohol	1994-95	.Debatir sobre el consumo .Prevenir el consumo abusivo .Fomentar estilos de vida saludables	Jóvenes (12-18 años)	Carteles y documentos técnicos. - Campaña Mass Media -
C. LA-MANCHA	Plan Regional de Drogas	1993-94	.Informar sobre los riesgos .Prevenir los accidentes de tráfico .Prevenir el consumo de drogas	Adolescentes y jóvenes	Cuadernos, folletos, pegatinas, llaveros y postales. - Campaña Mass Media -
C. Y LEON	Programa de Educación para la Salud	1989-91	.Informar sobre los riesgos .Fomentar hábitos saludables .Prevenir las drogodependencias	Jóvenes, padres y educadores	Guías, cuadernos y libros.
CATALUÑA	Campaña de Prevención del Consumo de Alcohol	1991-95	.Informar sobre los riesgos .Prevenir los accidentes de tráfico .Debatir sobre el consumo	Jóvenes y población general	Carteles, folletos, y volumétricos. - Campaña Mass Media -
EXTREMADURA	Plan Integral sobre Drogas	1987	.Informar sobre los riesgos .Fomentar hábitos saludables .Informar Centros de Atención y Trat.	Jóvenes y población en general	Carteles, folletos y libros.
GALICIA	Campaña de Información y Prevención del Alcohollismo	1993	.Informar sobre los riesgos .Prevenir el consumo excesivo .Informar Centros de Atención y Trat.	Población en general	Folletos.
LA RIOJA	Campaña de Prevención del Consumo de Alcohol	1995	.Informar sobre los riesgos .Resistir a la presión grupal .Promover actitudes responsables	Jóvenes (13-14 años) y población en general	Carteles, folletos y cuadernos. - Campaña Mass Media -
MADRID	Programa de Prevención del Alcohollismo	1992-95	.Informar de los riesgos .Prevenir el consumo .Informar de las consecuencias sociales	Jóvenes (escolares) y población en general	Carteles, folletos y guías técnicas. - Campaña Mass Media -
PAIS VASCO	Campaña de Prevención contra el Alcohol	1988-95	.Informar sobre los riesgos .Reducir los accidentes de tráfico .Cambiar actitudes y creencias	Jóvenes (escolares) y profesores	Carteles, guías técnicas y fichas de trabajo. - Campaña Mass Media -
VALENCIA	Campaña de Prevención sobre el Consumo de Alcohol	1994-95	.Informar sobre riesgos a grupos clave .Prevenir los accidentes de tráfico .Atención al embarazo y lactancia	Población en general	Carteles y folletos. - Campaña Mass Media -

Tabla 8: Administración de las Comunidades Autónomas

AYUNTAMIENTO	ACTIVIDAD	FECHA	OBJETIVOS	POBLACION	MEDIOS
ALCALA DE HENARES	Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias	1994-95	.Informar sobre los riesgos .Fomentar actividades ocio saludable .Retrasar la edad de inicio	Jóvenes (escolares)	Carteles, folletos y pins.
BARCELONA	Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias	1995	.Informar sobre los riesgos .Prevenir el consumo excesivo .Informar Centros Atención y Trám.	Población en general	Carteles y folletos.
GIJON	Plan Municipal de Drogodependencias	1994	.Informar sobre los riesgos .Fomentar estilos de vida saludables .Promocionar bebidas no alcohólicas	Adolescentes (11-18 años)	Folletos, pins y pegatinas. - Campaña Mass Media -
GRANADA	Plan Municipal de Drogodependencias	1983-85	.Informar sobre los riesgos .Reducir el consumo .Informar de recursos para tratamiento	Jóvenes, madres y población general	Carteles, folletos y pegatinas. - Campaña Mass Media -
FUENLABRADA	Campaña contra el Abuso de Alcohol	1994-95	.Informar sobre los riesgos .Prevenir el consumo excesivo .Fomentar estilos de vida saludables	Jóvenes y adolescentes	Carteles, pegatinas, folletos, y camisetas. - Campaña Mass Media -
MADRID	Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo	1994-95	.Informar sobre los riesgos .Fomentar ocio saludable .Disminuir la accesibilidad	Jóvenes, padres y profesores. Policía, vendedores y público general.	Carteles, folletos y guías técnicas. - Campaña Mass Media -
MATARO	Plan Municipal de Drogodependencias	1992-93	.Informar sobre los riesgos .Fomentar cambios de actitud .Prevenir los accidentes de tráfico	Jóvenes y adultos	Folletos y pegatinas. - Campaña Mass Media -
ORENSE	Campaña de Prevención del Abuso de Alcohol	1993-95	.Informar sobre los riesgos .Prevenir el consumo excesivo .Modificar actitudes y creencias	Jóvenes (14-18 años)	Carteles, folletos, pegatinas y material docente. - Campaña Mass Media -
PALMA DE MALLORCA	Campaña de Prevención del Consumo Alcohol	1995	.Informar sobre los riesgos .Prevenir el consumo excesivo .Prevenir los accidentes de tráfico	Jóvenes (escolares)	Guías técnicas, folletos y diapositivas. - Campaña Mass Media -
SANTA COLOMA DE GRAMANET	Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias	1993-95	.Informar sobre los riesgos .Prevenir los accidentes de tráfico .Potenciar la educación para la salud	Jóvenes (escolares) y profesores	Carteles, guías técnicas y fichas de trabajo. - Campaña Mass Media -
SABADELL	Campaña de Prevención del Consumo de Alcohol	1994-95	.Informar sobre riesgos a grupos clave .Promocionar bebidas no alcohólicas .Prevenir los accidentes de tráfico	Jóvenes (11-18 años), padres y profesores. Asoc.juveniles y discotecas.	Guías técnicas, folletos y pegatinas. - Campaña Mass Media -
VALENCIA	Programa Municipal de Drogodependencias	1993-94	.Informar sobre los riesgos .Prevenir el abuso de alcohol .Prevenir los accidentes de tráfico	Jóvenes (16-18 años) y población en general	Carteles, pegatinas y alcoholímetros. - Campaña Mass Media -
VALLADOLID	Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias	1994	.Informar sobre los riesgos .Disminuir la accesibilidad a menores .Disminuir el consumo	Jóvenes (16-18 años) y adultos. Establecimientos Hosteleros	Carteles, folletos y guías técnicas.
VITORIA	Campaña de Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas		.Informar sobre los riesgos .Fomentar estilos de vida saludables .Disminuir el consumo	Jóvenes (escolares) y profesores	Carteles, pegatinas, folletos, guías técnicas y fichas de trabajo. - Campaña Mass Media -
ZARAGOZA	Campaña de Prevención de Drogodependencias		.Informar sobre los riesgos .Prevenir las drogodependencias .Potenciar la educación para la salud	Jóvenes (escolares), padres y profesores	Carteles y libros de comics.

