

Tabla 1
Políticas públicas que pueden influir en el consumo de alcohol por eje temático

Ejes temáticos	Políticas públicas
Política fiscal y de precios	Impuestos como instrumento para subir el precio y disminuir el consumo
Regulación de la accesibilidad física y la disponibilidad del alcohol	Regulación de puntos de venta, espacios de consumo (horarios, límites, espacios sin venta de alcohol...) Regulación de la venta a menores
Medidas sobre conducción de vehículos y alcohol	Regulación de límites para la conducción y otras actividades Controles de alcohol en aire espirado Suspensión del permiso de conducir
Tratamiento e intervención precoz	Formación del personal sanitario Programas en atención primaria de salud y otros entornos asistenciales Programas en entornos laborales Consolidación y acreditación de una red especializada de atención a la dependencia Programas dirigidos a los familiares de las personas con dependencia Fomento de organizaciones y grupos de ayuda mutua de afectados y familiares Tratamiento obligatorio para personas con problemas legales relacionados con el alcohol
Regulación de la promoción y publicidad	Restricción de la publicidad en medios de comunicación y espacios públicos Restricción del patrocinio
Otras políticas públicas relevantes	Campañas de publicidad e informativas, fomentando la difusión de los resultados de la investigación sobre el impacto sanitario y económico de los trastornos asociados al consumo de alcohol y la eficacia de las medidas de prevención. Presencia del alcohol en actos y sedes institucionales Tratamiento del problema en la enseñanza obligatoria Fomento de la investigación (básica, aplicada y evaluativa) Formación de expendedores y camareros Regulación del etiquetado Alertar a la comunidad sobre la constante acción de oposición a las regulaciones preventivas de la industria alcoholera y sus colaboradores.

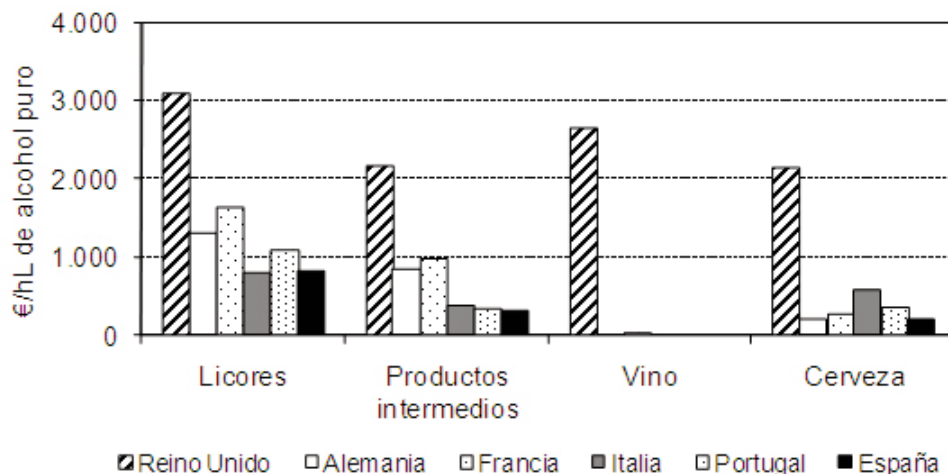
Elaboración propia a partir de las referencias 1-5.

menos asequibles, no parece razonable que el vino o la cerveza tengan impuestos tan bajos que resulten más baratos que la leche. De hecho, se ha sugerido que las personas con dependencia consumen preferentemente las bebidas de menor coste por gramo de alcohol (independientemente de su graduación)^{12,14}. En cualquier caso, se observa que en España la carga impositiva sobre las bebidas alcohólicas está en la franja más baja de los países de nuestro entorno, con un amplio margen para reforzar la fiscalidad sobre el alcohol y reducir así su consumo. Esta es sin duda una prioridad para las políticas de prevención.

REGULACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD FÍSICA DEL ALCOHOL

La disponibilidad física del alcohol se refiere a la accesibilidad y facilidad para obtener y/o consumir bebidas alcohólicas. Las políticas que generan barreras que implican un mayor esfuerzo para obtener alcohol tienden a reducir el consumo¹⁵. Se trata de una forma de incrementar los costes no monetarios del consumo de alcohol. Contrariamente, cuando la accesibilidad es mayor es más fácil consumir. La regulación de la accesibilidad física se basa en el establecimiento de controles y normas en los

Figura 1
Impuesto específico sobre el alcohol por bebida en diversos países de la Unión Europea, mayo de 2012 (en euros por hectolitro de alcohol puro)



Elaboración propia a partir de la referencia 13.

puntos de venta y servicio de bebidas alcohólicas, la diferente disponibilidad de las bebidas alcohólicas según su concentración de alcohol y en la existencia de restricciones en el acceso al alcohol en determinadas situaciones (especialmente para jóvenes)¹⁶.

