

**EL ALCOHOL EN EUROPA**  
**Una perspectiva de salud pública**

**Un informe para la Comisión Europea**

***Peter Anderson y Ben Baumberg***

**Institute of Alcohol Studies, Reino Unido**

**Junio 2006**

## Resumen

### Antecedentes del informe

Cuando la Comisión Europea preparaba su propia estrategia sobre alcohol para dar cobertura a todo el espectro de actividades que tienen lugar a nivel europeo, pidió un análisis sobre el impacto sanitario, económico y social del alcohol en Europa. Esto es lo que aporta el presente informe, que es una síntesis experta de revisiones publicadas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y artículos individuales, así como de un análisis de datos facilitados por la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud. El informe considera la política de alcohol *“al servicio de los intereses de la salud pública y el bienestar social a través de su impacto sobre la salud y determinantes sociales”*. Dicha política se integra en el marco de la salud pública y constituye un proceso para *“para movilizar los recursos locales, estatales, nacionales e internacionales que garanticen las condiciones necesarias para la salud de la población”*. A lo largo del informe se propone una terminología estandarizada basada en la empleada por la Organización Mundial de la Salud y la agencia especializada de las Naciones Unidas para temas de salud.

### Europa y el alcohol

Durante milenios, Europa ha producido y bebido alcohol, obtenido de cualquier material localmente disponible. Las bebidas alcohólicas se emplearon a menudo como medicina, una práctica que ha persistido hasta principios del siglo XX y el advenimiento de la Medicina moderna. Existían leyes sobre alcohol, habitualmente más destinadas a mantener el orden público o a regular el mercado que a proteger la salud pública. Sin embargo, el panorama cambió a raíz de una serie de transformaciones en la Europa medieval y moderna, que incluyen la industrialización, la mejora de las comunicaciones y el descubrimiento de las bebidas destiladas, más fuertes. Amplios movimientos de “temperancia” se extendieron a través de Europa durante los siglos XIX y principios del XX, impulsados por la preocupación con respecto a los licores, aunque a menudo derivaron en una oposición a todas las bebidas alcohólicas. En la mayoría de países, aunque no en todos, el movimiento abstencionista se fue difuminando posteriormente hasta ocupar una posición de escasa relevancia al final del siglo XX.

El concepto de “alcoholismo” como enfermedad también se desarrolló a lo largo del siglo XX, comportando la creación de asilos u hogares para tratar “alcohólicos”. En los últimos años, el “nuevo movimiento de salud pública” ha pasado a ser el paradigma dominante para discutir los problemas relacionados con el alcohol, ampliando así la discusión más allá del enfoque centrado en el pequeño subgrupo de “alcohólicos”. La Europa actual incluye una amplia gama de usos y significados del alcohol que van desde un complemento de las comidas familiares a un rito de paso, lo más frecuente. El consumo de alcohol se utiliza a menudo para dar realce a un acontecimiento o para separar el tiempo de trabajo del de ocio. La embriaguez es asimismo simbólica, aunque la expresión conductual de la “borrachera” – la forma en que la gente se comporta bajo los efectos del alcohol- varía de un país a otro.

## El alcohol y la economía de Europa

Europa ocupa un papel central en el mercado global de alcohol, constituyendo la fuente de una cuarta parte de la producción mundial de alcohol y más de la mitad de la del vino. El comercio se concentra aún más en Europa, estando la UE (Unión Europea) involucrada en el 70% de las exportaciones y en casi la mitad de las importaciones de alcohol en el mundo. Aunque la mayor parte de este comercio se realiza entre países europeos, el comercio del alcohol contribuye con alrededor de 9 billones de euros al balance de mercancías de la UE en su conjunto.

Es difícil establecer el valor del **contrabando** en la UE, aunque el *European High Level Group on Fraud* (Grupo Europeo de Alto Nivel sobre el Fraude) estimó que se habían perdido 1.5 billones de euros por este concepto, en 1996. Las diferencias de precios juega un papel prioritario en el nivel de **compras legales transfronterizas**, que permiten a los individuos introducir legalmente alcohol procedente de países más baratos. Al menos 1 de cada 6 turistas regresa de sus viajes al extranjero con bebidas alcohólicas, con una media superior a los 2 litros de alcohol puro por persona, en algunos países.

El **papel económico de la industria alcoholera** es considerable en muchos países europeos. Los impuestos del alcohol en la Europa de los 15 (UE15)<sup>1</sup> sumaron 25 billones de euros en el año 2001<sup>1</sup>, excluyendo las tasas de venta y otras contribuciones pagadas en la cadena de suministros – a pesar de que 1,5 billones de euros son reembolsados a los suministradores en concepto de la Política Agrícola Comunitaria. Debido a la relativa falta de elasticidad de la demanda de alcohol, el nivel medio de impuestos constituye un predictor mucho mejor de los ingresos gubernamentales por dicho concepto que el nivel de consumo del país.

El alcohol se relaciona también con **buena parte del empleo**, incluyendo más de setecientos cincuenta mil puestos de trabajo relacionados con la producción (sobre todo de vino). El alcohol genera también empleo en la cadena de distribución, por ejemplo, en bares o establecimientos. Sin embargo, el tamaño de la industria no es necesariamente un buen reflejo del impacto económico de las políticas de alcohol. Las tendencias del consumo no presentan, por ejemplo, correlación directa con las tendencias del número de puestos del trabajo en áreas relacionadas, tales como hoteles, restaurantes y bares, lo que sugiere un efecto relativamente débil de los cambios sobre el consumo. Una reducción del gasto en bebidas alcohólicas liberaría, por otra parte, fondos para ser gastados en otras áreas, dependiendo el impacto económico de la naturaleza exacta de la nueva inversión. Aunque se requiere mayor investigación en este campo, la evidencia disponible del sector del alcohol y otros sugiere que un descenso en el consumo no debería conducir necesariamente a una pérdida de empleo en la economía, globalmente considerada.

El coste total tangible del alcohol para la sociedad de la UE, calculado a partir de la revisión de los estudios existentes, fue estimado en 125 billones de euros (79 billones de euros - 220 billones de euros) para el año 2003. Esta cifra equivale al 1,3% del PIB y es aproximadamente igual al valor recientemente calculado para el tabaco. Los costes intangibles indican el valor que las personas otorgan al dolor, sufrimiento y pérdida de vida que sobrevienen debido a los daños sobre la salud, los delitos y

<sup>1</sup> Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

problemas sociales causados por el alcohol. En 2003, estos costes se estimaron en, 270 billones de euros, oscilando las cifras, según el método de estimación empleado entre 150 billones de euros y 760 billones de euros. Aunque estas estimaciones incluyen diversas áreas de la vida humana en las que el alcohol tiene un impacto, existen otras áreas de las que no existe estimación alguna, dada la imposibilidad de obtener datos. De forma análoga, mientras existen estimaciones de los beneficios del alcohol para la salud y la pérdida de vida (valorados de forma intangible), no existe investigación alguna que permita evaluar los beneficios sociales.