Tabla 9: Administración Local. FUENTE: Francisco Jj, Gil E, Robledo T, Espiga I, Rubio J. Campañas de Prevención del Consumo de Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública 1995.

Bibliografía

Alcohol Related Mortality and Years of Potential Life Lost United States, 1987 (1990) MMWR, 11: 173-187.

Biglino L, Coronado A, Gil E, Gil J, Prieto A, Regidor E. et al. (1994). Encuesta Nacional de Salud 1993. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68: 121-178.

Cardenas C. (1991). *Los medios de comunicación de masas y el consumo de alcohol en edades tempranas*. En: Gil E, Vargas F, Pérez C, Jiménez R, Calvete A. "Alcohol y Juventud". Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid.

Comas D. (1994). *Los Jóvenes y el Uso de Drogas en la España de los Años 90*. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud. Madrid.

Cuadrado P, Martínez J, Picatoste J. (1994). *El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales (1994). *Condicionantes del Consumo de Alcohol por Menores*. Ministerio del Interior. Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales. Madrid.

Edwards G, et al. (1995). *Alcohol Policy and the Public Good*. World Health Organization Europe. Copenhagen.

Eurocare (1995). *Counterbalancing the Drinks Industry*. A Summary of the Eurocare Report to the European Union on Alcohol Policy. Eurocare. Cambridge.

Francisco J.J., Gil E., Robledo T., Espiga I., Rubio J. (1995). *Campañas de Prevención del Consumo de Alcohol*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid.

Gil E., Jimenez R., Pérez C., Vargas F., De la Fuente M., Luengo S. (1992). *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid.

Jones NE., Pieper CF., Robertson L. (1992) The effect of legal drinking age on fatal injuries of adolescents and young adults. *American Journal Public Health*, 82: 112-115.

Ministerio de Economía y Hacienda (1993). *Memoria de la Administración Tributaria*. Ministerio de Economía y Hacienda. Secretaría de Estado de Hacienda. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1984). *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Encuesta Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Madrid.

Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken (1994). *World Drink Trends 1994*. NTC Publications Ltd. Oxford.

Vargas F., Robledo T., Espiga I. (1994). *Alcohol y Salud Pública*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie de Informes Técnicos 1. Madrid.

World Health Organization (1993). *European Alcohol Action Plan*. Regional Office for Europe. Alcohol, Drugs and Tobacco Unit. Lifestyles and Health Department. Copenhagen.

(* N. de R.: Estas tablas no atienden al Plan de Salud 1995-2000 de Castilla-La Mancha, publicado posteriormente a la recepción del presente artículo.

Planes de Salud de las Comunidades Autónomas del Estado español: resumen de objetivos y estrategias en relación al alcohol

1. Plan de Salud Andaluz (1993)

Objetivo 124: Garantizar para 1993 el cumplimiento de la normativa existente sobre publicidad, venta y consumo de tabaco y alcohol.

Objetivo 126: Para 1995, toda la población escolar deberá conocer los efectos del consumo de alcohol y tabaco para su salud.

2. Plan de Salud de Aragón

En el año 2000 habrá disminuido un 15% la proporción de aragoneses que realizan un consumo excesivo de alcohol. Esto forma parte de la propuesta que hace la OMS para cumplir el objetivo 17 'Salud para Todos': "De aquí a 1995, deberá producirse en todos los estados miembros un retroceso sensible en las actitudes perjudiciales para la salud: abuso de alcohol y de productos farma-céuticos, consumo de drogas ilícitas y de sustancias químicas peligrosas, conducción peligrosa de vehículos a motor y comportamiento social violento". En concreto se propone una reducción del 25% en el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas.

Están relacionados los indicadores 17.1 (Consumo de alcohol por habitante de más de 15 años), 17.2 (Distribución del consumo de alcohol, según cantidad referida a la edad y al sexo) y 17.5 (Incidencia de enfermedades seleccionadas en relación con el alcohol).

El Ministerio de Sanidad y Consumo dice: "En el año 1995 habrá disminuido en un 10% el número de bebedores excesivos".

3. Plan de Salud para Asturias

Objetivos Intermedios de Salud

Objetivo General 4: Reducir las condiciones asociadas con mayor morbi-mortalidad.

Objetivo 27: Reducir la proporción de consumidores habituales de niveles excesivos de alcohol.

Indicador: Prevalencia de consumidores de alcohol en niveles alto y excesivo.