La regulación de la accesibilidad y los puntos de venta se suele basar en la existencia de licencias para los establecimientos donde se sirven bebidas alcohólicas (restaurantes, bares y cafeterías, salas de fiesta...) y en los establecimientos donde se vende sin que se pueda consumir inmediatamente (en algunos países, fuera de los locales donde se consume, las ventas de alcohol se limitan a las tiendas especializadas, en otros se vende también en las tiendas de alimentación y supermercados). La existencia de una licencia permite fijar normas y sancionar al establecimiento que las incumpla, llegando incluso a la suspensión de la licencia. Se pueden plantear restricciones parciales a la venta, limitar la densidad de puntos de venta y consumo o restringir los horarios y días de venta. Estas regulaciones tienen un claro impacto en el consumo⁵.

Otras regulaciones sobre la accesibilidad están relacionadas con la fijación de una edad mínima para comprar y consumir así como también para vender. En muchos países la edad mínima se sitúa en 18 años, en los EEUU en los 21 en muchos estados. Se puede segmentar el comercio de bebidas en función de su concentración de alcohol, por ejemplo restringiendo la venta de bebidas de alta graduación en locales situados a pie de carretera o en supermercados. También se incluirían en este grupo las políticas relacionadas con la cantidad de alcohol que puede ser vendido y consumido en un determinado contexto (por ejemplo en bares o restaurantes). Las estrategias más efectivas en este sentido serían las que implican la existencia de responsabilidad legal por parte de los trabajadores y propietarios de los establecimientos que sirven bebidas alcohólicas por las acciones de los clientes ebrios. Esta estrategia se aplica en algunos países nórdicos y anglosajones. También es relevante la prohibición del consumo en la vía pública, vigente en muchos países. Estas regulaciones proceden de los distintos niveles de gobierno (central, estatal o regional y local), según la organización política y

administrativa propia de cada país. Su adopción suele generar fuertes resistencias de los sectores implicados que defienden sus intereses económicos.

En España, los horarios de los locales de ocio nocturno son muy amplios. Además, tradicionalmente, los comercios alimentarios han vendido bebidas alcohólicas sin precisar de una licencia especial y la liberalización de horarios comerciales en los últimos años ha resultado en un claro incremento de la disponibilidad de bebidas alcohólicas a coste relativamente bajo, algo especialmente visible en las grandes ciudades. Esto se podría relacionar con fenómenos como el botellón (consumo en grupo en espacios públicos de bebidas adquiridas en el comercio minorista, especialmente durante los fines de semana) y con el notable incremento de episodios de consumo intensivo o borrachera documentados en los últimos años. Esta dinámica se percibe cada vez más como un problema, por lo que han surgido iniciativas de regulación locales y autonómicas, con valor desigual al responder a prioridades diversas que no siempre son las mejores para la salud. Entre las de mayor interés preventivo destacan la prohibición de la venta a menores de 18 años y la de vender alcohol en los comercios en horario nocturno, la prohibición de consumo en espacios públicos (que no sean terrazas o espacios delimitados de establecimientos), y la limitación de los horarios comerciales de establecimientos de alimentación en zonas céntricas de algunas ciudades¹⁸.

MEDIDAS SOBRE CONDUCCIÓN Y ALCOHOL

Buena parte del daño atribuible al consumo de alcohol deriva de las lesiones por accidentes de tráfico, causadas por vehículos conducidos por personas intoxicadas. La evidencia científica indica que el riesgo de sufrir una colisión aumenta a partir de alcoholemias iguales o superiores a 0,2 g/l y que se duplica a partir de 0,3 g/l. El estableci-

miento de unos niveles máximos de alcoholemia en conductores (estimadas de forma habitual mediante la medida del alcohol en el aire espirado) es un elemento básico de prevención que puede plantearse con mayor exigencia para conductores profesionales y conductores jóvenes o noveles. Por ello, es importante hacer pruebas de alcoholemia aleatorias o selectivas, cuya realización sea obligatoria. Los casos de reincidencia deben tener un tratamiento específico y disuasorio.

El objetivo de estas políticas es minimizar la probabilidad de que una persona intoxicada conduzca. Por ello hace falta obtener un equilibrio entre la severidad del castigo, la probabilidad de que se aplique realmente y la rapidez del procedimiento¹⁹. De la combinación apropiada de estos tres factores resulta el efecto real, ya que a veces una mayor severidad puede ser un obstáculo. En cualquier caso, lo más importante es la percepción por parte de la población de que un conductor intoxicado será detectado, que la penalización se aplicará y que sucederá con rapidez.