## El consumo de alcohol en Europa

Europa es la *región del mundo donde se consume más alcohol*, a pesar de que los 11 litros de alcohol puro bebidos por cada adulto y año siguen representando una sustancial caída desde el reciente pico de consumo de 15 litros, a mediados de los “70”. En los últimos 40 años, hemos asistido también a una armonización de los niveles de consumo en la UE15, con aumentos en la Europa Central y del Norte entre 1960 y 1980, coincidiendo con un descenso consistente en la Europa del Sur. El consumo medio en la Europa de los 10 (UE10)<sup>22</sup> está asimismo más próximo al consumo de la UE15 que nunca, aunque persiste una sustancial variación dentro de la UE10. La mayor parte de europeos consumen bebidas alcohólicas, pero 55 millones de adultos (15%) se abstienen; teniendo en cuenta este hecho y el consumo no registrado, el consumo por bebedor alcanza los 15 litros por año.

Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de **cerveza** (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%). Dentro de la UE15, los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que el sur de Europa bebe sobre todo vino (aunque España puede ser una excepción). Éste es un fenómeno relativamente nuevo, observándose, dentro de la UE15, una tendencia a la armonización en los últimos 40 años. En la mayor parte de la UE15, alrededor del 40% de las **ocasiones de consumo** se concentran en la **cena**, aunque, en los países del sur, es mucho más probable consumir alcohol a la hora del almuerzo que en otras regiones. Mientras que existe también un gradiente norte-sur en el nivel de **consumo diario**, la **frecuencia de consumo** no diaria (por ej. beber varias veces por semana, pero no cada día) parece ser más común en la Europa Central y se observa una reciente armonización dentro de la UE15.

**Beber hasta la embriaguez** es una conducta que varía a través de Europa. En los países del sur, se refieren embriagueces mensuales con menor frecuencia que en otros países. Esta pauta se atenúa cuando lo que se investiga es el “*binge-drinking*” (“consumo en atracones”), una medida de consumo referida a beber por encima de un cierto número de bebidas en una sola ocasión de consumo. Esto sugiere que existen diferencias sistemáticas en la disposición de la gente para informar sobre sus eventuales intoxicaciones y acerca de la extensión de una “sola ocasión” de consumo. Los estudios sobre los “atracones” también indican excepciones ocasionales con respecto a la pauta norte-sur, sugiriendo que Suecia tiene una de las tasas más bajas de *binge-drinking* de la UE15. En conjunto, los adultos de la UE15 informan haberse intoxicado una media de 5 veces al año, pero haberse “atracado” (5 o más consumiciones en una sola ocasión) 17 veces. Esto equivale a 40 millones de ciudadanos de la EU15 consumiendo “de forma excesiva” todos los meses y 100 millones (1 de cada 3) incurriendo en un “atracón” al menos una vez al mes. Aunque

<sup>2</sup> Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia y República Checa.

se dispone de mucha menos información sobre la EU10 es muy inferior, los datos existentes sugieren que parte del consumo de vino está siendo reemplazado por licores y que la frecuencia de consumo es inferior a la de la EU15, siendo en cambio más frecuentes los “atracones”.

En tanto que 266 millones de adultos consumen hasta un máximo de 20 g (mujeres) o 40 g (hombres) al día, 58 millones de adultos (15%) superan este nivel, rebasando 20 millones de ellos (6%) los 40g (mujeres) o 60 g (hombres) al día. Si nos fijamos en la adicción más que en los niveles de consumo, podemos estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una **dependencia alcohólica** en cualquier año aisladamente considerado.

En todas las culturas estudiadas, los **hombres tienen siempre mayor probabilidad que las mujeres** de consumir alcohol y, si lo hacen, de beber más que ellas. Esta diferencia se amplía cuando se trata de conductas de riesgo. Si bien muchas mujeres dejan el alcohol cuando están embarazadas, un número significativo de ellas (25%-50%) continúa bebiendo, algunas a un nivel perjudicial. Los patrones de consumo pueden analizarse también según el **nivel socio-económico (NSE)**, siendo menos probable que la población de menor NSE beba alcohol. Sin embargo, el panorama es complejo, mostrando algunas de las medidas una tendencia opuesta para hombres y mujeres, observándose asimismo una mayor probabilidad de intoxicaciones y de desarrollar una dependencia en los bebedores de bajo NSE.

Casi todos **los estudiantes de 15-16 años** (>90%) han bebido alcohol alguna vez en la vida. La edad media de inicio se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez, en los 14 años. La cantidad media consumida en una sola ocasión por los adolescentes de 15-16 años supera los 60 g de alcohol y se aproxima a los 40 g en los países del sur de Europa. Uno de cada 8 (13%) adolescentes de 15-16 años se ha embriagado más de 20 veces en su vida y más de 1 de cada 6 (18%) ha incurrido en un “atacón” (5 o más consumiciones en una sola ocasión) tres o más veces en el último mes. Aunque en dos países se observó una mayor frecuencia de episodios de embriaguez en chicas que en chicos por vez primera en el año 2003, los chicos continúan bebiendo más y embriagándose con mayor frecuencia que las chicas, con escasa reducción de la distancia absoluta entre ellos. La mayor parte de países acusan un incremento del consumo “en atracones”, en los chicos, entre 1995-1999 y 1999-2003. Casi todos los países indican un aumento análogo en el caso de las chicas (resultados similares se hallan en los países excluidos del estudio ESPAD, usando otros datos). Como trasfondo de esta tendencia general, se observa un incremento del “consumo en atracones” y de la embriaguez a lo largo y ancho de la UE en el periodo 1995-1999, seguido de una tendencia mucho más ambigua entre 1999 y 2003.

## Impacto del alcohol sobre los individuos

Si bien el consumo de alcohol comporta momentos placenteros, el alcohol también aumenta el riesgo de un amplio abanico de **daños sociales**, generalmente dependiendo de la dosis; es decir, a mayor consumo, mayor riesgo. El daño producido por el **consumo de terceros** abarca desde las molestias vecinales, tales como alterar el descanso nocturno, hasta consecuencias más graves como la violencia doméstica, el maltrato infantil, el delito, la violencia o el homicidio. En general, cuanto mayor es el nivel de consumo, más graves son los delitos o lesiones. El volumen del consumo de alcohol, su frecuencia y el volumen y frecuencia de los episodios de consumo copioso

aumentan, todos ellos y de forma independiente, el riesgo de violencia. A menudo, aunque no siempre, el consumo copioso modula el impacto del volumen de consumo sobre el daño.

Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, inclusive lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. En la mayor parte de casos, el alcohol aumenta el riesgo de enfermedad de forma paralela a la dosis; a mayor consumo, mayor riesgo. En algunas enfermedades, tales como la cardiomiopatía, el síndrome de distrés respiratorio agudo y las miopatías, el daño parece ser sólo el resultado de un consumo de alcohol elevado sostenido. Sin embargo, incluso con elevados niveles de consumo, el riesgo y gravedad de dichas patologías aumenta de forma paralela a la dosis consumida. Así, la frecuencia y volumen del consumo copioso episódico son particularmente importantes para el incremento del riesgo de lesiones y de determinadas enfermedades cardiovasculares (enfermedad cardíaca coronaria y apoplejía).

En pequeñas dosis, el consumo de alcohol reduce el riesgo de **enfermedad cardíaca coronaria**, aunque todavía se discute la dimensión exacta de la reducción del riesgo y el nivel de consumo alcohólico en el que aparece la máxima reducción. Los estudios más rigurosos, que contemplan otros factores, encuentran una menor reducción del riesgo que los estudios de peor calidad e indican que dicha reducción del riesgo sobreviene a un nivel de consumo inferior. La mayor parte de la reducción del riesgo puede conseguirse con un consumo medio de 10 g de alcohol (una bebida estándar; p. ej., un vaso de vino) cada dos días. Por encima de los 20 g de alcohol (dos consumiciones) al día – el nivel de consumo asociado al riesgo más bajo – aumenta el riesgo de enfermedad coronaria. A edades muy avanzadas, la reducción del riesgo es menor. La reducción del riesgo coronario debe atribuirse principalmente al propio alcohol más que a un tipo específico de bebida. Existe cierta evidencia de que una baja dosis de alcohol puede reducir el riesgo de la demencia de origen vascular, la litiasis biliar y la diabetes, aunque estos hallazgos no son consistentes entre estudios.

El **riesgo de muerte** por alcohol es el resultado del balance entre el riesgo de enfermedades y lesiones favorecidas por el alcohol y el riesgo de enfermedad cardíaca (sobre todo en las personas mayores), que el alcohol reduce, a dosis bajas. Este balance indica que, al menos en el Reino Unido, el nivel de consumo de alcohol con el menor riesgo es de cero o próximo a cero, para las mujeres menores de 65 años, e inferior a los 5 g de alcohol puro al día, para las de 65 años o más. Para el hombre, el nivel de consumo con el mínimo riesgo de muerte es cero antes de los 35 años, en torno a los 5 g al día en la edad mediana, e inferior a los 10 g al día a los 65 o más años (probablemente, se aproxima de nuevo al cero en edades muy avanzadas).

La salud de los bebedores excesivos se beneficia de la reducción o supresión del consumo de alcohol. Incluso en el caso de enfermedades crónicas como la cirrosis hepática o la depresión, la reducción o supresión del consumo se asocia a rápidas mejorías.

## Impacto del consumo de alcohol en Europa

El alcohol impone una significativa carga sobre diversos aspectos de la vida humana en Europa, descritos de manera genérica como “daños para la salud” y “daños sociales”. Siete millones de adultos refieren haberse involucrado en **peleas cuando bebían**, durante el pasado año. A partir de la revisión de un pequeño número de estudios de costes nacionales, se ha estimado que el coste económico de los delitos atribuibles al alcohol fue de 33 billones de euros para la UE, en el año 2003. Este coste se reparte entre policía, juzgados, prisiones (15 billones de euros), gastos en prevención de delitos y administración de seguros (12 billones de euros) y daños a la propiedad (6 billones de euros). Los daños a la propiedad debidos a la conducción bajo los efectos del alcohol se han valorado en 10 billones de euros y se calcula que los costes intangibles en concepto de las consecuencias físicas y psicológicas del delito alcanzan los 9-37 billones de euros.

Se estima que unos 23 millones de europeos dependen del alcohol en un determinado año, con el consiguiente dolor y sufrimiento para los miembros de la familia, que redundan en un impacto intangible estimado en 68 billones de euros. Es más difícil valorar el daño a nivel laboral, aunque casi un 5% de los hombres bebedores y un 2% de las mujeres que beben en la UE15 refieren un impacto negativo de su consumo de alcohol en el trabajo o estudios. A partir de la revisión de costes nacionales, la pérdida de productividad debida al absentismo y desempleo atribuibles al alcohol se ha estimado en 9-19 billones de euros y 6-23 billones de euros, respectivamente.

Desde el **punto de vista de la salud**, el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año en la UE, aunque también se ha estimado que retrasa 160.000 muertes en las personas de más edad, principalmente a través de su efecto cardioprotector en mujeres que fallecen después de los 70 años. Debido a problemas metodológicos, ésta es probablemente una sobreestimación del número de muertes demoradas. Una estimación más exacta sería probablemente 115.000 muertes causadas en personas de hasta 70 años, lo que evitaría la mayor parte del efecto preventivo sobreestimado. Estas cifras se calculan tomando como referencia una situación de no consumo de alcohol; el efecto neto sería muy superior si la comparación se refiriera al consumo con el menor nivel de riesgo. Este problema se reduce midiendo el impacto del alcohol a partir de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que revela que el alcohol es responsable del 12% de las muertes prematuras y discapacidad, en los hombres, y del 2%, en las mujeres, tras controlar los beneficios para la salud. Ello convierte al alcohol en el tercero entre veintiséis factores de riesgo de la mala salud en la UE, superando al sobrepeso/ obesidad y sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial.

El impacto sobre la salud se observa en una amplia gama de afecciones, inclusive las 17.000 muertes anuales debidas a accidentes de tráfico (1 de cada 3 fallecimientos del tráfico rodado), 27.000 muertes accidentales, 2.000 homicidios (4 de cada 10 asesinatos y homicidios), 10.000 suicidios (1 de cada 6), 45.000 muertes por cirrosis hepática, 50.000 muertes por cáncer (de las que 11.000 son cáncer de mama), así como 200.000 episodios de depresión, que también representan 2,5 millones de AVAD. El coste estimado de tratar estos problemas de salud es de 17 billones de euros, 5 de ellos invertidos en la prevención y tratamiento del consumo perjudicial de alcohol y la dependencia alcohólica. La vida perdida puede calcularse bien como pérdida de potencial productivo (36 billones de euros, excluyendo los beneficios para la salud), bien en términos de valor intangible de la propia vida (145-712 billones de euros, tras controlar los beneficios para la salud).