Variación: En el año 2005. Disminución de un 10% respecto a 1989.

Objetivo 28: Reducir la proporción de consumidores habituales de alcohol entre los jóvenes.

Indicador: Prevalencia de consumidores habituales de alcohol entre 15 y 30 años.

Variación: En el año 2005. Disminución de un 30% respecto a 1987.

Objetivo 29: Reducir los accidentes de tráfico con víctimas donde estén implicados conductores con niveles excesivos de alcohol.

Variación: En el año 2005. Disminución de un 30% respecto a 1990.

Línea de actuación 9: Facilitar y promover la adopción de hábitos de conducta y consumo saludables.

Estrategia 19: Aumentar la disponibilidad y accesibilidad de opciones más saludables desarrollando políticas económicas que favorezcan la publicidad, producción, distribución y comercialización de alimen-

tos en los que sea deseable -desde el punto de vista poblacional- un aumento relativo de consumo (frutas, verduras, hortalizas, pescado, sal yodada, bebidas no alcohólicas, etc.).

Estrategia 20: Estimular la necesidad, demanda y la utilización por parte de los individuos de opciones más saludables.

Esta estrategia podrá llevarse a cabo favoreciendo la demanda de alimentos cuyo consumo sea deseable, a través de acuerdos con los establecimientos de venta.

Línea de actuación 10: Desincentivar y restringir los patrones de conducta y consumo perjudiciales para la salud (propia y de los demás).

Estrategia 21: Reducir la disponibilidad y accesibilidad de opciones perjudiciales para la salud. Podrá llevarse a cabo:

- Utilizando medidas impositivas fiscales sobre productos nocivos y estableciendo impuestos diferenciales progresivos según el contenido en sustancias agresivas para la salud (niveles de nicotina y alquitrán, gradación de alcohol, etc.).
- Limitando la venta de tabaco y alcohol a jóvenes.

Estrategia 22: Restringir las oportunidades de los individuos para adoptar conductas que impliquen riesgo para la salud, especialmente cuando afecten a terceras personas.

Esta estrategia podrá llevarse a cabo limitando el consumo de alcohol en centros docentes y laborales, así como en conductores de vehículos.

Estrategia 23: Reducir las presiones ejercidas para estimular la necesidad, la demanda y la utilización de productos o adopción de comportamientos perjudiciales. Esta estrategia podrá llevarse a cabo:

- Limitando o prohibiendo la publicidad de productos o actividades con una clara

repercusión negativa sobre la salud, así como la promoción mediante el patrocinio de actividades con una imagen social positiva (deportes, espectáculos, actividades culturales, etc.).

Entre los anteriores debemos destacar la promoción de bebidas alcohólicas y tabaco (especialmente en jóvenes), el fomento de conductas de riesgo en la conducción de vehículos, la promoción del consumo de fármacos con utilidad terapéutica dudosa o nula y que pueden provocar efectos secundarios adversos, reacciones adversas o interacciones o que tienen riesgo de provocar adicción, la promoción de modelos de conducta sexual que favorezcan riesgos o dificulten una correcta integración en la vida del individuo.

Línea de actuación 11: Garantizar el cumplimiento de las medidas desarrolladas.

Estrategia 24: Reforzar la vigilancia, control y sanción de las medidas de tipo normativo.

Esta estrategia podrá llevarse a cabo:

- Vigilando y sancionando la venta de tabaco y alcohol a menores, el consumo de tabaco en centros docentes, transportes público y centros sanitarios, etc.
- Sancionando los incumplimientos de la normativa respecto a publicidad y patrocinio.
- Reforzando el control y sanción de conductas de riesgo para la salud de otros individuos en relación con la seguridad vial (límites máximos de velocidad, imprudencia temeraria en la conducción, niveles de alcoholemia, etc.).

Estrategia 25: Desvincular a las Administraciones Públicas de los beneficios de actividades o productos perjudiciales para la salud. Esta estrategia podrá llevarse a cabo evitando la obtención de ingresos por publicidad de productos perjudiciales para la salud (tabaco, alcohol, etc.).

Línea de actuación 12: Elaborar información relevante sobre aspectos que estén relacionados de modo importante con nuestra salud (según los conocimientos técnicos y científicos del momento).

Estrategia 26: Definir prioridades respecto a las áreas y contenidos de información así como a los grupos de población participantes.

- Estableciendo una prioridad consensuada sobre las áreas o problemas que tienen un mayor impacto (positivo o negativo) en nuestra salud, teniendo en cuenta también la capacidad real de modificarlas en uno u otro sentido. Esta selección será dinámica en el tiempo y adaptada a los diferentes colectivos y a las diferentes etapas del desarrollo individual.
- Difundiendo conocimientos sobre los determinantes de la salud en nuestro medio, para favorecer una comprensión sintética y equilibrada del entramado complejo de factores y consecuencias.
- Reforzando la educación sobre el consumo, como aspecto clave en la adopción de determinados patrones de conducta.
- Seleccionando aquellos grupos de población en que se espere conseguir un mayor impacto positivo, teniendo en cuenta que la limitación de recursos impedirá alcanzar simultánea e inmediatamente a toda la población. Debe resaltarse la importancia de extender la educación para la salud en la escuela y a los jóvenes como colectivos en que aún están comenzando a establecerse pautas de comportamiento que, una vez fijadas, exigirán esfuerzos mucho mayores para su modificación.

Línea de actuación 13: Facilitar la difusión de la información.

Estrategia 29: Facilitar la disponibilidad y accesibilidad de información.

- Creando centros de referencia que realicen la distribución de la información, tanto de

forma activa como la demanda, a la población y a los profesionales, instituciones o asociaciones que desarrollen una labor de difusión en este campo.