La situación española ha mejorado notablemente en los últimos años¹⁹. Parte del éxito deriva de haber conseguido cambiar la percepción social del problema. Han sido elementos clave la adopción del carné por puntos y la inclusión en el código penal de algunos comportamientos como delitos contra la seguridad del tráfico²⁰. Actualmente, las concentraciones máximas de alcohol en sangre permitidas mientras se conduce son 0,5 g/l de sangre para población general y 0,3 g/l para conductores noveles o profesionales, correspondiendo en aire espirado a 0,25 mg/l y 0,15 mg/l respectivamente. El código penal considera delitos contra la seguridad del tráfico (castigados con penas de prisión, multa o trabajos en beneficio de la comunidad) conducir con tasas de alcohol superiores a 1,2 g/l en sangre (0,6 mg/l en aire espirado) y la negativa a someterse a las pruebas, delito castigado con prisión. La proporción de resultados

positivos en las pruebas de alcoholemia realizadas muestra una evolución favorable. En Cataluña esta proporción ha ido descendiendo año tras año hasta representar un 4,6% del total de pruebas realizadas en 2010, mientras que la proporción de resultados positivos en las pruebas realizadas por otros motivos (por infracciones o accidentes) se mantiene alrededor de un 20% (tabla 2)²¹. En 2011 la Guardia Civil de Tráfico obtuvo un 1,8% de pruebas positivas en sus controles preventivos²². En un estudio intermitente realizado en Cataluña en una muestra aleatoria de conductores en zona interurbana, la proporción de individuos que superaba los niveles permitidos fue comparable a la obtenida por la Guardia Civil en su territorio de actuación y además ha ido disminuyendo (2,3% en 2007, 2,1 en 2009, y 1,6 en 2010)²³. Estas actividades han tenido un claro efecto en las cifras de accidentes por tráfico y en las defunciones relacionadas, las cuales muestran un descenso pronunciado desde 2006 (figura 2), aunque hay encuestas en las que la frecuencia autorreferida de haber conducido bajo el efecto del alcohol u otras drogas alguna vez ronda el 14-18% en jóvenes²⁴. En la medida en que las actuales regulaciones en España muestran niveles de aceptación y cumplimiento crecientes así como un impacto favorable, se puede plantear una regulación más estricta para el futuro (como se ha hecho en otros países o

con pilotos de aeronaves), puesto que el riesgo de sufrir un accidente de tráfico aumenta con niveles de alcoholemia inferiores a los fijados actualmente.

REGULACIÓN DE LA PROMOCIÓN Y LA PUBLICIDAD

El marketing del alcohol tiene la finalidad de que los ciudadanos, especialmente los más jóvenes, perciban su consumo como normal y lo asocien a un bienestar físico y social²⁵. La influencia de la promoción y la publicidad del alcohol en el consumo está bien documentada²⁶, especialmente en adolescentes y jóvenes, induciendo a iniciar el consumo en aquellos que no consumían o a aumentarlo en aquellos que ya consumían alcohol previamente²⁵. La efectividad de las políticas que regulan la publicidad está menos documentada, posiblemente debido a las dificultades metodológicas para medir el grado de exposición²⁷. Además, aunque la mayoría de países de Europa regula la publicidad de las bebidas alcohólicas, el cumplimiento de las normativas vigentes no se monitoriza de forma sistemática y no existe un órgano que vele por el cumplimiento de las mismas²⁸. No obstante, los datos derivados de la restricción de la publicidad del tabaco, y las estimaciones realizadas hasta el momento, así como la resistencia de la industria alcoholera a su implantación, sugieren que el efecto de la restricción de la

Tabla 2
Pruebas de alcoholemia en conductores de vehículos y resultado positivo* según el motivo de su realización, por año. Cataluña, 2006-10.

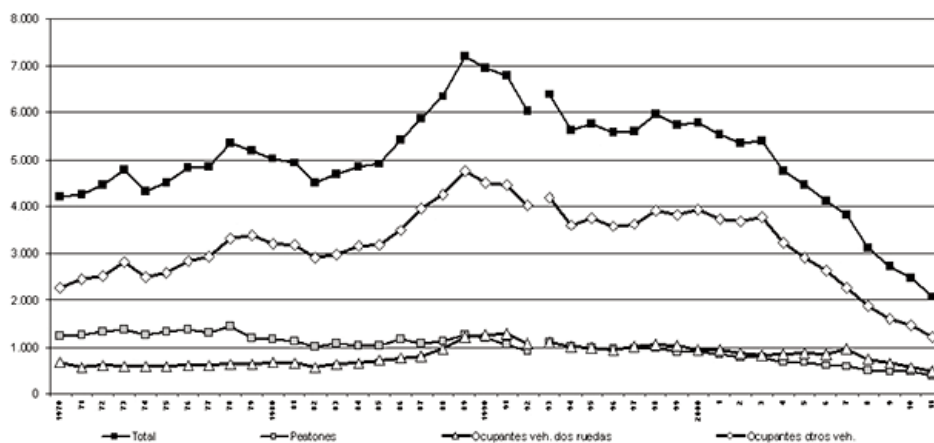
	Pruebas preventivas			Pruebas no preventivas [†]			Total de pruebas		
	Positivas	Pruebas	%	Positivas	Pruebas	%	Positivas	Pruebas	%
2006	24.555	404.229	6,07	6.047	28.685	21,08	30.602	432.914	7,07
2007	24.734	430.240	5,75	5.912	31.972	18,49	30.646	462.212	6,63
2008	26.851	481.168	5,58	5.544	28.380	19,53	32.395	509.548	6,36
2009	30.879	590.835	5,23	5.697	27.060	21,05	36.576	617.895	5,92
2010	22.529	495.075	4,55	4.627	24.338	19,01	27.156	519.413	5,23

