

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 étílico 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.