

POLITICA EUROPEA

## Plan Europeo de Acción contra el Alcohol

Oficina Regional Europea de la OMS

8 Sherfigsvej, DK-2100 Copenhagen (Dinamarca)

### Presentación

La política de salud europea, como viene indicado en los objetivos de salud de todos los países, une a 850 millones de personas de 50 estados miembros de la zona europea entre las que existe un área cuyas delimitaciones vienen establecidas por las tierras occidentales de Groenlandia, el mar Mediterráneo y las costas del Océano Pacífico de la Federación Rusa.

El alcohol es un serio problema a nivel sanitario en el conjunto de la zona europea. Respecto a este tema, los estados miembros comparten dos compromisos: el primero se denomina **Health For All (Salud para Todos)**, y su objetivo concreto consiste en lograr reducir un 25% del consumo de alcohol entre los años 1980 y 2000, con un interés particular en la reducción del uso nocivo. El segundo es un compromiso del **Plan Europeo de Acción contra el Alcohol (EAAP)** que ha sido íntegramente ratificado en la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1992 y que expone unos requisitos positivos a seguir por los estados miembros de la Unión Europea.

Éstos, junto con las organizaciones no gubernamentales, la Comunidad Europea, el Consejo de Europa y el Consejo Nórdico han comenzado a tomar iniciativas a fin de reducir los daños provocados por el uso del alcohol. El EAAP, que se explica en este documento, reclama un movimiento europeo para promover esta acción a nivel local, nacional e internacional, y la participación de numerosos socios entre los sectores públicos, privados y los voluntariados. Su ejecución paulatina demostrará más claramente su contribución para mejorar la salud de los europeos y para prevenir los daños provocados por el uso del alcohol.

Europa tiene el mayor consumo de alcohol de todo el planeta. El consumo *per cápita* en el año 1990 superó los ocho litros de alcohol en quince de sus estados miembros, tras un período de rápido crecimiento en el consumo en 10 de los 26 estados que conforman la Unión Europea entre los años 1950 y 1980, incrementándose aún más desde el año 1989 en los países del centro y este de Europa.

Los servicios sociales y sanitarios, el lugar de trabajo, el tráfico y el sistema de justicia criminal llevan el peso de los efectos nocivos originados por el alcohol. En alguno de los países europeos, el coste económico supone entre el 2-3% del Producto Nacional Bruto (PNB), y el alcohol es el responsable del 8-10% de las muertes entre la población de 16 a 74 años de edad.

El principal objetivo del EAAP es ayudar a los estados miembros europeos a prevenir los riesgos sanitarios y sociales originados cada vez más por el consumo de alcohol. Para conseguirlo, se necesita una reducción general de tal consumo y unas medidas eficaces para combatir los comportamientos de alto riesgo. Para hacer posible que el EAAP tenga un impacto rápido, se proponen cinco áreas de acción inmediata:

1. Una política común entre los países miembros en relación con el alcohol.
2. Un acuerdo de acciones conjuntas entre organizaciones a nivel internacional.
3. Acciones que promuevan la salud.
4. Sistemas de ayuda.
5. Creación de la Oficina Regional Europea, encargada principalmente de coordinar el desarrollo del EAAP; desarrollar una red de trabajo eficaz entre los socios; y proveer de personal y ayudas financieras.

Para asegurar su continuidad, el EAAP se llevará a cabo hasta el año 2000. Su éxito dependerá de la participación activa de las organizaciones internacionales, los estados miembros, los gobiernos y las agencias no gubernamentales a nivel local y nacional.

### ¿Por qué un Plan de Acción Europeo contra el Alcohol?

*Conferencia a cargo de Ilona Kickbusch, Ph.D.; Directora de Estilos de Vida y Salud durante la 24ª sesión de la Oficina Regional Europea celebrada en Copenhage el 17 de septiembre de 1992.*

"Durante unos coloquios celebrados en la 24ª sesión de la **Oficina Regional Europea de la OMS** en Lisboa (Portugal) en el año 1991, tomamos dos decisiones. En primer lugar, identificamos el alcohol como un área de trabajo prioritario de la Oficina e interpelemos a ésta para que tomara inmediatamente la iniciativa para preparar el EAAP. En segundo lugar, aceptamos de forma unánime perseguir el objetivo de 'Salud para Todos' de reducir hasta el año 2000 el consumo de alcohol en un 25% en los estados miembros europeos, con un especial interés en la reducción de su uso nocivo.

Con la primera decisión, se solicitó a la Oficina Regional que tomara un modelo de salud similar al que utilizamos cuando se nos pide emprender un plan de acción contra el tabaco. Con la segunda decisión, hemos acordado sostener el EAAP con la acción nacional. Su principal objetivo es crear un movimiento europeo concertado y apoyado para prevenir los riesgos sanitarios y los problemas sociales resultantes del consumo de alcohol y para mejorar la salud de los europeos mediante una reducción general de dicho consumo. Este es el primer esfuerzo concertado dentro de la OMS.

En el EAAP encontramos tres factores clave. El primero parte de los problemas sanitarios y sociales. Lo que hemos descubierto es que los países con mayores cifras de consumo de alcohol tienen mayores problemas relacionados con esta sustancia. Estos problemas provocan una fuerte repercusión en el hogar,

en los sistemas de asistencia social y sanitario, en la conducción de vehículos, en el sistema de justicia criminal y en el entorno laboral. El coste social en la comunidad a causa de los problemas relacionados con el alcohol ha sido calculado en alguno de los países miembros entre un 2 y un 3% del PNB.

El punto clave de muchos de los problemas relacionados con el alcohol es que estos no afectan sólo al bebedor individual, sino que tienen un importante impacto en áreas como la familia y la comunidad en su conjunto.

El alcohol no puede ser considerado como una comodidad más que confía plenamente en la fuerza del mercado para determinar su nivel de consumo. El alcohol es una sustancia especial, dado que sus características crean dependencia y severos problemas asociados con su consumo.

El segundo factor es el económico. El alcohol es importante para la región europea dado su elevado nivel de producción, de consumo y el comercio de su exportación. No obstante, aunque la producción de alcohol tenga gran importancia para algunas regiones o ciudades de Europa, en pocos de estos países productores y exportadores de bebidas alcohólicas el valor de la producción supera el 2% del PNB. Los ingresos originados por las tasas específicas del alcohol pueden ser de importancia, pero aún en los países en que éstas son elevadas, su importancia relativa sobre el alcohol ha ido decreciendo.

El tercer factor es el cultural. En Europa existe una desmesurada variación de significados relativos a este producto, y por lo tanto a su utilización. En algunos países el consumo de alcohol es una parte integrada en la vida social, y más aún en los días festivos y ocasiones especiales. En muchas culturas, el alcohol está asociado a la relajación y al buen humor, aspecto considerablemente aprovechado por las compañías publicitarias.

El alcohol es también una fuente de bienestar. Pero los supuestos 'beneficios' en las enfermedades coronarias han sido ampliamente descritas en los hombres de mediana edad, que son sujetos de alto riesgo. Las

dosis que podrían ser 'beneficiosas' para las enfermedades del corazón en estas personas aumentan el riesgo para la mujer de sufrir cáncer de pecho, una enfermedad de la que se dan muchos casos.

