

## OBJETIVO 17

**REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS PSICOACTIVAS**

*Para el año 2000, el consumo de sustancias perjudiciales para la salud que producen dependencia, tales como alcohol, tabaco y drogas psicoactivas, debería haberse reducido sensiblemente en todos los estados miembros.*

**Joan R. Villalbí**

*Director de Relaciones y Recursos. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona*

**M<sup>a</sup> Teresa Brugal**

*Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona*

**Lluís Torralba**

*Director. Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona*

**Ricard Armengol**

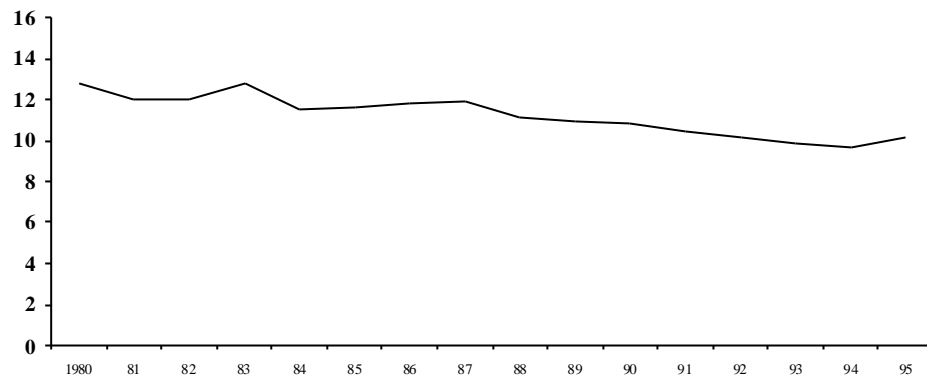
*Gerente. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona*

**1. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE INDICADORES**

La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo ha compilado periódicamente los indicadores apropiados para la evaluación de los objetivos de Salud Para Todos en el año 2000 en España; desgraciadamente la última revisión disponible en el momento de redactar este manuscrito es algo antigua y corresponde a la formulada en 1993 (1). Sin embargo, se ha podido acceder a datos más actualizados mediante la página *web* del Ministerio ([www.msc.es](http://www.msc.es)), así como a través de documentos del Plan Nacional sobre Drogas (2), que se presentan a continuación y sustentan las reflexiones y propuestas que se formulan.

**1.1. ALCOHOL**

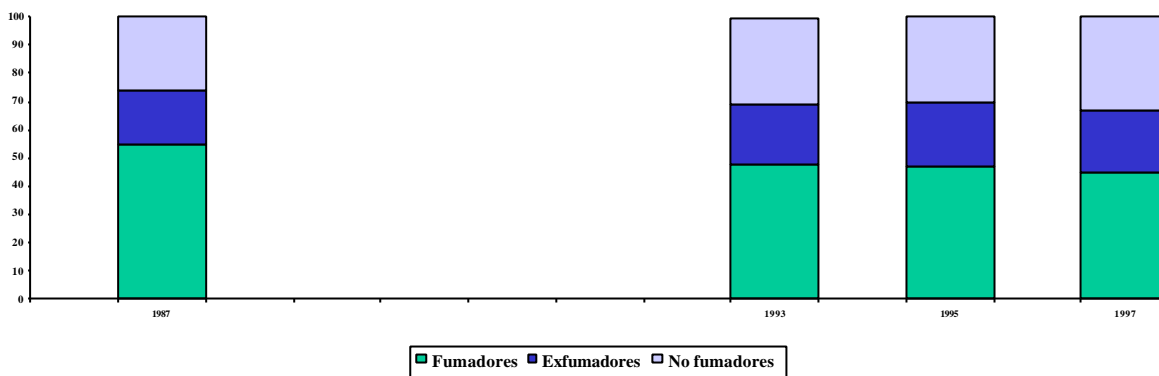
Entre 1980 y 1995 el consumo per cápita de alcohol puro en España se redujo notablemente, aunque en 1996 se incrementó (Gráfico 33). La proporción de población que se proclama abstinencia ha mostrado oscilaciones, sin que se aprecie un patrón claro en su evolución (la validez de este indicador no es probablemente óptima). Los años potenciales de vida perdidos atribuibles al alcohol se incrementaron hasta 1990 por efecto de los accidentes de tráfico, para descender después. El conjunto de la mortalidad atribuible ha registrado una clara disminución, debida en buena parte al descenso continuado de la mortalidad por cirrosis hepática, y reforzada por la disminución de los accidentes de tráfico desde 1990.