* un resultado positivo de la prueba de alcoholemia es el que supera el nivel de alcohol permitido legalmente al conductor.

[†] se trata de pruebas motivadas por infracciones, accidentes o signos visibles de intoxicación.

Elaboración propia a partir de las referencias 21 y 23.

Figura 2
Muertes anuales por tráfico según su relación con el mismo. España, 1979-2011



El cambio en la metodología de recogida de datos se expresa con una discontinuidad de las líneas en 1992-93.

Elaboración propia a partir de los datos de los Anuarios Estadísticos de Accidentes hechos públicos por la Dirección General de Tráfico. Disponibles en: www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-accidentes/

publicidad de las bebidas alcohólicas sobre la reducción del consumo de alcohol sería potencialmente importante²⁵⁻²⁸.

La industria de bebidas alcohólicas invoca la autorregulación, pero la numerosa casuística planteada ante los órganos de autocontrol muestra que luego la incumple con frecuencia^{29,30} y que, por lo tanto, se trata de una medida inefectiva para reducir el consumo de alcohol de la población^{31,32}. En España está prohibida la publicidad en televisión de bebidas alcohólicas de alta graduación, y algunas CCAA la han prohibido también en la vía pública. Estas restricciones legales se han visto burladas mediante diferentes estrategias, como la realización de anuncios presuntamente basados en el patrocinio, o la publicidad de bebidas de baja graduación (sin apenas presencia en el mercado pero con la misma marca e imagen que otras de alta graduación). En cualquier caso, hay datos empíricos que muestran una presión publicitaria muy intensa y creciente en España. En la **tabla 3** se presenta una estimación centrada en los medios convencionales de las inser-

ciones publicitarias de bebidas alcohólicas y su coste a lo largo de una década, entre 1995 y 2004, que muestran un notable incremento en el gasto en publicidad, con un incremento aún mayor en las inserciones³³. El mismo autor ha documentado un cambio de canales, concentrándose ahora la publicidad en vallas y otras formas de publicidad exterior: si en 1995 éstas eran el 38,8% de las inserciones, en 2000 fueron el 75,9% y se mantuvieron elevadas en 2004 (74,9%)³³.

POLÍTICAS QUE FAVORECEN EL TRATAMIENTO Y LA INTERVENCIÓN PRECOZ

Muchas personas con un consumo de riesgo, especialmente aquellas que presentan un consumo medio elevado, lo mantienen durante años hasta presentar problemas de salud relacionados con el alcohol. Los esquemas de cribado mediante instrumentos como el AUDIT o el CAGE y la intervención breve han mostrado su utilidad, especialmente cuando se han integrado en la práctica habitual de los servicios de atención pri-

Tabla 3
Publicidad de las bebidas alcohólicas y mercado publicitario en medios convencionales para algunos años seleccionados. España, 1995, 1999 y 2004³²

Año	Gasto estimado en publicidad de bebidas alcohólicas (€)	Total gasto en publicidad	Número de inserciones de bebidas alcohólicas	Total inserciones en mercado publicitario
1995	267.992.012	7.737.911.043	170.087	3.332.364
1999	290.038.819	9.448.593.307	280.250	5.380.928
2004	377.813.624	13.034.758.620	450.941	9.684.165
Incremento 2004/1995	141%	168%	265%	291%

Elaboración propia a partir de la referencia 33.

maria³⁴. Como pasa con otras intervenciones sobre aspectos del estilo de vida y la conducta personal de los pacientes, su integración real en la asistencia habitual parece baja. Incluso en el medio hospitalario hay indicios que muestran el extraordinario impacto del alcohol en la mortalidad, reingresos no programados, prolongación de estancias y exceso de costes de la asistencia hospitalaria, lo que contrasta con la escasa importancia que se concede a la detección e intervención sobre estos problemas³⁵⁻³⁷. Se deberían desarrollar intervenciones sistemáticas de cribado e intervención, como se hace cada vez más para el tabaco.