- Aprovechando todas las oportunidades de contacto con el sistema sanitario para facilitar información a grupos con necesidades informativas especiales o diferenciadas de la población general.
- Colaborando con asociaciones y organizaciones no gubernamentales en la difusión de información a personas o colectivos marginales o con acceso limitado a los canales de información.
- Creando o potenciando la figura de los *educadores de calle*.
- Trabajando en colaboración con los medios de comunicación para que jueguen un claro papel de promotores de la salud. Es importante debatir y analizar su papel como soportes de publicidad, como difusores de recomendaciones científicas o novedades médicas, como creadores y modificadores de opinión pública en aspectos más o menos relevantes para la salud de la población.

Estrategia 46: Esta estrategia podrá llevarse a cabo:

- Creando en colaboración con las sociedades científicas y los profesionales cualificados grupos de trabajo, conferencias de consenso y mecanismos formales e informales, destinados a la protocolización y normalización consensuada de las actividades del sistema sanitario.
- Favoreciendo en la aceptación en la cartera de servicios y contratos programa, aquellos que incluyan las actividades protocolizadas y los estándares admitidos por la comunidad científica.
- Introduciendo en la línea de incentivos tanto profesionales como salariales la actividad desarrollada bajo criterios de protocolización y normalización.

- Desarrollando en el nivel de Área Sanitaria, y dentro del plan de Salud de Áreas, líneas de trabajo sobre la utilización de la protocolización existente y la investigación sobre nuevos procedimientos.

Línea de actuación 13: Establecer mecanismos de cooperación multisectorial.

Estrategia 97: Mejorar la colaboración institucional. Esta estrategia podrá llevarse a cabo:

- Creando un comité de salud en el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias para analizar el impacto de diferentes políticas sectoriales y aumentando la coherencia y eficacia de las actuaciones de la administración regional.
- Promoviendo proyectos de trabajo interdepartamentales, incluso con la formación de grupos de trabajo estables con personal de diferentes instituciones, en las líneas priorizadas.

Estrategia 98: Esta estrategia podrá llevarse a cabo cooperando y apoyando a los entes locales y mancomunados en el desarrollo de políticas de hábitat y entorno social saludable a nivel local y subregional, promoviendo y difundiendo experiencias e iniciativas locales en este sentido.

4. Plan de Salud de Canarias. (Cambios necesarios para alcanzar los objetivos de 'Salud para Todos' en Canarias en el año 2000)

Objetivo 13: Establecer una política pública acorde con los imperativos de salud. Para el año 1995, la política de la Comunidad Autónoma Canaria deberá ser tal que los mecanismos legislativos, administrativos y económicos aseguren un amplio apoyo de todos los sectores implicados y los recursos suficientes para la promoción de estilos de vida sanos y que tenga, a todos los niveles una participación eficaz por parte de la población en la elaboración de esta política sobre salud.

Objetivo 14: Sistemas de apoyo social. Para 1995, en Canarias deben estar funcionando programas que valoricen los cometidos principales de la familia y de otros grupos sociales en el desarrollo y en el fortalecimiento de estilos de vida sana.

Objetivo 15: Proporcionar conocimientos y motivaciones necesarias para un comportamiento saludable. Para 1995, en Canarias deben haberse realizado progresos notables en temas relacionados con los comportamientos favorables o positivos para la salud, tales como una alimentación equilibrada, no fumar, ejercicio físico suficiente y dominio del estrés.

Objetivo 17: Disminuir los comportamientos perjudiciales para la salud. Para el año 1995, en Canarias deberá producirse un sensible retroceso en las actitudes perjudiciales para la salud: abuso de alcohol y de productos farmacéuticos, consumo de drogas ilícitas y de sustancias químicas peligrosas, conducción peligrosa de vehículos a motor y comportamiento social violento.

5. Plan de Salud de Castilla-La Mancha, 1995-2000

Abuso de alcohol

El consumo de alcohol es un hábito tradicional en Castilla-La Mancha, al ser una región productora, con elevada disponibilidad y accesibilidad, con numerosos puntos de venta, bajos precios y tolerancia social hacia su consumo. La evolución del consumo en los últimos años es descendente.

Según la *Encuesta Nacional de Salud de 1993*, el consumo habitual en personas mayores de 16 años es inferior en Castilla-La Mancha (55%) que en España (62%). Sin embargo, el consumo alto o excesivo es mayor en esta región que a nivel nacional (8,8% y 6,5%, respectivamente).

Las mujeres consumen menos frecuentemente y en menor cantidad que los varones, pero su susceptibilidad psicoorgánica es

mucho mayor. La media de edad de inicio en el consumo etílico es 15,5 años. El perfil del bebedor excesivo sería un varón mayor de 26 años (sobre todo situado entre un rango de edad de 46 a 65 años), consumidor de vino, perteneciente al medio rural y a la clase social media-baja. Frente a este perfil, el bebedor habitual sería un varón joven (16 a 25 años) de clase media-alta y consumidor preferentemente de cerveza.

La prevención del consumo excesivo de alcohol se basa en la información y educación sanitaria de la población sobre los efectos nocivos de su abuso, y de una manera especial, de aquellos grupos de especial riesgo (como los jóvenes y las embarazadas).

Además de estas intervenciones, que tienen por objeto la reducción de la demanda, es necesaria también una intervención orientada a la reducción de la oferta.

Por otra parte, el abordaje terapéutico de las personas dependientes del alcohol reclama un tratamiento integral que abarque los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Objetivos generales

Desalud

G.1.10.1.- En el año 2000, habrá disminuido la mortalidad por enfermedades atribuibles al alcohol en un 15%.