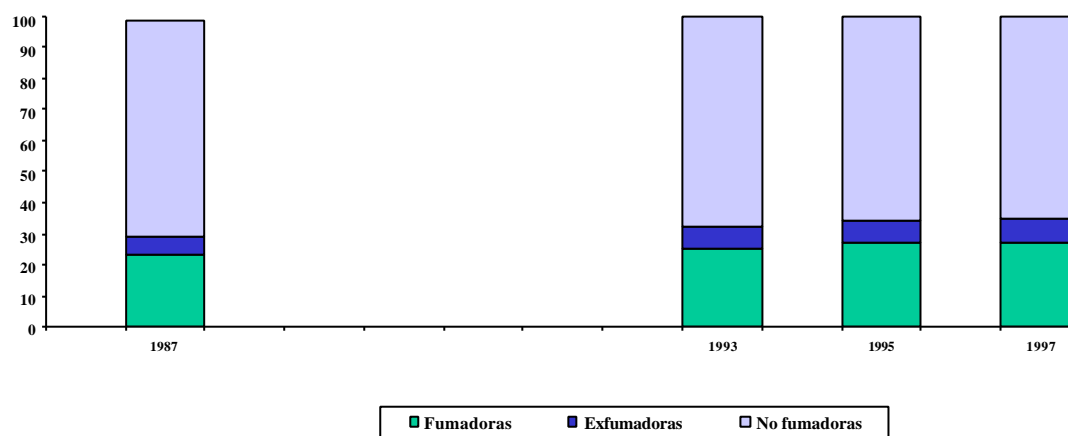
Fuente: World Drink Trends, elaborado por la Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

Gráfico 33  
Consumo de alcohol (litros de alcohol puro per cápita). España, 1980-95

Varones

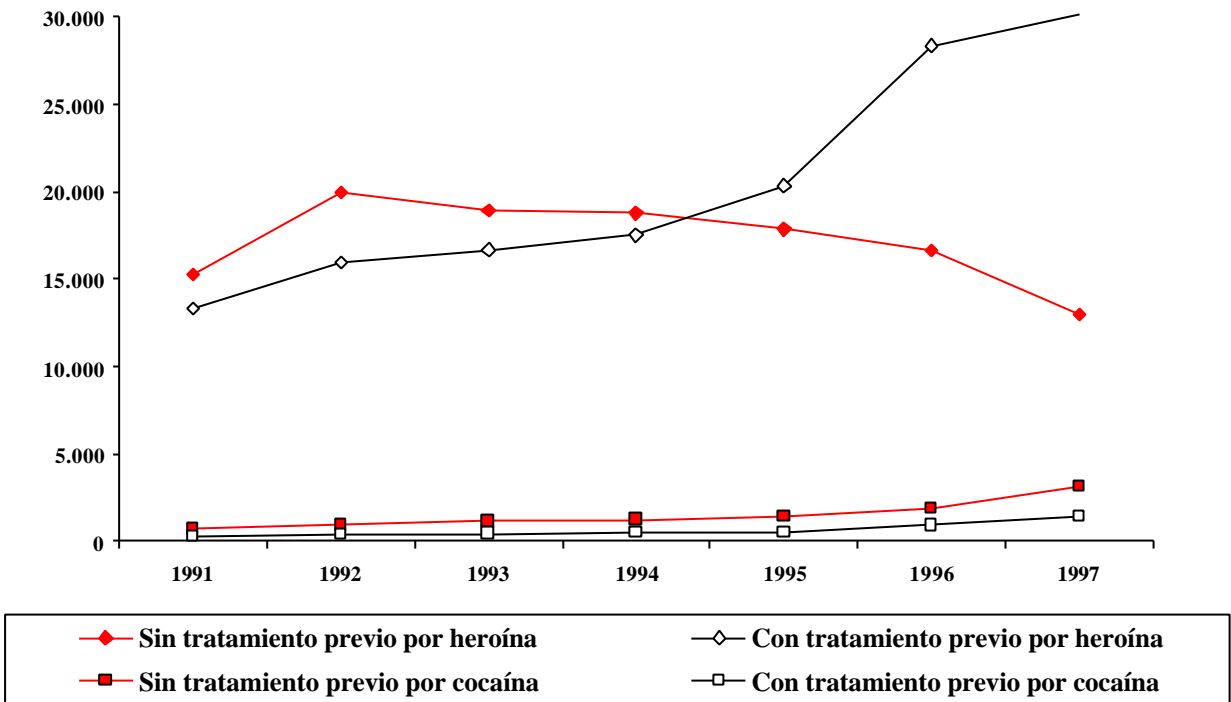


Mujeres



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987, 1993, 1995 y 1997. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo.