Asimismo, este mismo nivel de alcohol implica un grave riesgo en los jóvenes. Desde luego, entre los adolescentes esta evidencia no tiene un efecto real de disuasión. Los sujetos afectados por la bebida juvenil han focalizado especialmente el daño agudo que puede darse por la intoxicación, especialmente en accidentes de tráfico, y también en asesinatos y en la práctica del sexo sin tomar medidas de seguridad.

Actualmente encontramos una creciente evidencia de que las bebidas alcohólicas en los jóvenes tienen un impacto negativo sobre el desarrollo académico y educacional.

Por todo ello, la clave del EAAP consiste en plantear una estrategia que tome en cuenta con realismo estos tres componentes (salud, economía y cultura), y que incremente la idea de que el consumo reducido de alcohol es una ganancia de extrema importancia para la salud y la sociedad.

Estamos viviendo un período de cambio que hace que la consecución de estos resultados sea un gran reto. La liberalización política y la tendencia hacia una armonización ha permitido a muchos países la liberalización en el sistema de control. Además, en el centro y este de Europa (incluidos muchos de los nuevos países miembros), existe la evidencia de un rápido aumento en el consumo de alcohol y en los problemas asociados a éste. En Ucrania, por ejemplo, su consumo ha aumentado en un 24% entre los años 1986 y 1990. En el mismo período, la mortalidad causada por el alcohol se incrementó en un 30%.

Aún así, tenemos suficiente esperanza para crear el EAAP, ya que algunos países miembros han demostrado que es posible equilibrar los daños con los beneficios resultantes del uso del alcohol y su consumo reducido. En todos aquellos países miembros en los que el consumo ha disminuido, los

problemas resultantes del mismo han dejado patente la potencial importancia para la salud. Por ejemplo, el consumo de alcohol disminuyó entre la población adulta francesa en un 24% entre los años 1970 y 1988. Al mismo tiempo, las muertes por cirrosis hepática se redujeron en un 42% y los fallecidos por alcoholismo y la psicosis causada por el etanol disminuyeron en un 27%.

Con todo y en términos generales, el consumo de alcohol sigue siendo demasiado elevado en el continente europeo, y para los dos tercios de sus estados miembros conseguir el objetivo de reducir el consumo de alcohol en un 25% entre 1980 y el año 2000 va a exigir una actuación intensiva y un compromiso político sustancial.

Hemos organizado cuatro áreas prioritarias para la primera fase del EAAP. La primera consiste en construir un sistema de salud pública. Muchos de los países europeos han de plantearse o revisar la legislación en lo referente a la actitud frente al alcohol. Una legislación eficaz implica tomar medidas en los precios y tasas, y controlar la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y su publicidad.

El dinero producto de las tasas puede destinarse a crear unos fondos económicos para promover la salud y para servicios preventivos.

Puesto que las acciones a nivel nacional no son suficientes, la segunda área prioritaria consiste en trabajar en colaboración con las organizaciones intergubernamentales europeas. Hay una clara necesidad de ayuda por parte de los países miembros para negociar sistemas ajustados a estas organizaciones que sirvan para promover la salud mediante el desarrollo de un sistema de salud pública frente al alcohol.

La tercera prioridad reconoce la importancia de actuar a nivel comunitario y municipal. Existe una estrecha relación entre el consumo de una comunidad y el nivel de consumo individual. Planteamos establecer un proyecto piloto para el EAAP de actuación a nivel comunitario y potenciar el uso de las

iniciativas existentes dentro de la OMS, como los proyectos 'Ciudades Saludables', 'Escuelas de Promoción de la Salud' y 'Compañías de Promoción de la Salud'. Existe una urgente necesidad de contar con un medio saludable en el que haya una libertad derivada del riesgo de los accidentes de tráfico, la violencia o los daños domésticos nocivos relacionados con el alcohol.

La cuarta y última prioridad consiste en aumentar las actividades a nivel sanitario y social en los sectores del bienestar, especialmente en la atención primaria. Las intervenciones en este nivel asistencial son eficaces para reducir el consumo de alcohol, teniendo también un cometido importante en ayudar a las familias y grupos de ayuda en su papel de defensores de la salud pública en las comunidades locales. En este sentido, la importancia del rol ejemplar de los profesionales de la salud también ha de ser tenida en cuenta.

Se completa el EAAP centrando agrupaciones y asociaciones. La **Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa** ha reclamado un sistema sobre el alcohol, y el **Consejo de la Comunidad Europea** ya ha demandado en dos ocasiones un programa para informar sobre los problemas sanitarios y sociales asociados con el alcohol. Los socios más destacados incluyen una amplia oferta de organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales y médicas, y otros muchos sectores, incluyendo asociaciones de vecinos y organizaciones sindicales

Entre los miembros de otras agencias y organizaciones intergubernamentales, los países miembros deben hablar el mismo idioma y enfatizar el papel de la salud pública de la OMS -y no sólo en Europa, sino en el resto del mundo- en el análisis del sistema y en la realización de acciones preventivas contra los daños ocasionados por el consumo de alcohol.

En términos estratégicos, el EAAP va a desarrollarse simultáneamente con el **Segundo Plan de Acción por una Europa Libre de Tabaco**, y con el programa de actividades a realizar en los países del centro y

este de Europa en la prevención del abuso de drogas, concomitante con la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los Planes de Acción están basados en unos componentes clave de la **Carta de Otawa**, y hemos creado una unidad de trabajo coordinado contra el alcohol, el tabaco y las drogas.

Si esta estrategia es un éxito, tendrá repercusiones en otras áreas del mundo. La reducción del consumo de drogas en Europa ejercerá una presión en los mercados de fuera del continente.

En la Oficina Regional estamos completamente convencidos de que el EAAP tan sólo podrá ser eficaz si los estados miembros de la Unión Europea se comprometen activamente en su desarrollo y realización; si facilitan un fuerte apoyo internacional; si aportan sus conocimientos técnicos, tiempo y dinero a los proyectos de los distintos países; y si ayudan a crear socios a nivel nacional, regional y local. Algunos países miembros ya han ofrecido una ayuda concreta y esperamos que otros lo harán también.

En cinco años quisiéramos llevar a cabo tres proyectos. Ante todo, la creación de un sistema de salud pública relacionado con el alcohol coordinado por los estados miembros y las organizaciones intergubernamentales; además, una acción continuada a nivel comunitario contra el daño originado por el consumo de alcohol; y, por último, un sistema de salud más activo y mentalizado, enfatizando el papel primordial de la atención primaria.

Si logramos llevar a buen término estos objetivos, podemos creer en la eficacia del EAAP, invirtiendo en la salud de las futuras generaciones y mejorándola gracias a una reducción global del consumo de alcohol."