G.1.10.2.- Para el año 2000, disminuirá en un 25% la incidencia de síndrome alcohólico fetal.

Riesgo

G.1.10.3.- Para el año 2000, el porcentaje de bebedores de alto riesgo en Castilla-La Mancha será inferior al 7%.

G.1.10.4.- Para el año 2000, la proporción de jóvenes de 16 a 29 años que consuman 60 gramos o más de alcohol puro al día se reducirá en un 30%.

G.1.10.5.- Para el año 2000, se habrá retrasado la edad de inicio al consumo de alcohol.

Estrategias de intervención

Promoción y prevención:

- Control de la normativa vigente en relación con la oferta y publicidad del alcohol.
- Proteger a los menores, promoviendo la reducción del consumo de alcohol.
- Promocionar el consumo de bebidas no alcohólicas en grupos de riesgo.
- Educación para la salud dirigida a la población general, grupos de riesgo y escolares.
- Inclusión en los cuestionarios de reconocimientos escolares de variables destinadas a hábitos de consumo familiar de riesgo, así como de detección precoz de los posibles consumidores.
- Inclusión en las entrevistas de servicios sociales y clínicas de forma sistemática de variables dirigidas a la detección del consumo de alcohol y consejo.

Asistencia:

- Mejorar la accesibilidad y calidad de la atención en aspectos de desintoxicación, deshabituación y reinserción.

Coordinación:

- Coordinar los planes y programas de prevención asistencial y reinserción desarrollados por los diferentes organismos.
- Potenciar el trabajo interdisciplinario entre profesionales sanitarios, sociales y educadores.

Sistemas de apoyo:

- Organización de un sistema de información unificado, continuado y homogéneo.
- Facilitar formación a los profesionales de la salud.
- Potenciar las asociaciones de autoayuda, ONGs y en particular las asociaciones de ex-alcohólicos, fundamentalmente en actividades dirigidas a la sensibilización de la población.
- Promover la investigación sobre la efectividad de las intervenciones.

Objetivos operativos

0.1.10.1.- Durante el período de vigencia del Plan, anualmente se realizarán campañas de información sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol y las ventajas de desarrollar estilos de vida saludables así como la utilización del ocio y tiempo libre.

0.1.10.2.- Antes del año 2000, el 100% de los Equipos de Atención Primaria (EAP) incluirán un interrogatorio a los adolescentes y adultos sobre el consumo de alcohol, de manera sistemática en la entrevista clínica asistencial.

0.1.10.3.- En el año 2000, al menos el 60% de las historias clínicas de adultos y adolescentes en atención primaria tendrán registrado el consumo del alcohol.

0.1.10.4.- En el año 2000, al menos el 90% de los bebedores detectados habrá recibido consejo para limitar el consumo de alcohol.

0.1.10.5.- A partir del año 1995 se informará al 100% de las embarazadas sobre los efectos dañinos del alcohol para el feto.

0.1.10.6.- Para el año 2000, el 90% de la población alcohólica que acuda a tratamiento deberá incorporarse a la utilización de recursos normalizados para favorecer su reinserción social.

0.1.10.7.- Durante el período de vigencia del Plan, se establecerá un marco estable de coordinación entre la red asistencial y las instituciones con competencias en materia de servicios sociales, laboral, educativa, cultural y de ocio y tiempo libre, así como con las ONGs.

0.1.10.8.- A lo largo del período de vigencia del Plan, los programas de formación continuada de los profesionales de atención primaria incluirán actividades de prevención y detección del consumo excesivo de alcohol y de atención a los problemas de salud derivados.

0.1.10.9.- Durante el período de vigencia del

Plan, se priorizarán las investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones del consumo excesivo de alcohol.

0.1.10.10.- En el año 2000, los programas de prevención comunitaria se ofertarán a la población de 10 a 18 años en el 100% de los ayuntamientos mayores de 5.000 habitantes.

6. Plan de Salud de Castilla y León

Se definen una serie de objetivos agrupados en cuatro categorías y temporizados a corto (de 1 a 3 años), medio (5 años) y largo plazo (10 años): Disminución de riesgo, Educación para la salud, Mejora de servicios, Vigilancia epidemiológica.

Objetivos de disminución de riesgo

En 1992, la proporción de drogodependientes que se benefician de fórmulas alternativas al ingreso y/o permanencia en centros penitenciarios, se habrá incrementado en un 100 %.

En 1995, los inicios de tratamiento ambulatorio por consumo problemático o dependencia del alcohol aumentarán en un 50% y la antigüedad en el consumo se reducirá al menos en un 25% en los nuevos casos.

En el año 2000, los accidentes laborales y de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas se reducirán al menos en un 25%. En el año 2000, la edad de comienzo en el consumo de alcohol y drogas ilegales se retrasará al menos en dos años.

Objetivos de Educación para la Salud

En el año 2000, la población escolar comprendida entre 8 y 16 años tendrá conocimientos suficientes sobre las características y consecuencias del consumo de alcohol, psicofármacos y cannabis, y sobre las ventajas de adoptar un estilo de vida saludable y de llevar a cabo actividades alternativas al consumo de drogas.

En el año 2000, el 75% de la población mayor de 16 años tendrá información suficiente

sobre las características y consecuencias del uso y abuso de drogas legales e ilegales y sobre las ventajas de adoptar un estilo de vida sano y de llevar a cabo actividades alternativas al consumo de drogas.

En el año 2000, el porcentaje de escolares, jóvenes y adultos que desaprueban el consumo de drogas ilegales y el abuso de alcohol se incrementará al menos en un 25%.