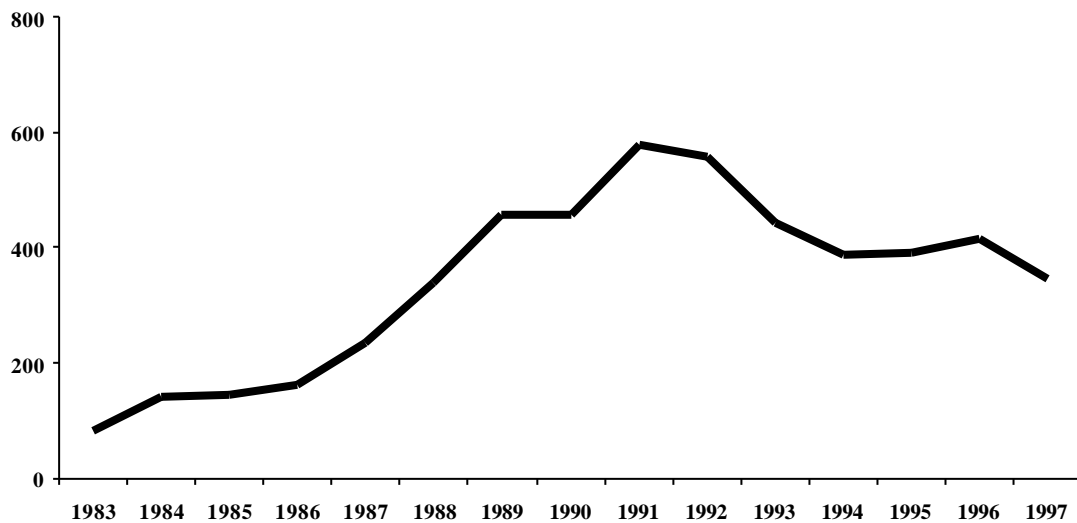
Gráfico 34  
Prevalencia del tabaquismo por género. España, 1987-97



Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior, 1998.

Gráfico 35

Inicios de tratamiento por heroína y cocaína notificados según existencia de tratamiento previo. España, 1991-97



Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior, 1998.

Gráfico 36

Mortalidad por reacción adversa aguda a drogas en seis ciudades. España, 1983-97

## 1.2. TABACO

En España, entre 1980 y 1995, el consumo anual de cigarrillos ha pasado de 2.500 a 2.250 por habitante. Entre 1987 y 1997, la prevalencia de fumadores en España en la población mayor de 15 años ha pasado del 38% al 35,7%. Este modesto descenso se desglosa en una disminución para los varones (del 55% al 44,8%) y un incremento en las mujeres (del 23% al 27,2%) (Gráficos 34 y 35). Las muertes atribuibles al tabaquismo han pasado de 37.259 en 1978 a 46.226 en 1992 (3). El cáncer de pulmón muestra un incremento sostenido a lo largo del período, y sus dimensiones son tan importantes que provocan un incremento de la mortalidad global por cáncer.

## 1.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS FARMACÉUTICAS

No disponemos de un sistema de información integral sobre el consumo de estos fármacos, pero la Dirección General de Farmacia dispone de datos sobre el gasto del Sistema Nacional de Salud por grupos terapéuticos. En el momento de redactar este manuscrito, los últimos datos accesibles corresponden aún al año 1993 (1): a lo largo de estos años se han producido cambios importantes en la oferta de psicofármacos en el mercado español.

## 1.4. OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

Los indicadores para valorar el consumo de otras sustancias adictivas se derivan de indicadores indirectos, que miden aspectos colaterales del problema pero proporcionan una idea de su efecto sobre la salud, aunque tardío. A finales de los años ochenta se construyó el Sistema Español de Información sobre Toxicomanías (SEIT), que durante una década ha proporcionado datos de elevada validez para controlar el fenómeno y servir de apoyo a la toma de decisiones (2). Desgraciadamente, la continuidad del SEIT parece estar actualmente en cuestión.