**Los jóvenes** soportan una parte desproporcionada de esta carga, debiéndose al alcohol más el 10% de la mortalidad de las mujeres jóvenes y en torno al 25% de la de los jóvenes varones. Poco sabemos acerca de la dimensión del daño social en los jóvenes, aunque el 6% de los estudiantes de 15-16 años de la UE refieren peleas y el 4%, sexo no protegido en relación con su propio consumo de alcohol.

Comparando **entre países**, el alcohol juega un papel considerablemente mayor en la reducción de la esperanza de vida en la UE10 que en la UE15, estimándose una tasa bruta de muertes atribuibles al alcohol de 90 (hombres) y 60 (mujeres) por 100.000.

**Dentro de un mismo país**, muchas de las dolencias subyacentes a las desigualdades de salud están asociadas al alcohol, aunque la afección concreta puede variar (p.ej., la cirrosis en Francia y las muertes violentas en Finlandia). La mala salud en las áreas deprivadas también aparece vinculada al alcohol; la investigación sugiere que la mortalidad directamente atribuible al alcohol es más elevada en las áreas deprivadas, por encima de lo que puede explicarse por las desigualdades a nivel individual.

Muchos de los daños derivados del consumo de alcohol son sufridos por **personas distintas al propio bebedor**. Aquí se incluyen 60.000 nacimientos con bajo peso, así como el 16% del maltrato o abandono infantil y 5-9 millones de niños que viven en familias con problemas de alcohol. El alcohol afecta asimismo a otros adultos, inclusive las 10.000 muertes estimadas de tráfico en personas distintas al conductor intoxicado y una considerable proporción de los delitos atribuibles al alcohol, que afectan a terceras personas. También el coste económico es pagado en parte por otras personas o instituciones, debiendo incluirse aquí una buena parte del coste estimado para los delitos (33 billones de euros), los sistemas de salud (17 billones de euros) y el absentismo (9-19 billones de euros).

Tanto los experimentos naturales como los análisis de series temporales indican que la carga del alcohol para la salud se relaciona con **cambios en el consumo**. Estos cambios reflejan sobre todo la conducta de los bebedores con mayores consumos (el 10% de los bebedores con un consumo más elevado son responsables, en la mayor parte de países, del tercio o la mitad del consumo total), pero también conectan con la tendencia más amplia de las poblaciones de modificar sus niveles de consumo de forma colectiva. A nivel de la población general, variaciones de un litro en el consumo de alcohol tienen un impacto máximo en los países del norte de la UE15, con menor consumo *per capita*, aunque dicho impacto sigue siendo significativo en la Europa del Sur para la cirrosis, los homicidios (sólo en hombres), los accidentes y la mortalidad global (sólo en varones). Si bien se ha argumentado que la mayor repercusión de las variaciones de consumo en la Europa del Norte reflejaría la cultura de consumo “explosivo” imperante en dichos países, también podría reflejar el mayor porcentaje de cambio que representa una variación de un litro en los países nórdicos, poco consumidores. En conjunto, se ha estimado que la reducción de un litro en el consumo disminuiría la mortalidad total masculina en torno al 1% en la Europa del Sur y al 3% en la Europa del Norte.

### Evaluación de las distintas opciones de política de alcohol

Entre las **políticas para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol** más efectivas cuentan el control sin restricciones (aleatorio) de alcoholemias, la reducción de la tasa legal de alcoholemia, la suspensión del permiso de conducir y la alcoholemia legal más baja para los jóvenes conductores. La limitada evidencia disponible no aporta impacto alguno de los programas de conductor designado o

conducción segura. Los dispositivos de bloqueo de arranque pueden constituir una medida preventiva, pero en tanto que medida aplicada a los infractores con alcoholemia positiva, sólo actúan mientras están colocados en el vehículo. La Organización Mundial de la Salud ha calculado el impacto y coste de los controles aleatorios de alcoholemias comparándolos con la ausencia de control; su aplicación en la Unión redundaría en la evitación de 11.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste de 233 millones de euros al año.

El impacto de las medidas que promueven la **educación, comunicación, formación y conciencia pública** es bajo. Aunque el alcance de los programas educativos escolares puede ser elevado, dada la disponibilidad de las audiencias cautivas en la escuela, el impacto poblacional de dichos programas es escaso debido a la ausencia o limitación de su actual efectividad. Sin embargo, existen recomendaciones acerca de cómo mejorar la efectividad de los programas escolares. Por otra parte, los programas de los medios de comunicación juegan un papel especial a la hora de reforzar la conciencia social sobre los problemas derivados del consumo de alcohol y preparan el terreno para intervenciones específicas.

Existe una fuerte evidencia de la efectividad de las políticas destinadas a **regular el mercado del alcohol** para reducir el daño producido por el alcohol. Los impuestos por alcohol son particularmente importantes a la hora de incidir sobre los jóvenes y el daño por alcohol en todos los países. Si la política impositiva se orientara a un aumento del precio del alcohol de un 10% en la UE15, se ahorrarían 9.000 muertes en el año subsiguiente; una estimación sugiere, además, que se generaría una ganancia aproximada de unos 13 billones de euros en concepto de impuestos. La evidencia también indica que cuanto más se amplía el horario para la venta de alcohol, mayores son los daños por violencia. La Organización Mundial de la Salud ha evaluado el impacto que podría tener la menor disponibilidad de alcohol por parte de los establecimientos minoristas por un periodo de 14 horas cada semana; aplicando esta estimación a la Unión, se estima una evitación de 123.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste de implementación de 98 millones de euros al año. Es probable que la restricción del volumen y el contenido de las **comunicaciones comerciales** de las bebidas alcohólicas redujera el daño. La publicidad tiene un impacto especial por lo que respecta a promover actitudes favorables al consumo entre los jóvenes. La experiencia cuestiona la efectividad de la autorregulación de las comunicaciones comerciales por parte de la industria alcoholera. La Organización Mundial de la Salud ha calculado el impacto que tendría una prohibición de la publicidad; aplicada a la Unión, se estima que se evitarían 202.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste estimado de implementación de 95 millones de euros al año.

