

# Las políticas preventivas del consumo de sustancias adictivas y la responsabilidad de los profesionales

## Policies for the prevention of addictive substance use and the responsibility of professionals

JOAN R VILLALBÍ\*, \*\*; ANTONI GUAL\*\*\*

\*Agència de Salut Pública de Barcelona

\*\*CIBERESP

\*\*\*Unitat d'Alcoholologia, Servei de Psiquiatria, ICN. Hospital Clínic. IDIBAPS

Enviar correspondencia a:

Joan R Villalbí. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl Lesseps 1  
08023 Barcelona. Correo-e: jrvillal@asp

### RESUMEN

Los profesionales que tratan a personas con adicciones han de trabajar con las características individuales de cada caso. Sin embargo, detrás de las adicciones hay aspectos colectivos que modulan el consumo a nivel poblacional y también la frecuencia de exposición de las personas a la droga -que condiciona el desarrollo de la dependencia. Entre los factores que influyen en el consumo, hay aspectos modificables mediante regulaciones u otras políticas públicas. Entre ellos destacan los que abordan la disponibilidad de la sustancia; la aceptabilidad social del consumo; su promoción; su precio; y la disponibilidad de tratamiento. En este editorial se discuten los actores favorables y contrarios a la adopción de políticas preventivas, los escenarios en que se dirimen y el papel potencial de los profesionales y sus organizaciones.

**Palabras clave:** *políticas públicas, prevención, sustancias adictivas, alcohol, tabaco.*

### ABSTRACT

Professionals treating persons with addictions must work with the individual characteristics of each case. However, collective aspects shape consumption at the population level and also the personal frequency of exposure -which influences the development of dependence. Among factors influencing consumption, some may be modified by regulations or public policies. Most important are those related to substance availability, social acceptability of use, promotion, price, and treatment availability. This editorial discusses actors favouring and opposing the adoption of preventive policies, the contexts in which they are discussed, and the potential role of professionals and their organisations.

**Key words:** *public policy, prevention, addictive substances, alcohol, smoking.*

Los terapeutas que tratan a personas con adicciones han de conocer y trabajar con las características individuales de cada caso. Sin embargo, detrás de las adicciones hay también aspectos colectivos<sup>1</sup> que modulan el consumo a nivel poblacional y por tanto inciden directamente en la frecuencia de exposición de las personas a la droga –que condiciona la probabilidad del desarrollo de la dependencia. Por ello hay países en que ciertas adicciones son menos frecuentes que en otros, y países en los que se aprecian cambios relevantes en períodos relativamente cortos. Entre los factores que influyen en el consumo en una sociedad, hay aspectos que pueden modificarse mediante regulaciones u otras políticas públicas<sup>2 3 4</sup>.

## Políticas públicas y consumo

El papel de los gobiernos en la adopción y ejecución real de políticas capaces de influir en el consumo es fundamental. Entre las políticas que han demostrado un impacto positivo en la salud pública, cabe destacar las que abordan la disponibilidad de la sustancia; la aceptabilidad social del consumo (tanto de forma general como en determinadas circunstancias); la promoción o fomento de dicho consumo; el precio o coste económico de la sustancia psicoactiva; y la disponibilidad de servicios de tratamiento y de ayuda a las personas que han desarrollado adicción<sup>5</sup>. Esto es cierto para las sustancias adictivas de uso no institucional, pero resulta especialmente visible con las de uso institucionalizado en Europa occidental como el tabaco o el alcohol<sup>6 7</sup>. Así se puede regular su disponibilidad (puntos de venta, edad mínima de acceso...). Es viable modificar la aceptabilidad del consumo prohibiendo el consumo en determinados espacios (del tabaco en lugares de trabajo o espacios públicos cerrados, de alcohol en la vía pública) o circunstancias (fijando límites bajos de alcoholemia para determinadas actividades como la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria...). Pero también es modificable la aceptabilidad social del consumo, por ejemplo mediante acciones de comunicación masiva como las imaginativas campañas publicitarias de las autoridades de tráfico (que en España han cambiado la tolerancia social ante el beber alcohol y conducir). Se puede regular la promoción del consumo (mediante la prohibición de la publicidad o el patrocinio del tabaco, fijando límites en canales y horarios aceptables para la publicidad de ciertas bebidas alcohólicas). El precio se incrementaría fácilmente mediante un uso más selectivo de la fiscalidad (reforzando los componentes lineales del impuesto de tabaco para evitar la presencia en el mercado de marcas de cigarrillos muy baratas, o segmentando el impuesto sobre el alcohol para elevar el coste de las bebidas de mayor graduación). Si se proporcionaran más servicios de ayuda de bajo nivel de exigencia y acceso fácil (como las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar) o de alta cualificación (como las consultas especializadas de atención a las adicciones), más personas podrían beneficiarse de ellos.

Estos ejemplos permiten apreciar como distintas sociedades han adoptado opciones diversas. La disponibilidad

de las sustancias varía según la aplicación de políticas concretas. Hay países de la Unión Europea donde el tabaco se vende en los supermercados y otros en que se vende sólo mediante canales sometidos a licencia (como nuestros estancos). El alcohol muestra un patrón diferente: en países escandinavos y anglosajones, su venta está limitada a canales sometidos a licencia administrativa y sujeta a más condicionantes horarios que en otros (como el nuestro)<sup>8</sup>. Por lo que respecta a impuestos y precio, en el caso del tabaco hay países que han instaurado una fiscalidad disuasoria con impuestos lineales altos, mientras que otros mantienen un impuesto esencialmente proporcional que permite que sean las tabaqueras quienes definan realmente el coste y el abanico de precios del mercado. Para el alcohol, en Suecia la fiscalidad se usa de manera disuasoria afinando muy selectivamente la relación entre contenido de alcohol y impuesto, mientras que el Reino de España deja hoy al vino exento del impuesto específico sobre alcohol (y lo somete tan sólo al IVA, como la leche o los zumos). De todos modos, las políticas se pueden modificar<sup>9</sup>: en España, la prohibición de la publicidad de tabaco en 2006, o la creciente intolerancia con la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol son dos ejemplos paradigmáticos y positivos. La desregulación de la disponibilidad de bebidas alcohólicas en Irlanda o Gran Bretaña (y el consiguiente incremento en su consumo por habitante y en problemas asociados) es un ejemplo contrario<sup>10</sup>.