## 2. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN

El conjunto de indicadores de consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas constituye un volumen de datos demasiado amplio para encajar en este breve informe. Muchos de los datos que reflejan sus consecuencias en la salud se presentan en otras secciones de este mismo volumen. En general, la disponibilidad de información para la planificación y evaluación ha mejorado mucho a lo largo de estos años. Se comenta a continuación la evolución de los condicionantes del consumo o de sus consecuencias sobre la salud.

No se han desarrollado a fondo políticas específicas de control del tabaco y el alcohol durante este período para España. Sin embargo, diversos condicionantes que influyen en el consumo de estas sustancias adictivas se han visto afectados por la evolución de la situación económica o por cambios relacionados con las normativas de la Unión Europea (4). Destaca la armonización fiscal del tabaco, las normativas sobre etiquetado de cigarrillos o sobre contenido máximo de alquitrán, la prohibición de la publicidad de tabaco en la TV, y la Directiva Europea sobre publicidad de tabaco que entrará en vigor a partir del año 2001. La combinación de la armonización fiscal con la recesión económica produjo una cierta disminución del consumo de tabaco juvenil a mediados de los noventa, pero datos más recientes cuestionan su permanencia.

No se han realizado a gran escala acciones de información y sensibilización pública, ni de ampliación de los recursos de ayuda a los afectados: sin embargo, han surgido numerosas iniciativas locales o autonómicas valiosas, aunque con escasa coordinación. No se han abordado políticas de control de la oferta como las adoptadas en otros países. Se ha progresado en la limitación de los daños producidos por el alcohol en el campo del consumo de alcohol y la conducción de vehículos de motor (con la adopción de los controles de alcoholemia y el descenso de los niveles aceptables de alcoholemia en conductores), aunque su aplicación efectiva por los agentes de tráfico parece aún poco sistemática.

En general, las políticas de prevención de las consecuencias negativas del consumo de alcohol han estado ausentes de los planes de salud, que en cambio han hecho mayor hincapié al tabaco o a otras sustancias adictivas. De hecho, algunas comunidades autónomas han mostrado notables niveles de compromiso y de capacidad de innovación, especialmente en lo referido al control de la venta a menores, restricción de la promoción de tabaco y alcohol y ampliación de espacios sin humo; sin embargo, la industria ha reaccionado con presteza, superando los obstáculos parciales. La presión de la promoción del tabaco sobre los adolescentes es probablemente hoy superior a la existente años atrás, y la industria ha burlado las normativas sobre publicidad del tabaco y alcohol en TV mediante técnicas como el *product placement*

en programas televisivos o el uso de marcas de cigarrillos aplicadas a otros productos (gafas For Sun, Ducados Music, ...), sin una respuesta clara del sector sanitario.

Por lo que respecta a las drogas de uso no institucional, desde mediados de los años ochenta el consumo de heroína creció y se convirtió en uno de los principales problemas de salud pública del país (3) además de tener otros efectos devastadores sobre el tejido social. Los iniciales abordajes represivos de este problema, condicionados por su imagen social, dificultaron una respuesta más sanitaria. El Sistema Nacional de Salud no estructuró una red de recursos asistenciales hasta años más tarde, y en diversas comunidades autónomas todavía está fragmentada, separada de la red asistencial general y con financiación frágil (5).

En los últimos años y como consecuencia de los estragos causados en la población por las sobredosis (o indirectamente por la epidemia de vih/sida), se ha iniciado la expansión de programas de reducción de riesgos, con claras diferencias territoriales (6). Entre ellos destacan los programas de tratamiento con metadona, posibilitados por un cambio de la regulación del uso de esta sustancia en 1992, así como la ampliación de los programas de intercambio de jeringas y otras actividades de reducción de riesgo entre usuarios activos de drogas por vía intraparental. Actualmente se aprecia una disminución importante en la mortalidad (Gráfico 36). Probablemente hay un menor uso de la heroína, especialmente por vía parenteral, y en cambio emergen los efectos adversos del uso de la cocaína. En parte de España parece que está emergiendo el consumo de *crack*.