Existe una evidencia creciente del impacto de las estrategias que alteran el **contexto del consumo** sobre la reducción del daño por alcohol. No obstante, estas estrategias se refieren sobre todo al consumo en bares y restaurantes y su efectividad depende de un adecuado cumplimiento. Por ejemplo, aprobar una ley acerca de la edad mínima para poder beber alcohol, tendrá escaso efecto, si dicha ley no viene respaldada por una amenaza creíble de perder la licencia, en caso de repetida venta a menores por parte de un establecimiento. Este tipo de estrategias son aún más eficaces cuando vienen respaldadas por programas de prevención comunitarios.

Existe una extensa evidencia del impacto del **consejo breve**, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, por lo que respecta a reducir el consumo perjudicial de alcohol. La Organización Mundial de la Salud ha calculado el impacto y el coste de proporcionar un consejo breve desde la atención primaria de salud al 25% de la población de riesgo; aplicando esta estimación a la Unión, se calcula que la

intervención breve evitaría 408.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste de 740 millones de euros al año.

Aplicando los modelos de la Organización Mundial de la Salud y en contraposición a la ausencia de políticas, **la implementación de un amplio paquete de políticas y programas efectivos** (controles de alcoholemias aleatorios, política impositiva, acceso restringido, prohibición de publicidad y consejo breve) *a nivel de toda la Unión Europea* costaría a los gobiernos europeos 1,3 billones de euros (alrededor del 1% de todos los costes tangibles del alcohol para la sociedad y sólo en torno al 10% de los ingresos esperados como consecuencia de un 10% del aumento del precio del alcohol en concepto de impuestos en los países de la UR15). Se estima que dicho paquete de medidas evitaría 1,4 millones de años de discapacidad y muerte prematura, aproximadamente un 2% de toda la discapacidad y muerte prematura de la Unión Europea.

### Política de alcohol global y europea

Las **obligaciones legales internacionales** más prominentes que afectan a la política de alcohol son el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), que se refiere a mercancías, y el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS). La experiencia pasada nos muestra que la Organización Mundial del Comercio (OMC) dará prioridad a la salud sobre el comercio, en algunas circunstancias (por ej., prohibición de las importaciones de asbesto), aunque, para ser mantenidas, las políticas deben superar una serie de pruebas estrictas.

Sin embargo, en la práctica, ha sido la **ley de comercio de la Unión Europea (UE)** la que, con diferencia, ha tenido una mayor repercusión sobre la política de alcohol. La mayoría de casos relacionados con el alcohol derivan de la aplicación de la regla del “tratamiento nacional” de los impuestos, lo que significa que los estados tienen prohibido discriminar – directa o indirectamente- a favor de productos domésticos frente a aquellos procedentes de otros países de la UE. No caben excepciones a esta regla por motivos sanitarios, lo que implica una cierta restricción, por parte de los países, a la hora de diseñar su política impositiva. En cambio, el cada vez más influyente **Tribunal Europeo de Justicia** ha apoyado sin ambages prohibiciones de publicidad en Cataluña y Francia, aceptando que “de hecho, es innegable que la publicidad actúa como una incitación al consumo”.

Una antigua aspiración de la UE son los aranceles estandarizados, que reducirían las distorsiones del mercado, cuyas amplias diferencias en las tasas de los impuestos entre países vecinos generan una elevada cantidad de compras en el extranjero. Ello comporta una pérdida de ingresos para el país con impuestos más elevados, que se ve presionado a reducirlos, como ha ocurrido en algunos países nórdicos. La producción de bebidas alcohólicas, en forma de vino, recibe anualmente una ayuda equivalente a 1,5 billones de euros a través de la **Política Agrícola Común (PAC)**. La importancia política y económica de estos subsidios y especialmente los problemas de los productores de vino, dificultan los avances desde una perspectiva de salud pública.

El organismo internacional más activo en el tema del alcohol ha sido la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, cuya oficina europea ha emprendido varias iniciativas para reducir el daño relacionado con el alcohol en sus 52 Estados Miembros. Entre ellas se incluyen el Marco para una Política de Alcohol en la Región Europea, la Carta Europea sobre Alcohol y dos conferencias ministeriales, que confirmaron la necesidad

de una política de alcohol (ampliada a una política de salud pública) desarrollada sin interferencias de intereses comerciales o económicos.

Si bien la propia UE no puede aprobar leyes con el simple objetivo de proteger la salud humana (los Estados Miembros no han conferido este poder a las Instituciones Europeas), algunas políticas referidas al mercado interior pueden incorporar sustanciales intereses sanitarios, tales como la cláusula sobre la publicidad de alcohol incluida en la **Directiva sobre la Televisión Sin Fronteras**. Por lo demás, la actuación de la UE sobre el alcohol ha sobrevivido con “leyes blandas” en forma de resoluciones no vinculantes y recomendaciones urgiendo a los Estados Miembros a actuar de una determinada manera.

### Política de Alcohol de los Estados Miembros

Todo país de la Unión Europea (UE) tiene una serie de leyes y otras políticas que colocan al alcohol al margen de otras mercancías comercializadas en su territorio, a menudo por motivos de salud pública. A pesar de la ubicuidad de las políticas de alcohol, casi la mitad de países de la UE todavía no poseen un **plan de acción o un organismo que coordine la política de alcohol**. Aún así, la mayor parte de países tienen programas para un aspecto de la política de alcohol, siendo los más comunes los **programas de educación escolar**. Todos los países tienen asimismo algún tipo de **restricciones relativas al alcohol y la conducción**, habiendo adoptado todos los países, salvo el Reino Unido, Irlanda y Luxemburgo, el límite de alcoholemia máxima permitida recomendado por la Comisión Europea (0,5 g/l). Sin embargo, muchos conductores europeos creen que la probabilidad de ser detectado es muy baja y un tercio piensa que nunca le harán una determinación de alcohol en aire espirado, aunque esta percepción de impunidad es inferior en países donde se realizan controles aleatorios.

En la mayor parte de países de la UE **las ventas de alcohol** están sujetas a algunas restricciones, en general a través de licencias y en algún caso a través de monopolios de la venta al por menor; a menudo existen restricciones respecto del lugar de venta. Más de un tercio de los países (y algunas regiones) limitan las **horas de venta**, en tanto que unos pocos países tienen asimismo restricciones respecto a los días de venta o a la densidad de los establecimientos minoristas. Todos los países prohíben la **venta de alcohol a menores** por debajo de cierto límite de edad en bares y *pubs*, aunque cuatro países carecen de política sobre la venta de alcohol a menores en comercios. La edad legal para la venta de alcohol varía dentro de Europa, tendiendo los países nórdicos a tener un límite de 18 años y, los del sur, de 16 años.