### **Introducción al Plan Europeo de Acción contra el Alcohol (EAAP)**

El alcohol está particularmente instaurado en Europa a raíz de su elevado nivel de producción, comercialización y consumo; y los severos efectos nocivos asociados con

su uso. Europa se enfrenta a una tendencia hacia la liberalización política y una incapacidad para predecir las consecuencias de los cambios políticos en los países del centro y del este. Existen muchos factores que están favoreciendo el aumento del consumo de alcohol: la urbanización y la industrialización; la migración y los cambios en la estructura familiar; el incremento del poder adquisitivo y la reducción del precio real de las bebidas alcohólicas; la mejora de los contactos comerciales internacionales; la superproducción del vino; y la incansante publicidad de las bebidas alcohólicas.

A causa de la seriedad de los problemas asociados con su consumo -muchos de los cuales podrían preverse-, y la dependencia que crea su producción, el alcohol debería ser considerado como un artículo de lujo. Se pueden llevar a cabo medidas eficaces para reducir su consumo, y por lo tanto enfermedades y muertes prematuras, ofreciendo beneficios considerables en términos económicos y sanitarios. En este sentido, los objetivos y las metas pueden establecerse y progresar hacia su control.

Para muchos europeos, beber alcohol es un aspecto de la vida social cotidiana. Puede ser una fuente de bienestar, si bien algunos prefieren no beber y otros no pueden hacerlo por razones de salud. Una importante minoría bebe en exceso, y eso es siempre nocivo. Los mensajes sanitarios que insisten en sus efectos negativos tienen menos impacto que los que exponen los 'beneficios' de un consumo reducido.

También existe la necesidad de un medio salubre liberado de los peligros relacionados con el alcohol (accidentes, violencia doméstica o pública, etc.). La fuerte correlación existente entre la media de consumo de alcohol de un país y el número de bebedores excesivos demuestra la necesidad de implementar sistemas de control nacionales para reducir el consumo entre toda la población, así como el objetivo de paliar los comportamientos de alto riesgo.

Los veinte países europeos que respondieron a una carta de la Oficina Re-

gional Europea de la OMS en el año 1991 en la que se exponía el futuro del sistema de control del alcohol solicitaron el desarrollo de un plan de acción, diecinueve de ellos con carácter de urgencia.

Desde entonces se han diseñado nueve objetivos estratégicos de ejecución inmediata y que tendrían un seguimiento en dos fases posteriores. Por supuesto, los problemas relacionados con el alcohol no se ciñen tan sólo a Europa, ya que las iniciativas contra los efectos nocivos causados por el alcohol conciernen a todo el planeta.

## Tendencias en Europa

A pesar de los problemas surgidos a la hora de comparar las diferentes comunidades y sobre la exactitud de los datos disponibles, todo el mundo coincide en señalar que el consumo de alcohol *per cápita* se incrementó rápidamente en Europa desde 1950 a 1980. Hubo en los años ochenta un período de estabilización, aumentando nuevamente a finales de la década en diez de los veintiséis países miembros, según los datos que entonces disponíamos. Desde el año 1989 hemos venido observando un rápido incremento en el consumo de alcohol en algunos países del centro y este europeos.

Europa tiene el nivel de producción, exportación y consumo de bebidas alcohólicas más elevado de todo el mundo. El consumo anual *per cápita* en 1990 superó los ocho litros de alcohol puro en quince países de la Unión Europea. En la totalidad de los estados miembros, los niveles de consumo *per cápita* guardan estrecha relación con los problemas sanitarios, económicos y sociales relativos al consumo de alcohol: mientras crece el consumo, aumentan los problemas; y cuando decrece, disminuyen considerablemente estos últimos.

Para las personas, el riesgo de padecer problemas de salud aumenta si se incrementa el consumo, en una relación directa entre la dosis y el efecto.

Aunque se carece de información exacta sobre los problemas relacionados con el al-

cohol a nivel europeo en su conjunto, los datos a nivel individual de cada uno de los países miembros indican que el alcohol:

1. Es la causa de un gasto considerable a causa de la pérdida de productividad y costes en la salud, en el bienestar social, en los accidentes de tráfico y en el sistema de justicia. El coste económico se ha estimado entre un 2 y 3% del PNB.
2. Causa un gasto importante en concepto de enfermedad, contribuyendo al porcentaje de muertes (especialmente prematuras), implicando un coste elevado en el sistema de salud del país. Del 8 al 10 % de las muertes de individuos entre los 16 y 74 años de edad, y entre el 6 al 20% de todos los ingresos hospitalarios de casos graves están relacionados con el alcohol. Los problemas de salud más destacables son el aumento de la presión sanguínea y las enfermedades cerebrovasculares, el cáncer (incluyendo los de pecho entre la población femenina, y los del tubo digestivo y vías respiratorias superiores en ambos sexos), cirrosis hepática, trastornos psicológicos y síndromes de dependencia.
3. Está relacionado en más de un tercio de los accidentes de tráfico y es un factor importante en aquellos producidos en el hogar, en el tiempo libre y en el medio laboral.
4. Está relacionado estrechamente con muchos problemas de orden público, incluyendo los asesinatos, los crímenes y la violencia.
5. Es la mayor causa de disolución familiar, violencia en el seno del hogar y abuso infantil; y supone un importante coste económico en Servicios Sociales.
6. Reduce la productividad a raíz del absentismo, accidentes laborales y deterioro de la capacidad de trabajo.
7. Está fuertemente asociado con el uso del tabaco y de otras drogas, pudiendo actuar con éstas y con otros factores de riesgo, de forma que incrementa las enfermedades y el porcentaje de fallecidos.

Es evidente que, en algunas poblaciones, el alcohol puede proteger contra las enfermedades coronarias. Puede no existir consi-

derables efectos de protección de la bebida alcohólica sobre las enfermedades coronarias para los hombres menores de 35 años y las mujeres que no han llegado aún a la menopausia. Parece ser que la mayoría de los efectos de protección para estas enfermedades pueden superarse mediante un consumo de alcohol muy ligero, por ejemplo bebiendo una copa menos al día.

Los problemas sociales y sanitarios relacionados con el alcohol no sólo aparecen con un consumo excesivo y en sujetos alcohólicos, sino que también se dan con menores niveles de consumo. A causa del elevado número de 'bebedores ligeros' entre la población, los problemas resultantes tienen una gran repercusión sanitaria, social y laboral en la comunidad.

### **Necesidad de actuación**

El Objetivo 17 de 'Salud para Todos' en Europa establece que en el año 2000 el consumo nocivo para la salud de sustancias que crean dependencia como el alcohol, el tabaco y las drogas psicoactivas debe haberse reducido en todos los países miembros. El texto continúa diciendo que este objetivo puede llevarse a cabo siempre que se desarrollen de forma correcta unos sistemas y programas frente al consumo y la producción de estas sustancias a todos los niveles y en diferentes sectores para reducir el uso de alcohol en un 25%, con un interés particular en la reducción de su consumo nocivo.

Para conseguir que todos los países miembros consigan este objetivo, la intervención a nivel internacional, nacional y local es necesaria. Los resultados insuficientes de la última década se debieron principalmente a no reconocer que si no se toman medidas con relación al alcohol podemos causar un grave problema sanitario; a la falta de entendimiento del sistema de salud pública a todos los niveles; y a la tendencia hacia la liberalización del sistema existente.