### 3. PROPUESTAS

#### 3.1. PROPUESTAS PARA EL ALCOHOL

El consumo moderado de alcohol no parece tener efectos adversos sobre la salud. Sin embargo, el consumo problemático depende del consumo global. Sería ilusorio confiar en que acciones sobre la oferta permitieran el control total del problema, pero es innegable que en nuestro país la presión de la oferta y la promoción del consumo juegan un papel importante. Se propone desarrollar políticas integrales para reducir los problemas relacionados con el alcohol, que además de la ayuda a las personas con problemas de consumo, incluyan acciones sobre la oferta. Entre ellas, se plantea fijar una edad mínima para comprar bebidas alcohólicas o para entrar en establecimientos donde se consume alcohol (parece de interés separar el inicio de la experimentación con el alcohol del inicio de la conducción de vehículos de motor), fomentar incrementos de precio y fiscales (está demostrado que reducen el consumo), y reducir el acceso a las bebidas alcohólicas (limitar los establecimientos y horarios en que puede venderse) (7). Estas políticas deben gestionarse de modo apropiado para prevenir los daños causados por el alcohol; la promulgación de normas no es suficiente para garantizar su cumplimiento.

Un aspecto que se deriva de estas políticas es su aplicación a evitar la influencia del alcohol sobre la conducción de vehículos u otras actividades que pueden comportar riesgos (límites de alcoholemia al conducir o en horario de trabajo, venta en lugares de trabajo o en establecimientos situados en autopistas o gasolineras). También son deseables acciones de información al público —y acciones educativas—, ampliando los espacios de encuentro y las actividades sociales sin alcohol, así como controlar las acciones de promoción de las bebidas alcohólicas que fomentan su abuso por los jóvenes.

Con relación al Sistema Nacional de Salud, se debe garantizar la formación apropiada de los profesionales sobre cómo identificar a sus pacientes con un consumo problemático de alcohol. Además, han de estar capacitados para ayudar a pacientes —sin dependencia pero con un consumo excesivo— a reducir su riesgo, y para ayudar a los pacientes con dependencia alcohólica a afrontarla solicitando atención especializada. El Sistema Nacional de Salud debe consolidar la red para el tratamiento del alcoholismo, aún precaria en muchos aspectos, de forma integrada con el conjunto de recursos del Sistema. La problemática asociada a las personas a las que el alcohol ha llevado a situaciones extremas de marginalidad necesita un abordaje integrado desde los servicios sociales y los sanitarios. Es importante reconocer que una proporción de profesionales sanitarios sufre dependencia del alcohol y necesitan ayuda apropiada, que las corporaciones profesionales pueden conducir con tacto.

#### 3.2. PROPUESTAS PARA EL TABACO

Con relación al tabaco, no es posible definir un uso sin riesgos, y las políticas han de dirigirse a evitar su consumo, aunque pueda plantearse la disminución de riesgos en aquellos fumadores con elevada dependencia a la nicotina que no se ven capaces de dejar de fumar. Las estrategias que se proponen van dirigidas a evitar el inicio del consumo en los adolescentes. Sus líneas principales son el control de la

publicidad y promoción del tabaco, incrementar el precio del tabaco y los impuestos que lo gravan, velando por un mayor control del contrabando, restringir la venta de tabaco a mayores de 18 años y erradicar su venta mediante máquinas automáticas. Hay que ampliar los espacios sin humo para proteger la salud ante los efectos de la exposición al humo ambiental de tabaco, con especial referencia a espacios donde hay niños, medios de transporte y centros sanitarios y educativos.

Los profesionales sanitarios deben contar con formación para ayudar a sus pacientes que lo desean a dejar de fumar, y las opciones de tratamiento farmacológico eficaces han de estar disponibles, aunque hoy en España sólo las precise una minoría de fumadores. A medio plazo es deseable segmentar el abordaje del tabaquismo, pues muchos fumadores con mayor dependencia que no consiguen dejar de fumar pueden beneficiarse de tratamientos sustitutivos con nicotina orientados a la reducción de riesgos. Deben iniciarse políticas activas para ayudar a dejar de fumar a los profesionales sanitarios que lo desean, en la línea de lo realizado por algunas corporaciones profesionales con ayuda de la administración sanitaria. Hay cinco aspectos de las políticas sobre el tabaco que se detallan más adelante.