El nivel de control del **márketing del alcohol** varía según el tipo de actividad mercantil. Los anuncios de cerveza en televisión están sujetos a restricciones legales (más allá de las restricciones de contenido) en más de la mitad de Europa, con una prohibición total en cinco países. En 14 países, está prohibido anunciar bebidas destiladas por televisión. En cambio, la publicidad en vallas publicitarias y prensa escrita no está tan regulada, careciendo de controles uno de cada tres países (sobre todo en la UE10). Las restricciones más débiles se dan en el **patrocinio deportivo**, legalmente restringido sólo en once países.

Otro rasgo común a todos los países europeos es la **fiscalidad** de las bebidas alcohólicas, aunque las tasas varían notablemente de un país a otro. Un buen ejemplo es el vino, exento de impuestos en casi la mitad de los países, aunque uno de cada cinco tenga una tasa de impuestos superior a 1.000 €, ajustado por poder adquisitivo.

En general, la fiscalidad efectiva media más elevada se da en los países del norte de Europa y, la más baja, en los países del sur y en algunos de la Europa Central y del Este. Cuatro países han introducido también una **tasa sobre las “alcopops”** (bebidas de diseño) desde el año 2004, que parece haber redundado en una reducción subsiguiente del consumo.

Si se combinan las diferentes áreas políticas para construir una **sola escala**, se observa una amplia variación en cuanto al rigor de la política de alcohol, que va desde los 5,5 puntos (Grecia) hasta los 17,7 (Noruega), con una media de 10,8, dentro de un rango de 0-20. Las políticas de alcohol menos rigurosas se dan en los países del sur y en algunas partes de la Europa Central y Oriental y, las más estrictas, en los países nórdicos. Sin embargo, la puntuación no desciende de forma homogénea de norte a sur (Francia tiene una puntuación elevada). En cualquier caso, el panorama de la política de alcohol actual es muy distinto del que se observaba hace cincuenta años, con unos niveles globales de política mucho más parecidos. Esto es en gran parte debido al incremento del nivel de la política de alcohol en muchos países, sobre todo en el área de la conducción, existiendo en todos los países un límite legal de alcoholemia. El control del marketing, la edad legal para comprar alcohol y las estructuras públicas capaces de elaborar una política de alcohol son asimismo mucho más comunes en el año 2005 que en 1950.

## CONCLUSIONES

### El alcohol y la economía de Europa

#### Conclusión 1

El comercio del alcohol contribuye, con alrededor de 9 billones de euros, **al saldo de mercancías** de la Unión Europea en su conjunto, sin que este comercio se vea necesariamente afectado por las políticas europea y domésticas para reducir el daño por alcohol.

#### Conclusión 2

Los **ingresos derivados de la tributación del alcohol**, una importante fuente de ingresos (25 billones de euros en el año 2001 en los países de la antigua UE15), se deben más al nivel impositivo que al nivel global de consumo de alcohol.

#### Conclusión 3

Un descenso en el consumo no conduciría necesariamente a una **pérdida de puestos de trabajo** en el conjunto de la economía y podría no comportar siquiera un amplio cambio en el nivel de empleo de algunos sectores ligados al alcohol, tales como restaurantes y bares.

### Los costes sociales del alcohol

#### Conclusión 4

Los **costes tangibles del alcohol** para la Unión Europea fueron estimados en 125 billones de euros, en el año 2003, incluyendo 59 billones de euros estimados por **pérdida de productividad** en concepto de absentismo, desempleo y pérdida de años de vida laboral por muerte prematura.

#### Conclusión 5

Los **costes intangibles del alcohol** (describen el valor que la gente otorga al sufrimiento y vida perdida) para la Unión Europea fueron estimados en 270 billones de euros, en el año 2003.

### El consumo de alcohol en Europa

#### Conclusión 6

Aunque todavía son evidentes las **diferencias** entre países en cuanto a niveles y patrones de consumo, éstas son inferiores a las de hace 40 años, existiendo en el conjunto de Europa muchas más similitudes en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas de lo que se suele suponer. En los años "90", se incrementó el **consumo en atracones por parte de los adolescentes** en la mayoría de países, con una tendencia variable en los últimos años.

#### Conclusión 7

La embriaguez es una importante causa de lesiones – inclusive las violentas- en toda Europa, incluidos los países del sur.

#### Conclusión 8

El lugar en que uno vive, dentro de Europa, sigue siendo un determinante principal del daño producido por el alcohol.

## Alcohol y Salud

### Conclusión 9

El alcohol es un **determinante de salud**, responsable del 7,4% de toda la discapacidad y muerte prematura de la Unión Europea.

### Conclusión 10

El alcohol causa daños a **terceros**, contabilizándose cada año en Europa unos 60.000 nacimientos de bajo peso, 5-9 millones de niños que viven en familias negativamente afectadas por el alcohol y 10.000 muertes de tráfico entre personas distintas al conductor intoxicado.

### Conclusión 11

El alcohol es causa de **desigualdades sociales**, tanto dentro de un mismo Estado como entre los Estados Miembros, generando un exceso de mortalidad de 90 por 100.000 hombres y de 60 por 100.000 mujeres en los nuevos países de la UE10, comparados con la antigua UE15.

## Alcohol y política gubernamental

### Conclusión 12

Los gobiernos tienen la **responsabilidad** de intervenir en el mercado y se **benefician** de ello; por ejemplo, se estima que el incremento de un 10% en el precio del alcohol en la UE 15 aportaría 13 billones de euros adicionales en concepto de impuestos por alcohol, durante el primer año.

### Conclusión 13

Las **intervenciones educativas**, que presentan escasa efectividad para reducir el daño por alcohol, no constituyen una alternativa a **medidas reguladoras del mercado** de alcohol, que tienen el máximo impacto en la reducción del daño, inclusive entre los bebedores jóvenes y los de mayor consumo.

## El alcohol y la política europea

### Conclusión 14

**Las continuadas diferencias** en la política de alcohol a través de Europa, tales como los niveles impositivos, merman la capacidad de los distintos países para implementar políticas efectivas.

### Conclusión 15

A veces, se falla a favor de la legitimidad de políticas diferentes entre Estados Miembros, en aras de la **protección de la salud pública**. Así, en el año 2004, el Tribunal Europeo falló en favor de la ley de publicidad francesa.