La reducción en los precios y la eliminación del control en la disponibilidad de las bebidas alcohólicas coexisten con una actitud

permissiva frente a la bebida y al aumento de la publicidad de alcohol. Los resultados han demostrado un incremento en el consumo. Sin actuaciones constructivas y sin el extendido soporte popular, los países miembros están imposibilitados para llevar a cabo su objetivo.

**La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa** (recomendación 1136, 1990), el **Consejo de las Comunidades Europeas** (resoluciones 86/C184/02, 1986 y 90/C329/01, 1990) y el **Consejo Nórdico** (resolución A1014/s, 1993) han reclamado un sistema y unos programas frente al alcohol y una cooperación con la OMS.

### **Estrategia**

Una reducción significativa del consumo nocivo para la salud del alcohol puede ser llevada a cabo mediante la combinación de dos enfoques: el primero, dirigido a la población en general en base a lograr una reducción global; el segundo, un enfoque centrado en los comportamientos de alto riesgo.

El enfoque dirigido a la población en general es necesario, principalmente por tres razones: Primera, porque una reducción global supone la disminución de los problemas de bebida a todos los niveles. Segunda, porque los bebedores excesivos y los problemas que de ellos se derivan están especialmente relacionados. Y tercera, porque la influencia que ejerce la percepción de un reducido nivel de consumo de alcohol y los modelos de bebedores tiene importantes consecuencias culturales a largo plazo. Un entorno cultural en el que la norma sea un escaso consumo de alcohol ejercerá una presión en los bebedores excesivos de modo que éstos reduzcan el consumo, haciendo hincapié en las actitudes de alto riesgo.

La actitud de alto riesgo se basa ante todo en la identificación y ayuda a los individuos con problemas concretos.

De este modo, las dos estrategias se complementan: por un lado, las medidas que podrían ser beneficiosas para el conjunto de

la población podrían, de entrada, ofrecer pequeñas motivaciones a los sujetos de riesgo alcohólico; por otro, un medio cultural en el que mayoritariamente el consumo de alcohol sea moderado podría eventualmente presionar a los bebedores excesivos para reducir el consumo.

### **Áreas de acción estratégica**

Nueve áreas estratégicas de actuación han sido incorporadas al EAAP, concebidas para prevenir y dirigir los efectos nocivos relacionados con el consumo de alcohol:

#### **Sistemas de control en los estados miembros**

El correcto equilibrio entre el sistema de control, la táctica y la vigilancia ha demostrado tener un claro valor predictivo del consumo de alcohol.

A pesar de que los países europeos ejercen un control sobre el alcohol, con diversa intensidad en lo referente a la producción, distribución, promoción, educación sanitaria y servicios de tratamiento, pocos son comprensivos. La liberalización está ejerciendo una fuerte presión sobre muchos de los mecanismos de control nacionales; sin embargo, la ausencia de estos controles en la producción de alcohol y en su distribución a las zonas del este de Europa elimina dicha presión.

Todos los países miembros van a necesitar ayuda para salvaguardar su control sobre el alcohol, principalmente en aquellos en los que éste ha sido desmantelado. Las medidas legislativas eficaces deberían reflejar un control comprensivo que incluya una edad mínima para poder consumir bebidas alcohólicas, unos mecanismos en el precio y en las tasas, y un control sobre la venta y publicidad.

#### **Acuerdos con las organizaciones intergubernamentales**

Muchos de los sistemas de control de las organizaciones intergubernamentales, como los de la Comunidad Europea, el Consejo de Europa y el Consejo Nórdico, tienen un

impacto significativo en el consumo de alcohol. Las directrices de la Comunidad Europea sobre las tasas, por ejemplo, podrían reducir el precio del alcohol en algunos países miembros (Dinamarca, Irlanda o Reino Unido) mientras lo incrementarían en otros estados (Portugal y España). En realidad, la diferencia de precios influye en gran medida a la hora de reducir éstos en aquellos países cerrados a la Comunidad Europea. Mediante el desarrollo del control intergubernamental sobre el alcohol, los modelos de comportamiento en los diferentes países deberían contribuir a la promoción de la salud de forma más llamativa. A su vez, debería salvaguardarse el derecho de los países miembros a ejercer controles más ambiciosos o más rigurosos que el mínimo pautado.

#### **Prevención del consumo de alcohol en las industrias alcoholeras**

La industria alcoholera cuenta con numerosos empleados y muchos ingresos y ganancias a nivel nacional. La industria europea del alcohol es también una de las mayores exportadoras, si bien sólo unas pocas empresas controlan la mayoría del negocio. Por lo tanto, debería ser posible negociar una actitud común frente al alcohol en la publicidad y distribución de las bebidas alcohólicas.

Estas industrias tienen interés en la prevención (por ejemplo, promocionando un consumo de alcohol libre de peligros, desanimando al consumidor a conducir vehículos y beber simultáneamente, etc.), en la educación sobre alcohol y embarazo, y en el desarrollo de medidas contra el alcohol en relación con los trabajadores.

Los códigos europeos e internacionales establecen la necesidad de desarrollar sistemas de control en la publicidad de bebidas alcohólicas mediante restricciones y advertencias.

#### **Pautas para promover la salud**

Los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y los establecimientos sanitarios ofrecen oportunidades para promover un

comportamiento saludable, mejorar la ayuda social y fomentar actitudes que favorezcan un consumo de alcohol más moderado.

Los Planes deben ser desarrollados mediante amplias redes de trabajo europeas, como ocurre con los proyectos llevados a cabo desde la OMS (Ciudades Saludables, Escuelas de Promoción de la Salud, Compañías de Promoción de la Salud y Hospitales por la Promoción de la Salud). Asimismo, debe centrarse la atención en aquellos programas que promuevan la salud en la familia y atiendan al consumo de alcohol entre los jóvenes.

#### **La acción comunitaria**

Los programas de la comunidad y las diversas actuaciones locales son un importante medio de contribuir a un estilo de vida saludable, así como de asegurar las ayudas públicas y políticas para controlar la venta y el consumo de alcohol. Además de modificar el sistema de control local, la acción comunitaria puede ejercer una fuerte influencia a nivel nacional e incluso internacional.

En este sentido, los programas comunitarios adecuados han demostrado reducir el número de enfermedades coronarias e incrementar la prevención de los efectos nocivos causados por el consumo de alcohol. Cualquier comunidad tiene potencial suficiente para desarrollar acciones de prevención, y deberían esforzarse más en promover, ampliar y ayudar aquellas actuaciones que surjan a nivel local.

#### **Un consumo más saludable**

Las campañas en los medios de comunicación contra los efectos nocivos del alcohol son esenciales no sólo por el impacto potencial en los bebedores, sino también porque hace aumentar la actitud popular a favor del control en la venta y en el consumo de alcohol. Es poco probable que los programas educativos y las campañas en los medios de comunicación consigan nada, a menos que exista un control más estricto sobre la publicidad de la industria alcoholera. Este tipo de programas debería mostrar las

ventajas de un consumo reducido, en lugar de los peligros del consumo de alcohol excesivo.