Los programas de tratamiento para quien presenta criterios de dependencia parecen ser útiles para muchas personas, aunque hay controversia sobre su eficacia. Hay una diversidad de servicios en distintos países, desde los programas basados en el modelo de los 12 pasos (inspirado por Alcohólicos Anónimos y gestionado esencialmente por personas que han abandonado el consumo y han seguido algún entrenamiento), hasta los programas basados en un tratamiento especializado cognitivo-conductual; servicios residenciales, como unidades terapéuticas, y servicios de base ambulatoria. Comparar las distintas modalidades de tratamiento y valorar su efectividad es muy complejo.

Es frecuente que las personas que acuden a los servicios de tratamiento por abuso o

dependencia del alcohol lo hagan cuando ya padecen lesiones orgánicas irreversibles causadas por su consumo. Además, se registran altas tasas de abandono del tratamiento. Hay que mejorar la oferta de atención, favorecer la derivación activa, y trabajar para mejorar la coordinación con otros servicios.

El cribado y la intervención breve sobre el alcohol se han intentado implantar de forma sistemática en la atención primaria de salud en alguna CCAA, destacando los esfuerzos en Cataluña y Murcia para consolidar los programas *Beveu menys* y ARGOS^{38,39}. Es probable que en los próximos años esta estrategia siga creciendo, especialmente si se apoya su implantación. Por lo que respecta a la oferta de tratamiento, parece que ha crecido notablemente en España en las últimas décadas, aunque hay poca información publicada al respecto. El tratamiento no profesionalizado basado en la ayuda mutua que proporciona Alcohólicos Anónimos tiene un peso destacado, aunque poco estudiado⁴⁰. El tratamiento profesionalizado se ha desarrollado notablemente, aunque de forma desigual entre CCAA⁴¹. En algunas conforma una red propia y en otras está integrado en la de atención a las drogas; mientras en unas CCAA está básicamente conformado por centros de la red sanitaria de atención pública, en otras se basa en centros vinculados a organizaciones no gubernamentales con subvenciones públicas.

OTRAS POLÍTICAS

Los programas educativos para menores son invocados con frecuencia, aunque su efectividad se ha cuestionado y en el mejor de los casos parece modesta^{5,6}. Esta falta de efectividad podría deberse en algunos casos a un pobre diseño de los programas evaluados pero en otros podría ser debida a la ejecución mediocre o incompleta de un programa cuya eficacia ha sido demostrada⁴². Asimismo, hay acciones 'educativas' que son contraproducentes y la industria alcoholera propone campañas claramente ambivalentes (como hizo también en su día la industria tabaquera) con la complicidad de algunos responsables políticos.

Los intentos de modificar el contexto de consumo generando restricciones sociales (por ejemplo, designando un conductor abstemio) no han mostrado un impacto real en la reducción de lesiones, así como tampoco los programas que ofrecen transporte seguro⁵. Es posible que sean útiles para algunas personas pero que su cobertura real sea demasiado baja para poder tener un impacto que no sea marginal. No parece oportuno dedicar recursos públicos a estas actividades.

Las campañas de publicidad e información pública pueden ser de interés pero hay múltiples ejemplos de campañas erróneas con mensajes subliminales contraproducentes. Hay que tener en cuenta que la industria del alcohol invierte un volumen de recursos muy importante en promoción, mientras que los esfuerzos realizados para la prevención apenas alcanzan una pequeña proporción de los realizados para fomentar el consumo. Y que, además, muchas de las mejores agencias de publicidad tienen contratos con las grandes empresas que controlan el mercado de bebidas (algo que también sucedía en el caso del tabaco hasta que se prohibió su publicidad).

La regulación del etiquetado de las bebidas alcohólicas es otro aspecto potencialmente relevante⁴³. En España el etiquetado incluye el contenido de alcohol en proporción al volumen, a veces de forma poco visible. Sería deseable regular su visibilidad, incluir el contenido nutricional (especialmente el calórico) y advertencias sanitarias, como se hace en Francia.

¿QUÉ HACER? ¿QUIÉN APOYA Y QUIÉN SE OPONE A LA PREVENCIÓN?

Internacionalmente se están realizando progresos aglutinando a personas e instituciones clave, pero en nuestro país no hay una organización que cohesione a la sociedad civil interesada en la prevención, aunque algunos grupos han mostrado su compromiso e implicación en aspectos concretos. Así, analizando los intentos fallidos de regulación de 2002 y 2007 se aprecia que la mayoría de los actores interesados en la regulación preventiva se relacionan directamente con la salud, destacando algunos responsables en las administraciones (del campo de la Sanidad, también de Interior), diversos profesionales y asociaciones relacionados con las adicciones, la medicina y la salud pública (Socidrogalcohol, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria...) ⁴⁴. Hay que tener en cuenta que la complejidad del tema y su escasa visibilidad en la política de salud hace que muchas estructuras sanitarias no tengan una posición global explícita, de forma que en coexisten quienes tienen una visión clara de la problemática y de cómo mejorarla con quienes expresan creencias extendidas en la sociedad, banalizando el consumo y sus consecuencias y desconociendo el abanico de opciones de políticas preventivas así como la efectividad relativa de cada una. En estos episodios han sido visibles también otros actores, como las organizaciones de consumidores (Asocia-

ción de Usuarios de la Comunicación, Consejo de Consumidores y Usuarios de España), las organizaciones de padres y madres de alumnos (CONCAPA y CEAPA) y asociaciones que representan a las víctimas del alcohol o a sus familiares.