Objetivos de mejora de Servicios

En 1992, las tasas de retención de pacientes alcohólicos y toxicómanos atendidos en programas ambulatorios se deberán incrementar en un 200%.

En 1995, el número de urgencias hospitalarias causadas por complicaciones orgánicas o psicopatológicas relacionadas con el consumo de alcohol, opiáceos y cocaína se deberá reducir al menos en un 50%.

Vigilancia Epidemiológica

En 1992, se deberá contar con un programa regional de investigación de actitudes y consumo de drogas legales e ilegales.

En 1995, todos los programas asistenciales integrados en el Plan Regional sobre Drogas participarán en un sistema unificado de evaluación sistemática.

En 1995, el Sistema de Información sobre Toxicomanías deberá estar plenamente consolidado y deberá haber incluido el alcohol en su sistema de monitorización y vigilancia.

En el año 2000, el porcentaje de población mayor de 14 años que consumen 60 cc. o más de alcohol puro al día se reducirá al menos en un 20% y el consumo *per cápita* de alcohol puro al día se reducirá en un 25%.

En el año 2000 se habrá normalizado la percepción del problema, con el fin de mejorar la imagen social del drogodependiente y conseguir la implicación activa y solidaria de la sociedad civil, de modo que ésta conciba la tarea como colectiva, participativa e integradora.

7. Plan de Salud de Cataluña (1993-1995)

En el documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña se fijan los objetivos siguientes:

· *Objetivo 12:* De aquí al año 2000 es preciso reducir la mortalidad por enfermedades atribuibles al alcoholismo en un 15% (la mortalidad atribuible al alcohol para el año 1988 en Catalunya se estima en un 4%).

· *Objetivo 17:* De aquí al año 2000 es preciso reducir la incidencia del síndrome alcohólico fetal en un 25% (en 1990, la incidencia era aproximadamente del 10%).

Objetivos Generales de disminución de riesgo: En el documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña se fijan los objetivos siguientes:

· *Objetivo 166:* De aquí al año 2000 es preciso reducir la prevalencia de consumidores de más de 75 cc. de alcohol puro al día en la población general (de 15 a 65 años) hasta el 4%.

· *Objetivo 167:* De aquí al año 2000 es preciso reducir la prevalencia de consumidores de más de 75 cc. de alcohol puro al día en la población de jóvenes (de 15 a 29 años) en un 25%.

Intervenciones

Las intervenciones para hacer frente a los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol tienen que basarse necesariamente en medidas de carácter preventivo y medidas asistenciales y rehabilitadoras. Las intervenciones que se proponen en relación con el alcoholismo son las siguientes: prevención; detección precoz y control del alcoholismo; y promoción de hábitos saludables.

Líneas de Actuación del Plan de Salud 1993-1995

1. Información y educación sanitaria dirigidas a la población general, a los grupos de riesgo y de forma sistemática a los alumnos

de Formación Profesional (FP), Bachiller (BUP) y enseñanza universitaria. Se potenciará la educación para la salud en la escuela.

2. Potenciación del sistema de información sobre el consumo excesivo de alcohol con la difusión de los datos obtenidos.
3. Impulso de fórmulas de trabajo, con participación de los profesionales para la adopción y operatividad en los servicios de los criterios para la prevención, detección, control y seguimiento de los consumidores excesivos de alcohol.
4. Formación continuada de los profesionales de atención primaria y del resto de niveles asistenciales implicados.
5. Coordinación de los profesionales de atención primaria de salud con los equipamientos especializados (centros RAD y otros servicios sociosanitarios) y con los recursos comunitarios.
6. Detección oportunista en las consultas de atención primaria de salud y otras, del consumo excesivo de alcohol mediante la anamnesis y el registro sistemáticos.
7. Control y seguimiento, por lo que respecta al alcohol, de la normativa vigente en relación con la oferta de las drogas institucionalizadas y apertura de expedientes sancionadores.

Objetivos Operacionales del Plan de Salud 1993-1995 (Servicios centrales del Departament de Sanitat i Seguritat Social y del Servei Català de la Salut)

A.49. Antes del año 1995, se debe aumentar hasta el 85% el porcentaje de la población conocedora de los efectos nocivos del consumo excesivo de alcohol.

A.50. Antes del año 1994, se habrán definido los criterios comunes mínimos para Cataluña para la prevención (individual y comunitaria), la detección, el control y el seguimiento de los consumidores excesivos de alcohol en el ámbito de la atención primaria de la salud, impulsando fórmulas de trabajo que permitan llegar al consenso entre los profesionales.

A.51. Antes del año 1995, el **Programa de Educación para la Salud en la Escuela** habrá definido e instaurado las estrategias para la

promoción de hábitos saludables en relación con el consumo de alcohol.

Regiones Sanitarias

A.52. Antes el año 1995, las regiones sanitarias elaborarán un protocolo de prevención y detección del consumo excesivo de alcohol y problemas asociados que incluirá los criterios comunes mínimos para Cataluña.

A.53. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de Salud, el 90% de los profesionales de las regiones sanitarias dispondrán de información sobre el protocolo adoptado.

A.54. Durante el año 1994 y sucesivos, las regiones sanitarias, de acuerdo con criterios de factibilidad, promoverán la extensión progresiva de la aplicación del protocolo de prevención y detección del consumo excesivo de alcohol y problemas asociados.

A.55. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de Salud, las Áreas básicas de Salud con más de un año de funcionamiento habrán consensuado y adoptado el protocolo de prevención y detección del consumo excesivo de alcohol y problemas asociados.

A.56. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de Salud, las Áreas básicas de Salud con más de tres años de funcionamiento deberán tener registrado el consumo de alcohol en más del 60% de las historias de adultos (según los criterios del protocolo y excluyendo las que tengan menos de tres visitas en los últimos dos años).