### **El Sistema Sanitario**

El sistema sanitario, tradicionalmente relacionado con los problemas de alcohol, debe jugar un papel más importante en la detección y prevención de los efectos nocivos relacionados con el consumo; esto ocurre esencialmente en atención primaria, pero debería darse también en los hospitales. La atención primaria es imprescindible en la identificación de sujetos de alto riesgo de un consumo excesivo, ayudándoles a reducirlo. Es también el mayor soporte de las familias y de los grupos de autoayuda, y actúa como un asesor de salud pública en las comunidades locales.

Una estrategia de alto riesgo basada en la atención primaria puede también implementar las iniciativas de la población. La intervención en atención primaria puede lograr reducir entre un 25-35% el consumo individual de alcohol, y la proporción de bebedores excesivos en un 45%.

### **El Sistema de Bienestar Social**

Los servicios sociales son la mayor parte de las ocasiones los primeros relacionados con la problemática asociada al consumo de alcohol. Es importante identificar y asistir a sujetos y familias de riesgo y actuar como un bienestar esencial aconsejado por las comunidades locales. Impera una urgente necesidad de formar a los que trabajan en servicios sociales sobre el uso del alcohol y las actitudes frente al mismo, de modo que aporten una ayuda eficaz con su participación.

### **El Sistema Judicial**

Una proporción considerable del trabajo llevado a cabo por el sistema judicial mediante amonestaciones, sentencias, encarcelamientos, libertades condicionales y rehabilitación de antiguos reclusos está relacionado con las consecuencias del consumo de alcohol.

Existen numerosas oportunidades para reducir los problemas del alcohol mediante la educación a nivel comunitario y la prevención de la conducción de vehículos en estado ebrio, la violencia en el hogar, las alteraciones de orden público, los perjuicios criminales y los perjuicios desintencionados. Urge la necesidad imperiosa de educar en las cuestiones relacionadas con el alcohol y de aportar adecuadas actuaciones en el sistema judicial, ofreciendo una ayuda intensiva mediante la educación comunitaria.

### **Papel de la Oficina Regional Europea de la OMS**

Un requisito necesario para lograr el Objetivo 17 de 'Salud para Todos' en Europa es que el consumo de alcohol sea reconocido como un serio problema de salud. La promoción sucesiva del EAAP dependerá del compromiso y la participación activa de todos los países miembros de la Unión Europea. Se necesitan bastantes recursos y tiempo destinados a dicho Plan para que sea viable y demostrar la necesidad política de ayuda en cuanto a cooperación internacional se refiere.

Esto permitirá un movimiento europeo capaz y uniforme, y asegurará la eficacia del uso de los recursos a la hora de compartir programas y experiencias. El desarrollo sucesivo exigirá un trabajo conjunto entre los participantes nacionales y locales, las organizaciones intergubernamentales y europeas, y los grupos y socios nacionales y locales no gubernamentales.

La Oficina Regional Europea se encargará de dirigir la coordinación internacional a la hora de llevar a cabo el EAAP, acorde con sus competencias, a fin de prevenir los efectos nocivos originados por el consumo de alcohol. Estas competencias son: consultar y aconsejar a los países miembros en el desarrollo del EAAP; negociar entre los socios a nivel local, nacional e internacional; establecer y mantener redes de trabajo para la investigación, consulta y desarrollo de los recursos en cada uno de los países; dirigir y evaluar los progresos e informar de los resultados al Comité Regional. De un modo

más concreto, a continuación se exponen las cuatro competencias esenciales de la Oficina Regional Europea de la OMS:

#### **Aconsejar y llevar la Agenda**

La OMS promoverá e implementará el EAAP como una actividad estimulante, y fomentará pactos en la salud pública a todos los niveles; coordinará nuevas redes de trabajo del EAAP y promoverá su implementación a través de la colaboración entre ellas, alentando de este modo un entorno de cooperación mutua.

Mediante la asociación de organizaciones profesionales (físicos, enfermeras, farmacéuticos, instituciones de enseñanza y grupos como la **Asociación de Escuelas de Salud Pública en la Región Europea ASPHER**), la Oficina Regional será la encargada de asegurar el desarrollo de los temas básicos, las principales pautas y las actividades formativas, así como la implementación de los programas modelo en atención primaria, en los servicios sociales y en el sistema judicial.

Se encargará, además, de conseguir una estrecha colaboración con la Comisión de las Comunidades Europeas, el Consejo de Europa, el Consejo Nórdico y otras organizaciones para asegurar que sus actividades se coordinen entre sí y estudiar los períodos necesarios que sirvan para evaluar los resultados establecidos de antemano sobre los efectos nocivos relacionados con el alcohol. La Oficina continuará facilitando la colaboración entre los países europeos y la actividad de trabajo entre las organizaciones nacionales e internacionales no gubernamentales.

#### **Mediación**

La OMS será la encargada de establecer el diálogo con la industria internacional del alcohol. En cooperación con las organizaciones intergubernamentales fomentará un código de práctica de autorregulación sobre la publicidad de las bebidas alcohólicas, apoyado por una legislación restrictiva, mediante los medios de comunicación

internacionales; y unirá fuerzas suficientes con estos últimos para desarrollar una campaña de prevención europea.

#### **Información y consejos de control**

La Oficina Regional cuenta con numerosos estudios e investigaciones referentes a soluciones epidemiológicas, sociales y de control referentes al alcohol, disponiendo también de un amplio conjunto de información de otras fuentes de Europa. A su vez, se desarrollará una estrategia eficaz para asegurar que este material se actualice de forma regular y que contenga las decisiones acordadas mediante pactos entre los políticos, directores y profesionales responsables del programa y los miembros del equipo.

Asimismo, la Oficina dará a conocer su servicio de consulta sobre el control del alcohol y sugerirá una red de trabajo en los puntos de información para actuar como un centro educacional en los proyectos de acción comunitaria.

#### **Promoción de la investigación y del desarrollo**

El amplio campo de conocimiento científico actualmente disponible se destinará y servirá al EAAP, y se creará una estrategia de difusión de estos conocimientos. El Plan propondrá una red de trabajo de investigación y unos centros de formación que representen las diversas partes de la Región y cubrir así los conocimientos más importantes. La red de trabajo llevará a cabo una estrategia que optimice la adquisición de los datos y su análisis, afianzando la investigación y el desarrollo.

#### **Objetivos, indicadores de realización y evaluación**

El Objetivo 17 establecido para Europa implica, como arriba se dijo, una reducción del 25% en el consumo de alcohol en todos los países miembros entre 1980 y el año 2000, con un interés especial en la reducción del consumo nocivo.

La Oficina apoyará el desarrollo de objetivos

concretos para reducir estos efectos a nivel nacional, subregional, nacional y subnacional. Tales objetivos incluirán el porcentaje de los perjuicios, accidentes y conducción en estado ebrio y la prevalencia de enfermedades determinadas, como la cirrosis hepática.

Una prioridad básica será conseguir el visto bueno de los objetivos, los indicadores y la dirección e información del sistema a nivel local, nacional e internacional. Se desarrollará una base de datos que regularmente sea actualizada. La accesibilidad y medición de estos datos será un criterio para determinar los objetivos y los indicadores seleccionados.