La industria de las bebidas alcohólicas desarrolla internacionalmente estrategias para aumentar sus beneficios incrementando sus ventas y en cada contexto formula alianzas y estrategias⁴⁵. Analizando la actuación en España de los actores contrarios a los intentos de regulación, los más visibles han sido las organizaciones de agricultores y bodegueros así como la patronal Federación Española del Vino (FEV) junto a la patronal de publicidad y los gremios de restauración y hostelería. Además de la oposición política al gobierno, desde la esfera institucional tanto el Ministerio de Agricultura como algunos gobiernos autónomos (de diverso color político) han recogido sus argumentos. En cualquier caso se ha producido una movilización general de todos los actores contrarios a la regulación, observándose que los interesados en mantener o incrementar el consumo del alcohol en España son poderosos, están bien organizados y cuentan con una red de alianzas considerable. Las tres principales patronales (del vino, la cerveza y los licores), además de formar parte de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE) a través de la Federación Española de Indus-

trias de la Alimentación y Bebidas, han creado organizaciones paralelas para reforzar su política de relaciones públicas y defender mejor sus intereses. Estas organizaciones adoptan la forma de entidades de investigación [Fundación para la Investigación del Vino y Nutrición, (FIVIN)] o información [Centro de Información Cerveza y Salud (CICS)] o incluso de organizaciones presuntamente orientadas a la prevención [Fundación Alcohol y Sociedad (FAS)]. En estas organizaciones pantalla suelen estar implicadas personalidades relevantes del ámbito profesional o académico, entre ellas alguna persona destacada de la medicina y la salud pública que luego ha aparecido en los medios en momentos de debate social sobre posibles regulaciones. Este problema se produce también internacionalmente. En el Reino Unido la influencia de la industria del alcohol y de sus aliados en los medios de comunicación mediante institutos de hipotética investigación quedaron de manifiesto recientemente con el escándalo de una fracasada iniciativa legislativa para la fijación de un precio mínimo para las bebidas alcohólicas⁴⁶. A pesar de la evidencia científica sobre los efectos favorables de esta medida, sobre todo en los jóvenes, hubo una intensa ofensiva de los grupos de interés para paralizarla con la implicación de uno de los responsables del *Institute of Economic Affairs* intentando desacreditar la validez científica de la medida, en línea con actividades previas del mismo instituto contrarias a las

Tabla 4
Una propuesta de tareas prioritarias para el movimiento de prevención

Documentar y difundir el daño que causa el alcohol a la sociedad.
Agrupar y coordinar a los actores clave favorables a la prevención.
Crear una red de comunicación para el movimiento de prevención.
Identificar las políticas prioritarias para la prevención.
Desarrollar de forma consensuada los contenidos de las políticas prioritarias y difundirlos.
Influir en los medios de comunicación y desarrollar referentes.
Convertirse en interlocutor de los poderes públicos.
Impulsar la aprobación por los poderes públicos de un Plan sobre el alcohol (y de planes autonómicos).
Identificar a los actores contrarios a la regulación y anticiparse a sus acciones.

Tabla 5

Valoración de la situación de diversas políticas públicas clave para la prevención de los daños causados por el alcohol y propuestas de mejora. España, 2013