A.57. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de Salud, el 90% de los bebedores detectados habrán recibido consejo educativo de moderación de consumo de alcohol.

A.58. Durante el año 1993 y sucesivos, las regiones sanitarias establecerán la estrategia de coordinación de la atención primaria de salud con otros niveles asistenciales y con el ámbito intersectorial para el abordaje del

consumo excesivo de alcohol (en los centros docentes a través del programa de Educación para la Salud en la Escuela).

A.59. Durante el año 1993 y sucesivos, las regiones sanitarias velarán para que todos los proveedores garanticen que los programas de formación continuada de los profesionales de la atención primaria de salud incluyan actividades dirigidas a mejorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades para la atención de los problemas de salud derivados del consumo de alcohol, así como la prevención de su consumo excesivo.

8. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (1995)

53. Para el año 2000, el número de jóvenes entre 16 y 24 años que consumen diariamente un promedio de más de 60cc. de alcohol puro al día deberá reducirse al menos un 10%.

54. Para el año 2000, el número de hombres de 16 a 64 años que consumen diariamente un promedio de más de 60cc. de alcohol puro al día deberá reducirse al menos un 10%.

55. Para el año 2010, la mortalidad por cirrosis deberá reducirse al menos en un 15%.

Líneas de Actuación

Las intervenciones dirigidas a afrontar los problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias han de basarse en la promoción de hábitos saludables y en medidas de carácter preventivo, asistencial y rehabilitador. Sin embargo, la naturaleza de dichos problemas, complejos en su origen y que afectan tanto a la salud física y mental del individuo como a su vida social, familiar y laboral, va a exigir, más quizá que en cualquier otro caso, de la actuación intersectorial, en la que han de participar, además de las instituciones sanitarias, los servicios sociales y los de educación, las autoridades de tráfico y las judiciales, los grupos de autoayuda y las asociaciones ciudadanas. En el caso del alcohol, todos los esfuerzos han de ir

encaminados a eliminar o aminorar su uso perjudicial:

- el consumo excesivo, tanto si se trata del patrón clásico de alto consumo diario como el nuevo patrón juvenil de consumo concentrado en el fin de semana;
- el consumo relacionado con la conducción de vehículos;
- el consumo en ciertos grupos, como adolescentes y embarazadas.

En todo caso, las líneas de intervención que, como se ha dicho, sólo son posibles a través de la coordinación intersectorial, se han de desarrollar en cuatro niveles:

- Actividades informativas, dirigidas a la población general y también específicamente a la juvenil.
- Actividades educativas, realizadas de forma integrada en el medio escolar, en particular en los niveles de BUP y FP, orientadas a prevenir el consumo, retrasar la edad de inicio en el caso del alcohol y fomentar el ocio saludable.
- Actividades legislativas y administrativas, incluyendo aspectos, en el caso del alcohol, como la restricción de su publicidad, el control de la venta a menores y del consumo en centros docentes, la vigilancia de los conductores y las políticas de los precios.
- Actividades asistenciales a través de la elaboración de pautas de actuación para la detección precoz, consejo terapéutico, desintoxicación y deshabituación, lo que va a requerir de la coordinación de los servicios especializados de Atención Primaria, Salud Mental y Atención Especializada.

9. Plan de Salud de Galicia (1993-1997)

Objetivos

Para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y la morbilidad producida por el alcohol, las acciones se centrarán en la educación sanitaria, la formación del personal y la potenciación de los centros asistenciales. Antes de que finalice el año 1993 habrá en

Galicia un Programa que, como mínimo y antes de que finalice el año 1997, cumpla con los siguientes objetivos:

42. El 80% de la población mayor de 16 años habrá recibido información suficiente sobre los riesgos del consumo de alcohol.
43. El 95% del personal docente de educación primaria y secundaria habrá recibido información suficiente en relación a los problemas derivados del consumo de alcohol.
44. El 95% de los escolares gallegos que finalicen sus estudios de enseñanza básica obligatoria habrán recibido información suficiente sobre los riesgos del consumo de alcohol.
45. Se desarrollarán acciones de apoyo a las asociaciones de autoayuda.
46. Todas las áreas de salud tendrán un centro de referencia para el tratamiento del alcoholismo.
47. El personal de atención primaria de salud estará capacitado para dar consejo educativo antialcohólico.
48. Se facilitará al personal de Atención Primaria de Salud una formación continuada que le permita actualizar sus conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades producidas por el alcohol.
49. Se desarrollarán acciones que favorezcan el consumo alternativo de bebidas no alcohólicas.

10. Plan de Salud de Madrid

Renovar el plan de acciones contra el alcoholismo

La Consejería de Salud ha venido desarrollando en los últimos años el Plan de Acciones contra el Alcoholismo, cuyos resultados pueden considerarse globalmente positivos. Para los próximos diez años se

deberá realizar una actualización del citado Plan, enmarcado en la Estrategia de Salud Pública de la Comunidad.

Dicha actualización deberá formularse a lo largo de 1995. Este Plan comprenderá, al menos, los siguientes objetivos: actualizar los estudios epidemiológicos sobre este problema; potenciar las acciones de educación para la salud; completar la evaluación de los programas de atención al enfermo alcohólico; y potenciar la colaboración con las asociaciones de autoayuda.

11. Plan de Salud de Murcia (1993-1996)

Objetivo 30: Durante 1993 se pondrá en marcha el Plan Regional sobre Drogas con el objetivo de reducir a medio plazo el consumo de diferentes drogas, incluido el alcohol y los riesgos asociados al mismo, potenciando la coordinación entre las distintas administraciones para incidir sobre las causas y factores del fenómeno, facilitar la asistencia integral a los afectados y promover la reinserción social de los ex-drogadictos.