El consumo anual *per cápita* de alcohol puro seguirá siendo un indicador idóneo para medir el progreso realizado y hacer comparaciones. El trabajo *a posteriori* se iniciará con el desarrollo de otros indicadores relevantes que permitan hacer comparaciones.

El proceso e impacto del sistema de evaluación se utilizará para desarrollar la dirección del EAAP. El progreso en el diseño y la realización de proyectos individuales será asesorado una vez más mediante los objetivos, actividades y cronograma determinados en cada uno de ellos. Se emplearán indicadores cuantitativos y cualitativos para identificar factores que contribuyan a la no consecución de estos objetivos.

## Recursos

Se hace del todo necesario el compromiso activo de todos los países miembros; la aportación de consejos a nivel internacional; la entrega de conocimientos técnicos, tiempo y dinero a los proyectos de cada país y entre cada uno de ellos; y la constitución de asociaciones nacionales, regionales y locales.

La Oficina Regional aportará a su vez personal y financiación de su presupuesto como parte del trabajo de la nueva unidad antialcohol, tabaco y drogas. A esto se le añadirá el valor de la viabilidad política que pueda aportar la OMS, y la base de datos y

los conocimientos técnicos que las redes de trabajo puedan ofrecer. Sin embargo, el desarrollo total del EAAP puede llevarse a cabo tan sólo con recursos adicionales; así, alguno de los países miembros ya han ofrecido su ayuda, y a otros se les va a solicitar. Cuantos más recursos se dispongan, el trabajo podrá ir acercándose más a los objetivos propuestos.

## Fases operacionales

El EAAP se desarrolla en dos fases. En la primera se proponen cinco puntos, a cubrir hasta el año 1995, escogidos a la luz del estado del sistema y de los programas existentes en el momento de diseñar el Plan, su eficacia cara a la salud pública, y en función de la facilidad con que se pueda implementar de forma rápida. Para cada punto se ha concebido una determinada cantidad de actividades cuya viabilidad viene determinada por la suficiencia de recursos. La segunda fase comenzará en cuanto se disponga de más recursos. A continuación se detallan los primeros cinco puntos correspondientes a la **Fase I del EAAP**:

### Controles sobre el alcohol en los países miembros

Los mecanismos de control contra el alcohol a nivel nacional sufren un cambio continuo que refleja las nuevas adquisiciones y enfoques sobre el consumo de alcohol y los problemas derivados, un entorno internacional cambiante, y la evolución de un contexto económico, político y social en el que se formulan e implementan los controles sobre el alcohol.

La experiencia adquirida mediante estas fluctuaciones y las motivaciones a la hora de adaptar los controles sobre el alcohol en un contexto nuevo deben ser evaluados y replanteados de forma continua. Se realizarán estudios comparativos y será necesario intercambiar y evaluar las diversas experiencias, pudiendo plantearse a nivel subregional.

Es necesario emprender el diálogo con las industrias alcoholeras y turísticas para implantar códigos internacionales que

permitan la autorregulación de la publicidad y venta de bebidas alcohólicas. Esta autorregulación debería ser complementada mediante una legislación restrictiva. El diálogo con la industria del alcohol se establecerá mediante estudios en las prácticas de márketing y las experiencias de autorregulación.

#### **Proyecto de Control Público y Alcohol**

En 1975 fue publicado un informe por el **Sistema de Control frente al Alcohol en la Perspectiva de la Salud Pública**. Esta publicación tiene una fuerte influencia en el desarrollo del control sobre el alcohol no sólo en Europa sino en otras partes del mundo. **Control Público y Alcohol** es un proyecto colaborador de la OMS que valora nuevamente el control ejercido frente al alcohol desde una perspectiva de salud pública durante aproximadamente veinte años. Este proyecto ha tenido una influencia decisiva en el EAAP, y sus conclusiones fueron publicadas en el año 1995.

#### **Ayudas para el control en países del centro y este europeo**

El nuevo desarrollo económico, político y social en los países del centro y este europeo demuestra la necesidad de una reestructuración y revisión de los mecanismos de control sobre el alcohol. En muchos países de estas zonas el consumo de alcohol y los problemas que de él se derivan se ha incrementado.

Por lo tanto, debe darse un énfasis especial a los estudios y lecciones adquiridas de la experiencia que ayuden a estos países a formular un control adecuado frente al alcohol. En este sentido, se otorgará una ayuda continua al **Proyecto Báltico** en el estudio de los problemas sociales en todo el entorno del Mar Báltico.

#### **Campaña europea sobre la bebida y la conducción de vehículos**

Se ha propuesto una campaña publicitaria contra la conducción de vehículos en estado ebrio, que podría organizarse de forma

paralela entre la OMS, las organizaciones europeas intergubernamentales, los medios de comunicación europeos, los sectores privados y los países miembros.

#### **Acuerdo con las organizaciones intergubernamentales**

*Consultas de los socios:* Debe fomentarse las consultas entre las organizaciones intergubernamentales, como la Comisión de las Comunidades Europeas, a fin de lograr su ayuda para la promoción de la salud mediante la reducción del consumo de alcohol.

*Revisión del control de las organizaciones intergubernamentales frente al alcohol:* Se ha ideado una revisión de los mecanismos de control sobre el alcohol que ejercen las principales organizaciones intergubernamentales europeas. Esta revisión podría estructurar las bases de las consultas entre estas organizaciones e informar a los países miembros de las oportunidades de desarrollo del control sobre el alcohol en colaboración con ellas.

#### **Actuaciones que promueven la salud**

*Proyecto de demostración de la intervención comunitaria.* Adecuados programas comunitarios han demostrado tener un impacto positivo sobre el control de las enfermedades cardiovasculares en Europa. Es necesario plantear una ayuda similar de programas comunitarios para reducir los efectos nocivos originados por el consumo de alcohol como parte integrante del proyecto de colaboración con la OMS.

*Pautas de actuación a nivel comunitario y municipal frente al alcohol.* Los estudios llevados a cabo en las comunidades como respuesta a los efectos nocivos causados por el consumo de alcohol, así como otras informaciones publicadas, aportan las bases principales de las pautas a seguir y comprenden suficiente material educacional para ayudar al desarrollo de los proyectos comunitarios y municipales.

*Actuaciones urbanas sobre el alcohol.* El proyecto **Ciudades Saludables** incluye una serie de estrategias de actuación urbana en

las que las ciudades participantes cooperaban en la red de trabajo de la OMS definiendo posibles soluciones en una zona problemática clave, desarrollando sistemas de control y diseñando programas de actuación frente al alcohol.

**Lugares de trabajo saludables.** Gracias al proyecto de las **Empresas de Promoción de la Salud** se retribuirá el interés por fortalecer los contactos entre las asociaciones profesionales, las organizaciones sindicales y empresas seleccionadas a fin de conseguir un amplio esfuerzo europeo para un lugar de trabajo libre de alcohol.