## RECOMENDACIONES

### I. Definición de bebida alcohólica

Definición de bebida alcohólica		Actor pertinente
I.1.	Las políticas públicas deben definir el concepto de bebida alcohólica de manera uniforme para toda la Unión Europea. Un buen punto de partida podría ser la definición de un mínimo contenido alcohólico a efectos tributarios (0,5% por volumen) .	(I) Inst. Europ. <sup>3</sup>

### II. Creación de la base de evidencias

Recomendaciones para la investigación		Actor pertinente
II.1.	Habría que establecer y financiar infraestructuras europeas que asumieran la investigación sobre el alcohol a través de estudios de colaboración transfronterizos.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región <sup>4</sup>
II.2.	Habría que establecer y financiar infraestructuras europeas que revisaran y diseminaran los principales resultados de la investigación sobre política de alcohol a través, por ejemplo, de registros y bases de datos. La evidencia científica debería traducirse en políticas fáciles de entender y estrategias prácticas difundidas a través de guías y paquetes de instrumentos.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
II.3	Habría que establecer y financiar programas de investigación sobre alcohol a largo plazo, con cargo a fondos públicos.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM/región
II.4	Habría que desarrollar la capacidad de investigación sobre políticas de alcohol a través de programas de formación profesional.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
Recomendaciones para la información		Actor pertinente
II.5.	Habría que establecer y financiar un Centro Europeo de Monitorización del Alcohol (CEMA), con profesionales homólogos radicados en cada país	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
II.6.	La importancia de incluir indicadores de alcohol (referidos al consumo, al daño y las políticas, y a las respuestas programáticas, dentro de la lista de los Indicadores de Salud de la Comunidad Europea) debería ser subrayada ante el Grupo de Trabajo sobre Indicadores de Salud de la UE.	(I) Inst. Europ.
II.7.	Habría que establecer programas de vigilancia sobre alcohol a fin de disponer de datos comparables y analizables a través de Europa.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
II.8.	Habría que establecer y mantener una base de datos europea sobre leyes y reglamentaciones, así como sobre programas y políticas efectivas a nivel europeo, de los Estados Miembros y municipal.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal <sup>5</sup>

<sup>3</sup> Instituciones Europeas

<sup>4</sup> Estados Miembros y regiones dentro de los estados Miembros

<sup>5</sup> Municipios

### III. Preparación e implementación de estrategias financiadas y planes

Recomendaciones para estrategias y planes de actuación		Actor pertinente
III.1.	Habría que consolidar un mecanismo europeo y un punto focal para la política de alcohol dentro de la Comisión Europea, contando con personal adecuado y recursos financieros, a fin de poder supervisar el desarrollo de la política europea de alcohol y la implementación de la Estrategia Comunitaria sobre alcohol.	(I) Inst. Europ.
III.2.	Habría que establecer o reforzar y financiar adecuadamente mecanismos de coordinación y puntos focales de política de alcohol, a todos los niveles de actuación, y financiarlos adecuadamente.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal
III.3.	Habría que formular e implementar planes de actuación sobre el alcohol, con objetivos y estrategias claramente definidos.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal
III.4.	Habría que establecer un sistema de patrocinios previsible para organizaciones, programas y recursos humanos implicados en la reducción del daño por alcohol. Habría que analizar la viabilidad y conveniencia de reservar una parte de los impuestos del alcohol (impuesto hipotecado) para financiar las organizaciones y recursos mencionados.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal
III.5.	Habría que promover el apoyo a las medidas de política de alcohol entre la población civil y la sociedad política, a partir de campañas de sensibilización y otras iniciativas.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal
III.6.	Habría que preparar informes regulares sobre el alcohol, haciéndolos accesibles para una amplia audiencia pública.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal

### IV Otras políticas y actuaciones; colaboración transfronteriza

Recomendaciones para la evaluación del impacto y la acción colectiva		Actor pertinente
IV.1.	Quienes elaboran las políticas de salud y los consultores deberían monitorizar los riesgos inherentes al proceso de liberalización del mercado y deberían garantizar que los asuntos de salud sean tenidos en cuenta en las negociaciones comerciales, tanto a nivel global como europeo.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM/región
IV. 2.	Habría que llevar a cabo estudios analíticos y de viabilidad para determinar cuál es el momento óptimo para actuar en política de alcohol, a nivel europeo y global, y de qué modo puede reforzarse la colaboración entre países respecto a la política de alcohol.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
IV.3.	Habría que aportar más recursos para realizar minuciosas evaluaciones del impacto de las políticas y actividades de la comunidad europea (incluida la política agrícola) sobre los daños y costes asociados al alcohol.	(I) Inst. Europ.

## V. Reducción de la conducción bajo los efectos del alcohol

Recomendaciones sobre alcohol y conducción		Actor pertinente
V.1	Habría que introducir un límite máximo de alcoholemia de 0,5 g/l en toda Europa, sin que los países que poseen límites inferiores debieran aumentarlos.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
V.2.	Habría que introducir un límite inferior (0,2 g/l) para conductores jóvenes, conductores del servicio público y de vehículos con mercancías pesadas; los países con límites más bajos no deberían incrementarlos.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
V.3.	Habría que introducir en toda Europa controles de alcoholemia sin restricciones, empleando etilómetros equivalentes y con un estándar homologado.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
V.4.	Habría que implementar en toda Europa sanciones comunes con claridad y rapidez del castigo y una gradación de sanciones, al menos en función del nivel de alcoholemia.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
V.5.	Habría que implementar en toda Europa programas de educación viaria, de rehabilitación y de tratamiento vinculados a sanciones y basados en guías y protocolos elaborados de acuerdo con la evidencia científica.	I) Inst. Europ. (II) EEMM/región
V.6.	La actuación sobre el alcohol y la conducción debería venir respaldada por una campaña paneuropea.	I) Inst. Europ
V.7.	Las campañas de conductor designado existentes deberían ser evaluadas respecto a su impacto en la reducción de accidentes de tráfico relacionados con el alcohol y las muertes, como condición previa a la financiación e implementación de nuevas campañas.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
V.8.	Habría que implementar una formación adecuada y efectiva de la industria hostelera y de los camareros, a fin de reducir el riesgo de conducir bajo los efectos del alcohol.	(III) Municipal
V.9.	Para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, habría que implementar programas educativos y movilizaciones comunitarias de amplio alcance, incluyendo planificación urbana e iniciativas de transporte público.	(III) Municipal

## VI. Apoyo a la educación, la comunicación, la formación y la conciencia pública

Recomendaciones sobre educación y sensibilización pública		Actor pertinente
VI.1	Los programas escolares no deberían aplicarse de forma aislada, como una medida de política de alcohol o con el solo propósito de reducir el daño por alcohol, sino más bien como una estrategia destinada a reforzar la conciencia de los problemas creados por el alcohol y para preparar el terreno para intervenciones específicas y cambios de política.	(II) EEMM / región (III) Municipal
VI.2.	Habría que proveer fondos para evaluar el diseño e impacto de aquellos programas basados en el individuo que se han mostrado prometedores.	(II) EEMM/ región (III) Municipal
VI. 3.	Habría que acometer amplios programas educativos, empezando en la primera infancia, para informar a los jóvenes de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad, así como de las medidas efectivas que pueden adoptarse para prevenir o minimizar el daño.	(II) EEMM / región (III) Municipal
VI.4.	Los programas de tipo educativo, importados de otro país o cultura, deberían evaluarse en el nuevo entorno antes de implementarlos ampliamente.	(II) EEMM / región (III) Municipal
VI.5.	Las campañas mediáticas deberían utilizarse para informar y aumentar la concienciación de los ciudadanos respecto a la implementación de iniciativas políticas.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal

## VII. Etiquetado para el consumidor

Recomendaciones sobre el etiquetado		Actor pertinente
VII.1.	Los envases de bebidas alcohólicas deberían llevar advertencias determinadas por organismos sanitarios, describiendo los efectos perjudiciales del alcohol cuando se conduce o manejan máquinas y durante el embarazo, así como cualquier otro mensaje que se estime adecuado.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
VII.2	Los envases de productos alcohólicos y su etiquetado no deberían promover el consumo induciendo a probable error acerca de sus características ni incitando, directa o indirectamente, a los menores a consumir.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región

## VIII. Políticas que regulan el mercado del alcohol

Recomendaciones sobre tasas, compras transfronterizas y contrabando		Actor relevante
VIII.1.	El nivel mínimo de impuestos de todas las bebidas alcohólicas debería aumentar de acuerdo con la inflación y al menos debería ser proporcional al contenido alcohólico y cubrir los gastos externos del alcohol, según lo que se determine a partir de una metodología consensuada y estandarizada.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
VIII.2	Los Estados Miembros deberían conservar la flexibilidad de utilizar los impuestos para combatir determinados problemas que puedan surgir en relación con bebidas alcohólicas específicas, tales como las que resultan atractivas para los jóvenes.	(II) EEMM / región
VIII.3.	Los productos alcohólicos deberían ser comercializados definiendo su origen y movimientos en el mercado, de forma que permitan estimar el valor del contrabando de alcohol a, y dentro de, la UE.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
VIII.4.	Los estados Miembros deberían tener la flexibilidad de limitar las ventas individuales transfronterizas a fin de no disminuir el impacto de su política impositiva actual.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región

<b>Recomendaciones sobre la edad mínima para comprar alcohol y sobre disponibilidad, en general</b>		<b>Actor relevante</b>
VIII.5	Habría que implementar un sistema mínimo de licencias para la venta de productos alcohólicos en toda Europa, respetando el sistema de licencias donde sea más severo.	I) Inst. Europ. (II) EEMM / región (III) Municipal
VIII.6.	Habría que prohibir la venta de productos alcohólicos a personas por debajo de la edad límite establecida por la ley nacional o doméstica, o bien por debajo de los 18 años, aplicando aquélla de las dos edades que sea más elevada.	(II) EEMM / región
VIII.7.	Aquellas jurisdicciones que regulen los establecimientos a través de su número, densidad, localización, horas y días de venta, deberían procurar no relajar sus reglamentos. Las jurisdicciones que carezcan de tales regulaciones o cuyo alcance sea muy limitado, deberían analizar su impacto o reforzarlas.	(II) EEMM / región (III) Municipal
VIII.8.	Habría que implementar un abanico de sanciones de gravedad creciente, tales como la retirada de la licencia o el cierre temporal o definitivo, a los vendedores y distribuidores que infringieran las normas relevantes, a fin de asegurar su cumplimiento.	(III) Municipal
<b>Recomendaciones sobre comunicación comercial</b>		<b>Actor relevante</b>
VIII.9.	Habría que implementar unas bases uniformes para la comunicación comercial en toda Europa, a partir de la reglamentación existente en los Estados Miembros, con un incremento a largo plazo de la prohibición de publicidad en televisión y cine; supresión de los patrocinios y limitación de los mensajes e imágenes publicitarios, que deben circunscribirse a la calidad del producto.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
VIII.10.	Habría que reforzar el artículo 15 de la Directiva Televisión Sin Fronteras, tanto en cuanto al contenido como al volumen de los anuncios, y debería encargarse un análisis de su cumplimiento en todos los Estados Miembros	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región
VIII.11.	Allá donde exista una autorregulación adoptada por la industria alcohólica o mercantil, ésta debería ser monitorizada y adjudicada por un organismo independiente de las industrias alcohólica y mercantil.	(I) Inst. Europ. (II) EEMM / región

## **IX. Reducción del daño en el entorno de consumo**

<b>Recomendaciones para el entorno del consumo</b>		<b>Actor relevante</b>
IX.1.	La planificación urbanística, las estrategias comunitarias, la regulación y restricciones de licencias, la política de transporte y la gestión de los lugares de consumo y su entorno, deberían servir para minimizar los efectos negativos derivados de la intoxicación alcohólica, especialmente para los residentes locales.	(III) Municipal
IX.2.	Habría que implementar una formación efectiva y adecuada de la industria hostelera y de los camareros a fin de reducir las consecuencias de la intoxicación y los patrones de consumo perjudiciales.	Industria alcohólica
IX.3.	Habría que implementar una adecuada vigilancia y aplicación de la legislación de licencias y ventas de alcohol, especialmente dirigidas a establecimientos asociados a un mayor nivel de problemas.	(III) Municipal
IX.4.	Para crear un entorno de consumo más seguro y reducir el daño producido por el alcohol, habría que implementar proyectos comunitarios de movilización ciudadana e intervención bien financiados y que involucraran sectores y socios diversos.	(III) Municipal

**X. Consejo para abordar el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y la dependencia alcohólica**

<b>Recomendaciones relativas al consejo</b>		<b>Actor relevante</b>
X.1.	Habría que desarrollar e implementar directrices integradas, basadas en la evidencia, para la aplicación del consejo breve a bebedores con un consumo peligroso y perjudicial de alcohol, en distintos entornos, a fin de armonizar al alza la calidad y accesibilidad de la asistencia.	(II) EEMM / región (III) Municipal
X.2.	Habría que desarrollar e implementar programas de formación y apoyo para la aplicación del consejo breve a bebedores con un consumo peligroso y perjudicial de alcohol, en distintos entornos, a fin de armonizar al alza las habilidades de los proveedores de atención primaria.	(II) EEMM / región (III) Municipal
X.3.	Habría que facilitar los recursos necesarios para garantizar una amplia disponibilidad y accesibilidad de programas para la identificación y consejo de bebedores con un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y con dependencia alcohólica.	(II) EEMM / región (III) Municipal