En cumplimiento de este objetivo, a lo largo de 1993 se creó la figura del **Comisionado para la Droga** de la Región de Murcia y se aprobó en el mes de diciembre el Plan Autonómico sobre Drogas por parte del Consejo de Gobierno, previa aprobación del Consejo Asesor de Drogodependencias y de la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Regional. Dicho Plan, a su vez, marca unos objetivos para el año 1993 que se han ido cumpliendo sistemáticamente.

Prevención:

- Diseño de una encuesta sobre la droga, mediante convenio firmado con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y de la que se ha realizado el trabajo de campo.

Asistencia:

- Refuerzo de los recursos de Salud Mental del Área VI, con un médico encargado de atención a drogodependientes.

- Creación en Aguilas de un Equipo de Salud Mental y Drogodependencias vinculado al centro de Lorca.
- Acondicionamiento de la Unidad de Toxicomanías (UTO) de Yecla y Lorca para iniciar su funcionamiento en 1994.
- Creación de una unidad móvil en el Area I.
- Funcionamiento de un programa de disminución del daño asociado al abuso de droga.
- Desarrollo del Programa de Atención en Comisarías e Instituciones Penitenciarias.

En Coordinación:

- Se ha trabajado con ayuntamientos y/o mancomunidades para la creación de las **Comisiones Municipales de Drogodependencias**. Están creadas en Murcia, Cartagena y Lorca.
- Se han mantenido conversaciones con distintas ONGs., asociaciones de autoayuda, Federación de Asociaciones de Padres de Alumnos (FAPA), sindicatos, etc., para establecer cauces de participación y colaboración con el programa.

12. Plan de Salud de Navarra

Objetivos Generales

1. Promover modelos de consumo de alcohol que minimicen sus daños.
2. Crear un medio que minimice las presiones para beber en exceso y maximice la elección de alternativas no alcohólicas.
3. Mejorar la comprensión de los efectos médicos, psicológicos y sociales adversos del abuso de alcohol y promover una mejor comprensión de lo que constituyen patrones de consumo *seguros*.
4. Apoyar a los que tienen problemas de alcohol que quieren reducir su consumo o permanecer abstemios.

Objetivos específicos

1. Parar el ascenso del consumo de alcohol *per cápita*, reduciéndolo en al menos un 20% para el año 2000.
2. Parar el ascenso de consumo de alcohol en mujeres.
3. Reducir los altos niveles de consumo de alcohol y sus consecuencias entre los grupos ocupacionales de alto riesgo, incluyendo a los trabajadores de la industria del alcohol, jóvenes, etc.
4. Reducir en al menos un 20% la proporción de hombres que beben más de 20 unidades estándar de alcohol a la semana y la proporción de mujeres que consumen más de 14 unidades estándar de alcohol a la semana.
5. Reducir sustancialmente la relación entre el consumo de alcohol y la conducción entre los menores de 25 años.
6. Reducir el número de bebedores excesivos, bebedores problemáticos y de aquellos dependientes del alcohol.

Objetivos estratégicos

1. Desarrollo del Plan de Alcoholismo de Navarra.

El objetivo debe ser reducir los riesgos relacionados con el alcohol. Se intentará la reducción del consumo total de alcohol y se reforzará la habilidad de los diferentes grupos de población para controlar/manejar sus hábitos de consumo. Se asignarán más recursos a la educación y asesoramiento dentro del sector salud y a la detección precoz de los problemas de alcohol.

2. Desarrollo de una política de prevención de las drogodependencias.
3. Prevención y detección precoz de la dependencia alcohólica.

4. Tratamiento y rehabilitación de los dependientes.
5. Prevención de los riesgos comunitarios (mayor accidentabilidad, etc.).
6. Desarrollo y aplicación de la normativa legal sobre el alcohol.
7. Integración del tema del alcohol en el área de Educación para la Salud de las programaciones escolares.
8. Fomento de alternativas de ocio.

Resultados esperados en Salud

1. Reducción del número de trastornos debidos al abuso y dependencia del alcohol.
2. Una reducción en la morbilidad relacionada con el alcohol, incluyendo la cirrosis hepática, hipertensión, cáncer de esófago y del tracto digestivo, y la mortalidad y lesiones producidas por accidentes domésticos, laborales y de tráfico.
3. Reducción de la demanda mediante el aumento de los conocimientos de sus efectos, con un enfoque realista del tema de las drogas.
4. Máxima utilización posible de los recursos socio-sanitarios de tipo general. Los programas específicos de toxicomanías se integrarán al máximo en la estructura de la red asistencial general.
5. Fomento de alternativas de ocio.

13. Plan de Salud Vasco (1994)

Objetivo 5.1.: Para el año 2000, la proporción de bebedores excesivos de 16 a 64 años deberá reducirse a menos de un 5% entre los hombres y de un 0,5% entre las mujeres (8 y 1% respectivamente en la ESCAV 92).

Líneas de Actuación

- Educación sanitaria en el medio escolar en relación con los efectos del consumo de alcohol y de otras drogas.
- Desarrollo de actividades de concienciación sobre este problema entre la población general.
- Elaboración de pautas de actuación y coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Centros de Salud Mental para la desintoxicación y deshabituación del paciente alcohólico.
- Coordinación de los niveles de asistencia sanitaria en los servicios locales de asistencia social.
- Inclusión del interrogatorio y consejo sobre el consumo de alcohol, de manera sistemática en el contexto de la entrevista asistencia.