**Materiales educativos.** Generalmente, las escuelas de medicina y enfermería otorgan una relativa y escasa prioridad a las soluciones frente al alcohol, el tabaco y las drogas. Asegurando un enfoque eficaz en la detección, diagnóstico e intervención en atención primaria, se exigirá un cambio en la formación de los profesionales de estas especialidades. Asimismo, se han planteado las pautas para la educación básica y especializada mediante módulos de formación, materiales y cursos.

**Desarrollo de la atención primaria.** Es prioritario ayudar a la formación y desarrollo de la investigación e intervención de programas en atención primaria, así como facilitar y afianzar su papel de asesora-miento. Esta ayuda se conseguirá mediante el compromiso de las asociaciones profesionales.

**Estudios de colaboración.** Dos estudios de colaboración de la OMS serán financiados: el primero se trata de un Estudio de Colaboración Internacional de **Alcohólicos Anónimos** como Movimiento Social, desarrollado durante el año 1993; y el segundo, iniciado en el mismo año, consiste en el estudio de estrategias para aumentar la capacitación desde la atención primaria en la ayuda a sujetos con consumo nocivo de alcohol.

#### **Sistemas de ayuda:**

**Márketing del EAAP.** El EAAP exige la difusión activa de publicaciones, en concreto la edición de una serie de revistas

científicas que ayuden a su divulgación e implementación.

**Conferencia Europea sobre el Alcohol.** Se propuso una conferencia europea para el año 1995 que persiguiera alcanzar el acuerdo de los principios y estrategias a fin de prevenir sobre los efectos nocivos causados por el consumo de alcohol. La conferencia ofrece al EAAP importantes aclaraciones y anima a su desarrollo.

Entre los participantes se incluyen diversos ministerios de cada país miembro, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, y otros socios ubicados en los sectores privados, públicos y del voluntariado. En la preparación del programa de la conferencia colaboró el Proyecto Público de Control frente al Alcohol.

**Dirección y evaluación.** La dirección y evaluación de la acción frente al alcohol en Europa se basará en un folleto de evaluación que tendrá la finalidad de ayudar al EAAP.

**Red de trabajo de investigación.** Se establecerá una red de trabajo de centros de investigación europeos que se adapten al EAAP. La cooperación entre estos mejorará la recogida de datos y sus análisis, hará posible la investigación comparativa internacional y promoverá una investigación sobre el alcohol de alta calidad en los países miembros.

**Red de trabajo de asesoramiento.** Es necesaria una red de trabajo de grupos de asesoramiento sobre el alcohol y la salud en general que sirva de apoyo a las actuaciones no gubernamentales a nivel local, nacional e internacional en línea con el EAAP. La OMS ayudará en la creación de esta red difundiendo información mediante publicaciones u otros medios de comunicación.

**Red de trabajo homologada.** Se pretende crear una red de trabajo del EAAP homologada para cada nación participante, con el fin de posibilitar el intercambio de experiencias, actividades, evaluar las actuaciones y aportar ayuda internacional para su desarrollo a nivel nacional y comunitario.

### **Fase II del EAAP:**

La Fase II del EAAP se desarrollará entre los años 1996 y 1999. Algunos de los proyectos de la fase anterior seguirán llevándose a cabo en la Fase II. Asimismo, abarcará todos o algunos de los siguientes proyectos:

- \***Escuelas de Promoción de la Salud.** En este proyecto se aborda el alcohol junto al tabaco y el resto de drogas, dentro del objetivo global de fomentar estilos de vida saludables.
- \***Hospitales de Promoción de la Salud.** Se desarrollará un proyecto para dotar a los hospitales la posibilidad de llevar a cabo una serie de objetivos orientativos de la salud, aportando la oportunidades de influir sobre las actitudes que con respecto al alcohol se tiene en los hospitales y servicios sanitarios.
- \***Controles informativos.** Los controles informativos en las familias y vecinos son de gran importancia para que la comunidad pueda conseguir grandes cambios en su estilo de vida. En este marco, va a ser emprendido un proyecto que estudie la mejor forma de afianzarlos.
- \***Desarrollo de habilidades personales.**
- \***Un mensaje educacional común.** Existen importantes diferencias entre los mensajes educativos sobre el alcohol que cada uno de los países miembros difunde a su población, entorpeciendo de algún modo la base científica común.

Por ello se hace necesario diseñar mensajes adecuados que sean aptos para todos los países miembros, intercambiando los conocimientos técnicos en el planteamiento de las campañas, colaborando en la realización del material, intercambiando también éste entre los distintos países y asegurándose de que los medios de comunicación elegidos sean accesibles al público. En este sentido, se llevará a cabo una campaña educativa centrada en el consumo de alcohol entre la juventud europea, que servirá para evaluar el grado de cooperación internacional en la práctica.

**Enfoque multinacional y programas de educación pública.** El Consejo de Ministros

de la Comisión de las Comunidades Europeas propuso una iniciativa de información sobre el alcohol, basada en el desarrollo de un proyecto conjunto que haga incrementar la concienciación pública sobre las soluciones a los problemas causados por el alcohol y, paralelamente, sirva de promoción al propio EAAP. Dicho proyecto incluiría la publicidad de materiales educativos y diverso material de televisión que serán difundidos en canales satélites de diversos países.

**Centros de educación y recursos.** Una de las partes esenciales del EAAP debe ser la de ofrecer a los países miembros una información y educación lo más ajustada posible a la realidad cultural individual. La variedad sobre la actuación de los materiales comunitarios ya ha sido tenida en cuenta en la Región, que ha ido desarrollando material publicitario, guías de autoayuda, material educativo, estudios locales y bibliografías. Ahora es necesario recoger fondos para establecer un centro de información y de formación que reúna estos materiales a los que puedan acceder los distintos tipos de comunidades.

### **Reestructuración de los servicios de salud:**

**Estudio del modelo de tratamiento.** Actualmente existe una importante variedad de modelos especializados para el tratamiento de las consecuencias nocivas del consumo de alcohol y de su dependencia en algunos países miembros. Sin embargo, no existe un sistema que permita intercambiar los conocimientos técnicos.

Se comenzaría por seleccionar unos centros por excelencia que sirvieran de base a desarrollar un sistema de intercambio que promoviera la comunicación entre ellos, con vistas a dirigir eficazmente los diversos modelos y reorientar el servicio de tratamiento en términos de eficiencia y eficacia.

**Mayor contribución del bienestar social y del sistema judicial para la prevención y control de los efectos nocivos causados por el consumo de alcohol.** Es necesario crear recursos y métodos de comunicación adaptados al bienestar social y al sistema de

justicia. En este sentido, la OMS se esforzará en lograr la cooperación con los centros nacionales e internacionales más destacados para emprender esta actividad.

**Alcohol y Proyecto del Control Público.** Este proyecto acoge a un conjunto de científicos internacionales en colaboración con la OMS en su Oficina Regional de Europa, con el objetivo de asesorar a los países sobre la influencia que ejercen los sistemas de control frente al alcohol sobre el nivel de consumo, los modelos y las consecuencias del uso de alcohol en la población.

El proyecto culmina la primera fase de su trabajo en el año 1994, y ha informado del proceso del control público sobre la salud a la hora de preparar el EAAP.