Ejes temáticos	Situación en España y propuestas de mejora
Política fiscal y de precios	Política fiscal mejorable. Se propone incrementar la carga general del impuesto sobre el alcohol, incrementar la carga fiscal para la cerveza, y eliminar el tipo cero para el vino.
Regulación de la accesibilidad física y la disponibilidad del alcohol	Regulación de puntos de venta y espacios de consumo muy mejorable. Se propone la prohibición del consumo en la vía pública fuera de las terrazas de los establecimientos autorizados para el consumo. Se propone también reforzar la prohibición de la venta en comercios en horario nocturno. Prohibición de la venta a menores en todas las CCAA desde 2014.
Medidas sobre conducción de vehículos y alcohol	Regulaciones para la conducción satisfactorias, y aplicación creciente y efectiva. Posible revisión a la baja de los límites legales fijados.
Tratamiento e intervención precoz	Implantar y consolidar programas de cribado e intervención breve en la atención primaria de salud y otros entornos asistenciales. Consolidación de la red especializada de atención a los problemas de abuso y dependencia. Fomento de organizaciones y grupos de ayuda mutua de afectados y familiares. Ampliar la duración de la formación especializada en adicciones de los residentes de psiquiatría. Desarrollar un módulo estructurado de formación sobre alcohol para profesionales de atención primaria y ofrecerlo en las diversas CCAA.
Regulación de la promoción y publicidad	Prohibir la publicidad directa, indirecta y el patrocinio de bebidas alcohólicas y sus marcas.
Otras políticas públicas relevantes	Fomentar campañas de publicidad orientadas a reconocer los problemas relacionados con el alcohol y a estimular la busca de ayuda. Incluir advertencias gráficas en el etiquetado de las bebidas alcohólicas. Reducir la presencia del alcohol en actos y sedes institucionales. Garantizar la presencia de bebidas sin alcohol en los actos institucionales. Prohibir la realización de actos de la administración o financiados total o parcialmente por ella en que no se ofrezcan bebidas no alcohólicas y en que se ofrezcan bebidas de alta graduación.

medidas legislativas contra el tabaco y el alcohol^{47,48}. La industria del alcohol es poderosa y cuenta con el apoyo de académicos poco escrupulosos.

El abanico de sectores interesados en ampliar las políticas públicas preventivas del daño que causa el alcohol precisaría de una mayor cohesión y organización para avanzar. Para empezar, sería preciso contar con una base de información sanitaria compartida que cubra aspectos como el impacto del alcohol en la salud, la medida del consumo actual y sus tendencias así

como las iniciativas más eficaces para reducirlo. El Grupo de Trabajo sobre Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología (GTOH-SEE) está trabajando en esta dirección. También habrá que desarrollar un trabajo de sensibilización de la opinión pública para el que resulta crucial saber traducir el conocimiento científico al lenguaje de los medios de comunicación. Finalmente, hace falta crear una perspectiva política que pueda unir de forma transversal todo el espectro ideológico para poder afrontar con éxito este problema, y así evitar el patrón repetido de fracasos de

los últimos años. Cada vez que un gobernante responsable constata la existencia del problema y sus dimensiones e intenta formular una propuesta de regulación, es descalificada por la oposición ayudada por los medios de comunicación afines y por los sectores con intereses económicos contrarios a la regulación que dan a la controversia gran visibilidad pública. En la **tabla 4** se recoge un esquema de prioridades de actuación para mejorar las políticas públicas en un sentido preventivo en España, inspirada en propuestas previas pero elaborada a partir de esta revisión⁴⁹. De él se desprende una cierta priorización para la acción con un amplio abanico de opciones para mejorar. El emergente movimiento de prevención en este campo debería actuar de forma planificada y organizada para avanzar valorando las oportunidades en cada momento, de forma similar a como se hizo para el tabaquismo años atrás.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Framework for alcohol policy in the WHO European Region, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. Disponible en: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf
2. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
3. European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: World Health Organisation, 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf
4. Edwards G (Ed). Alcohol y salud pública. Barcelona: Prous; 1997.
5. Babor TF et al. Alcohol: no ordinary commodity (2nd ed). Oxford: Oxford University Press; 2010.
6. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health*. 2012; 132:128-34.
7. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009. 104: 179-90.
8. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health*. 2010. 100: 2270-78.
9. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 92/83/CEE relativa a la armonización de las estructuras de los impuestos especiales sobre el alcohol y las bebidas alcohólicas. Diario Oficial de las Comunidades Europeas número L316/21 de 3110-199.
10. Nelson JP. Alcohol advertising bans, consumption and control policies in seventeen OECD countries, 1975-2000. *Appl Econ*. 2010; 42 (7): 803-23.
11. Scally G. Crunch time for the government on alcohol pricing in England: backtracking on the minimum unit price pledge would be a public health disaster. *BMJ*. 2013; 346:f1784
12. Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*. 2010. 375:1355-64.
13. European Commission. Excise duty tables. Part I. Alcoholic beverages. Disponible en: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverages/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf
14. Meier PS, Purshouse R, Brennan A. Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction*. 2010; 105(3): 383-393.
15. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009. 373:2234-46.
16. Babor TF, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Rev Panam Salud Publica*. 2005. 18:327-37.
17. Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31:1-8.
18. Alvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