La Directiva Europea sobre Publicidad del Tabaco de 1998 debe entrar en vigor antes de julio de 2001. Corresponde al Gobierno Español transponerla a la legislación nacional, y debe hacerlo de una forma rigurosa, que proteja a los ciudadanos. En particular, hace falta una regulación exigente de la normativa sobre puntos de venta y sobre la publicidad de productos que utilizan marcas de tabaco.

Se recomienda un cambio en el tratamiento fiscal del tabaco, con una mayor carga de impuestos lineales que produzcan elevaciones disuasorias de su coste. Se recomienda también que la recaudación sea finalista para los servicios sanitarios y sociosanitarios, y que una fracción del 0,7% se destine a financiar acciones de prevención del tabaquismo. También se recomienda que se saque el tabaco de la lista de productos que se utilizan para calcular el IPC, de modo que el incremento de precios del tabaco no tenga efectos negativos sobre la política económica.

Creemos que debe regularse con claridad la venta de tabaco para garantizar el control de la venta a menores. Debe prohibirse la venta a menores de 18 años de este producto adictivo, restringir los puntos de venta, prohibir la venta en establecimientos y puntos frecuentados por menores, prohibir la venta de cigarrillos por unidades, y prohibir las máquinas automáticas, o al menos su uso fuera de establecimientos cerrados donde puedan ser controladas por el responsable (en la vía pública, en los pasillos de centros comerciales, o en la puerta de establecimientos). Nuestros valores sociales no son compatibles con el ánimo de lucro basado en la venta a menores de un producto adictivo y dañino.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 1999, la OMS ha propuesto a los estados miembros la firma de un Acuerdo Marco sobre el Tabaco. Este tratado internacional permitiría avances muy importantes en el control internacional del tabaquismo, en la línea de lo conseguido por los acuerdos previos sobre minas personales o sobre la protección de la capa de ozono. Valoramos la posición inicial de apoyo a la propuesta de la Directora General de la OMS en este campo del Gobierno Español, que debe mantenerse en los próximos años.

### 3.3. PROPUESTAS PARA OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

Los mensajes sociales en torno a las drogas no institucionales son hoy confusos, y con frecuencia vehiculan a muchos jóvenes la idea de que su consumo es elevado, casi la norma social; muchos profesionales creen que este fenómeno se refleja en la expansión y caída del consumo de éxtasis en los últimos años. No todas las drogas de uso no institucional plantean la misma problemática, ni el mismo nivel de riesgos, ni la misma densidad de uso; su tratamiento homogéneo es fuente de confusión. Conscientes de la diversidad y pluralidad de los mensajes que caracterizan a una sociedad abierta, debemos modular los mensajes institucionales de los servicios públicos y de los medios de comunicación social para que las pautas que generan hacia los jóvenes más vulnerables sean más educativas y preventivas que en la actualidad.

Las políticas pragmáticas de reducción de riesgo desarrolladas frente a la epidemia de heroína deben ampliarse. Hay que garantizar una oferta amplia y accesible del tratamiento de mantenimiento con metadona mediante dosis suficientes, capaz de obtener elevados niveles de retención, que posibilite a los dispositivos asistenciales el abordaje de otros problemas, entre ellos la patología dual subyacente. Por otra parte, las políticas de reducción de riesgos han de abordar también a los usuarios que no entran en tratamiento. Una de las lecciones a extraer de la epidemia de la heroína es la necesidad de que la red de atención a las drogas se consolide, pueda atender a los pacientes en su integridad y disponga de mecanismos de coordinación con el resto del sistema. La emergencia de la cocaína y del *crack* plantea

nuevos retos que la red deberá afrontar con ofertas de tratamiento que respondan a las necesidades asistenciales y minimicen los riesgos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
2. Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe 1997. Madrid: Ministerio del Interior, 1998.
3. Fuente L de la, Barrio G. Prevención de los problemas asociados con el uso de drogas ilegales. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (eds.). La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SESPAS, SG Editores, 1995:90-100.
4. Becoña E (ed.). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, 1998.
5. Manzanera R, Villalbí JR, Torralba L, Solanes P. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. Med Clin (Barc) 1996;107:135-42.
6. Villalbí JR, Brugal MT. Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. Med Clin (Barc) 1999;112:736-7.
7. Robledo T, Rubio J, Gil E. Alcohol y salud. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (eds.). La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SESPAS, SG Editores, 1995:101-11.