## Bibliografía

- Anderson, P. et al. (1993) The risk of alcohol. *Addiction*, 88: 1493-1508
- Aasland, O.G., ed. (1991) *The negative social consequences of alcohol use*. Ministerio de la Salud y Asuntos Sociales Noruego. Oslo.
- Babor, T.F. et al. (1986) Problemas relacionados con el alcohol en el sistema de atención primaria: revisión de las primeras estrategias. *British Journal of Addiction*, 81: 23-26.
- Bien, T.H. et al. (1993) Breve intervención sobre los problemas relacionados con el alcohol: revisión. *Addiction*, 88: 315-326
- Bruun, K. et al. (1975) *Alcohol control policies in public health perspective*. Fundación Finlandesa para Estudios sobre el Alcohol, Helsinki.
- Casselman, J.; Moorthamer, L. (1988) *Violent social behavior and alcohol use*. Oficina Regional de la OMS, Copenhage (documento no publicado EUR/ICP/ADA 014).
- Duffy, J. ed. (1992) *Alcohol and illness, the epidemiological viewpoint*. Prensa Universitaria de Edinburgo, Edinburgo.
- Giesbrecht, N. et al., eds. (1990). *Research, action and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems*. US Departamento de Servicios Sanitarios y de Atención; OSAP Monográfico 4 de Prevención. Washington.
- Kreitman, N. (1986) Consumo de alcohol y la paradoja de la prevención. *British Journal of Addiction*, 81: 353-363.
- OMS (1993). *Health For All targets: The health policy for Europe*. Oficina Regional Europea de la OMS, Copenhage (European Health For All Series, núm.4).
- Partanen, J.; Montonen, M. (1988) *Alcohol and the mass media*. Oficina Regional Europea de la OMS, Copenhage (EURO Informes y Estudios, núm.108).
- Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (1992) *Word Drink Trends, 1992 edition*. Ediciones NTC Ltd. Henley-on-Thames.
- Puska, P., ed. (1988) *Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe*. Oficina Regional Europea de la OMS, Copenhage (EURO Informes y Estudios, núm.106).
- Simpura, J.; Tigerstedt, C., eds. (1992) *Social problems around the Baltic Sea*. Consejo Nórdico para la Investigación sobre el Alcohol y las Drogas, Helsinki. Ediciones NAD, núm.21.
- Tigerstedt, C., ed. (1990) La Comunidad Europea y el control sobre el alcohol. *Contemporary Drug Problems*, 17 (4).
- Varios (1990) *Alcohol and health. Seven special report to the US Congress*. US Departamento de Servicios Sanitarios y de Atención. Washington.

## Apéndice 1

*Resolución de la 42ª Sesión del Comité Regional de la OMS en Europa. Documento EUR/RC42/R8 (Copenhage, 14-19 de septiembre de 1992)*

El Comité Regional:

Recuerdo de las resoluciones de la Asamblea de Salud Mundial, WHA36.12 y WHA42.20 y del documento EUR/RC38/11, Dirección de la estrategia para la salud del año 2000;

Recuerdo de la resolución EUR/RC41/R5 en la actualización de los objetivos Regionales para la salud, y concretamente el Objetivo 17;

Documento EUR/RC42/8, que contiene las propuestas para un EAAP.

1. FIRME APROBACIÓN del EAAP, como se desprende del documento EUR/RC42/8, así como las pautas idóneas a seguir por los países miembros;

2. URGE que los países miembros: revisen y, si es necesario, replanteen su control sobre el alcohol para asegurar su viabilidad y grado de adaptación a los principios establecidos en el documento EUR/RC42/8; aseguren el eficaz desarrollo de este control a fin de prevenir los riesgos de la salud y los problemas socioeconómicos a menudo asociados con el consumo de alcohol, reconociendo la importancia de las actuaciones multisectoriales y el importante papel a desempeñar por las comunidades locales; desarrollar un control apto y unos programas de prevención y ocuparse de los problemas originados por el alcohol en el contexto de la atención primaria; y promover la adopción de los principios del EAAP en otras organizaciones europeas que puedan ayudar al desarrollo eficaz de estos principios.

3. URGE que las organizaciones europeas intergubernamentales y no gubernamentales unan recursos con el Oficina Regional en una acción común, maximizando su contribución al esfuerzo europeo con el objeto de reducir el consumo de alcohol y los problemas derivados tanto a nivel social como sanitario en Europa;

4. PETICIONES del Director Regional a: asegurar una ayuda eficaz desde el Oficina Regional y sus redes de trabajo al EAAP, mediante la utilización de fondos del presupuesto de la OMS; y esforzarse en incrementar las contribuciones voluntarias; cooperar con él y ayudar a los estados miembros y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales en el esfuerzo de reducir los problemas relativos al consumo de alcohol en Europa; informar cada dos años al Comité Regional sobre el progreso del EAAP y afianzar la dirección e importancia de los estudios sobre el consumo de alcohol en Europa durante los ejercicios de evaluación del Objetivo 'Salud para Todos' nacional y regional.

#### Apéndice 2 (Publicaciones de la Oficina Regional Europea de la OMS)

**1979.** *Public health aspects of alcohol and drug dependence.* Informe de una conferencia de la OMS. EURO Reports and Studies, núm.8 (disponible en inglés, francés,

alemán y ruso).

**1985:** Grant, M. (ed.) *Alcohol policies.* Publicaciones Regionales de la OMS, Series Europeas, núm.18 (disponible en inglés, francés, alemán y ruso).

**1985:** *Report on the first meeting of principal investigators in the WHO collaborative study on community response to alcohol-related problems.* Documento ICP/ADA 001 s01 (no publicado, sólo en inglés).

**1986:** *Alcohol-related problems in young people.* Informe de un encuentro de la OMS. Documento ICP/ADA 002 s01 (no publicado, sólo en inglés).

**1986:** *Treatment and rehabilitation programmes in alcohol abuse.* Informe de un grupo de trabajo de la OMS. Documento ICP/ADA 003 s01 (no publicado, sólo en inglés).

**1987:** *Working group on the perspective roles of primary health care and specialized services in the development and implementation of programmes for problem drinkers.* Informe de un encuentro de la OMS. Documento ICP/ADA 010 (no publicado, sólo en inglés).

**1987:** *Community response to alcohol-related problems.* Informe del segundo encuentro de los principales investigadores en el estudio de colaboración con la OMS. Documento ICP/ADA 017 (no publicado, sólo en inglés).

**1988:** *Alcohol and accidents.* Informe de un grupo de trabajo de la OMS. Documento ICP/APR 117 (no publicado, sólo en inglés).

**1988:** Casselman, J.; Moorthamer, L. *Violent social behaviour and alcohol use.* Revisión de escritos anteriores. Documento ICP/ADA 014 (no publicado, sólo en inglés).

**1988:** Partnen, J.; Montonen, M. *Alcohol and the mass media.* EURO Informes y Estudios, núm.108 (disponible en inglés, francés y ruso).

**1989:** *Community response to alcohol-related problems.* Informe del tercer encuentro internacional de investigadores del estudio de colaboración con la OMS. Documento ICP/ADA 021 (no publicado, sólo en inglés).