19. Villalbí JR, Pérez K. Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gac Sanit*. 2006; 20 (Supl 1):79-87.
20. Navarro Olivella P. Algunas lecciones de la seguridad vial. *El País*, 11 de mayo de 2012. Disponible en http://elpais.com/elpais/2012/05/01/opinion/1335872256_068603.html.
21. Servei Català de Trànsit. Anuari estadístic d'accidents a Catalunya 2010. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2011.p. 13.
22. Nota de prensa. Tráfico intensifica los controles de drogas y alcohol entre los conductores para reducir los accidentes de tráfico. Dirección General de Tráfico: Madrid: 10 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/interior/prensa/noticias>
23. Servei Català de Trànsit. Anuari estadístic d'accidents de trànsit a Catalunya 2011. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012.p. 10.
24. Font-Ribera L, Garcia-Continento X, Pérez A, Torres R, Sala N, Espelt A, Nebot M. Driving under the influence of alcohol or drugs among adolescents: the role of urban and rural environments. *Accid Anal Prev*. 2013; 60: 1-4.
25. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol*. 2009. 44:229-43.
26. Smith LA, Foxcroft DR. 2009. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*. 9: 51.
27. Saffer H, Dave D. Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents. *Health Econ*. 2006. 15:617-37.
28. De Bruijn A, van den Wildenberg E, van den Broeck A. Commercial promotion of drinking in Europe. Key findings of independent monitoring of alcohol marketing in five European countries. Utrecht: European Centre for Monitoring Alcohol Marketing; 2012.
29. Asociación de Usuarios de la Comunicación . Disponible en: www.auc.es.
30. Jackson MC, Hastings G, Wheeler C, Eadie D, Mackintosh AM. 2000. Marketing alcohol to young people: implications for industry regulation and research policy. *Addiction*. 2000. 95:S597-608.
31. Hastings G, Brooks O, Stead M, Angus K, Anker T, Farrell T. Failure of self regulation of effects of alcohol advertising. *BMJ*. 2010. 340:b5650.
32. Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R, Brennan A, O'Reilly D, Purshouse R, Taylor K. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion. Part A: systematic reviews. Sheffield: University of Sheffield; 2008.
33. Sánchez-Pardo L. La publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco II. Inversiones e inserciones publicitarias. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2005. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLa+publicidad+de+bebidas+alcoholicas+y+tabaco+Vol.+II.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220504633097&ssbinary=true>
34. Ornstein SM, Miller PM, Wessell AM, Jenkins RG, Nemeth LS, Nietert PJ. Integration and sustainability of alcohol screening, brief intervention, and pharmacotherapy in primary care settings. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013; 74: 598-604.
35. Bercault N, Boulain T. Mortality rate attributable to ventilator associated nosocomial pneumonia in an adult intensive care unit: a prospective case-control study. *Crit Care Med*. 2001;29: 2303-09.
36. de Wit M, Goldberg S, Hussein E, Neifel JP. Health care-associated infections in surgical patients undergoing elective surgery: are alcohol use disorders a risk factor? *J Am Coll Surg*. 2012; 215: 229-36.
37. Gili-Miner M, Béjar-Prado L, Gili-Ortiz E, Ramírez-Ramírez G, López-Méndez J, López-Millán JM, Sharp B. Alcohol use disorders among surgical patients: Unplanned 30-day readmissions, length of hospital stay, excessive costs and mortality. *Drug Alcohol Depend*. 2014;137: 55-61.
38. Segura García L, Gual Solé A, Montserrat Mestre O, Bueno Belmonte A, Colom Farran J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2006; 37: 484-90.
39. Zarco Montejo J. El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: SE MFYC; 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/AtencionPrimariaDrogas.pdf>
40. Alcohólicos Anónimos en su comunidad. Avilés: Oficina del Servicio General de la Conferencia de Alcohólicos Anónimos, 2009. Disponible en: <http://www.alcoholicos-anonimos.org>.

41. Suelves JM, Villalbí JR, Bosque-Prous M, Espelt A, Brugal MT. Tratamiento especializado del abuso o dependencia del alcohol. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88: (en prensa).
42. Ariza C, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Nebot M. La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: experiencias de programas en el medio escolar. *Gac Sanit*. 2011; 25 (Supl.1): 32-9
43. Martín-Moreno JM, Harris M, Breda J, Moller L, Alfonso-Sánchez JL, Gorgojo L. Enhanced labelling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. *Eur J Public Health*. 2013; 23(6): 1082-7.
44. Villalbí JR, Granero L, Brugal MT. Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 (Supl 1): 79-85.
45. Jahiel RI, Babor TF. Industrial epidemics, public health advocacy and the alcohol industry: lessons from other fields. *Addiction* 2007; 102: 1335–9.
46. Gornall J. Consultation on minimum price for alcohol was a sham, BMJ investigation shows. *BMJ*. 2014; 348: g72.
47. Snowdon C. Costs of minimum alcohol pricing would outweigh benefits. *BMJ*. 2014; 348: g1572.
48. Gornall J. Under the influence: author's response to criticism by Institute of Economic Affairs. *BMJ*. 2014; 348: g1563.
49. Villalbí JR, Rodríguez-Martos A, Jansà JM, Guix J. Políticas para reducir el daño causado por el consumo de alcohol: una aproximación desde la salud pública. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 741-3.