Vemos así que es posible disminuir el daño que hacen las adicciones en nuestra sociedad usando ciertas políticas con valor preventivo, capaces de reducir el consumo de sustancias con capacidad adictiva. Además, como que en buena parte el daño que producen las sustancias adictivas afecta también a personas que no han desarrollado dependencia (como los no fumadores forzados a respirar humo ambiental del tabaco, o los daños a terceros provocados por personas bajo los efectos del alcohol), el efecto beneficioso de las políticas que reducen el consumo general de estas sustancias se extiende más allá de las adicciones.

## Las fuerzas en juego

Los profesionales sanitarios podemos tener un papel importante fomentando la adopción y ejecución efectiva de estas políticas. Individualmente, por la capacidad de influencia personal de algunos profesionales ante los gobernantes. Pero sobre todo colectivamente, mediante la capacidad de influencia de nuestras corporaciones y sociedades profesionales. En muchos países los colegios de médicos y otras sociedades profesionales han tenido un papel decisivo impulsando el progreso de las políticas de prevención del tabaquismo. En España, una alianza estable de organizaciones de profesionales de la salud como el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (en el que participa Socidrogalcohol de manera destacada) ha jugado un papel clave impulsando las políticas de prevención<sup>11</sup>. Ante los problemas que causa el alcohol, es posible también pensar en una coalición permanente de organizaciones

profesionales del ámbito de la salud que impulse las políticas de prevención del mismo modo, buscando influir en los sectores del gobierno con capacidad de decisión y posicionamientos favorables a la prevención, como suelen ser los de sanidad, consumo, y en el caso del alcohol los responsables de la seguridad vial<sup>12</sup>.

Evidentemente, hay grupos de interés que no desean la adopción de políticas públicas preventivas<sup>13</sup>. Esencialmente los configuran los grupos económicos cuyos beneficios dependen del consumo: quienes fabrican y comercializan estas sustancias. A ellos se unen también otros actores, con intereses concurrentes, entre los que cabe destacar la industria publicitaria. Tienen una gran influencia mediática y política, y en ausencia de esfuerzos organizados a favor de la prevención pueden crear un contexto muy favorecedor del consumo. Sus vínculos con la administración son distintos de los nuestros, y suelen estar centrados en sectores relacionados con la agricultura, el comercio, la industria, el turismo, así como con las autoridades fiscales<sup>14 15</sup>. Aunque los profesionales implicados seamos conscientes del vínculo implacable entre el volumen y el patrón de consumo de tabaco o alcohol y el daño que causa en la salud pública, esta relación es menos conocida por el grueso del público, y también por quienes toman decisiones políticas. Y los grupos de interés implicados en fomentar el consumo hacen todo lo posible por oscurecerla más.

## Escenarios diversos

Hay cuatro ámbitos de gobierno en que se dirimen principalmente estos temas: la Unión Europea, el gobierno de España, los gobiernos de las Comunidades Autónomas, y los gobiernos locales. Los gobiernos municipales pueden tener influencia en algunas de estas políticas (notablemente en la disponibilidad y en la aceptabilidad social del consumo) al ser responsables de otorgar y controlar las licencias de apertura y los horarios de los establecimientos comerciales y de ocio. Las Comunidades Autónomas, en una España que parece tender hacia un modelo casi federal, tienen un rol creciente. Deciden de la disponibilidad de recursos asistenciales frente a las adicciones, tienen una capacidad importante de regulación sobre la disponibilidad y sobre la aceptabilidad, tanto mediante regulaciones de los puntos y horarios de venta o de consumo de alcohol (incluyendo el consumo en la vía pública), como de las actividades de vigilancia y control del cumplimiento efectivo de las regulaciones que afectan a establecimiento (como se ha visto en el caso del tabaco con la ley 28/2005). En Cataluña y el País Vasco, el despliegue de las policías autonómicas ha tenido un papel importante en la vigilancia del cumplimiento de las normas sobre venta de alcohol y respecto al alcohol y la seguridad vial. Finalmente, el gobierno central tiene capacidad de acción respecto a todos los campos: la disponibilidad, la aceptabilidad, la publicidad, y la fiscalidad (e incluso los servicios de asistencia y ayuda, en la medida en que puede generar mayores recursos para financiarlos). La Unión Europea tiene un papel muy relevante, aunque formalmente la salud esté excluida casi totalmente del

Tratado de la Unión: los efectos del mercado único y de la política agraria común son muy poderosos<sup>16</sup>.

## Una organizaciones profesionales comprometidas

¿Podemos mejorar nuestras posibilidades de influir positivamente en estas esferas de gobierno para la adopción de políticas preventivas? Como muestra el caso del tabaco, es posible si nos implicamos de forma organizada. De otro modo, más allá de la oportunidad excepcional que pueda tener algún profesional aislado por sus relaciones personales y políticas, no conseguiremos vencer a las poderosas fuerzas económicas que están interesadas en fomentar el consumo de sustancias adictivas y minimizar la consideración de sus efectos negativos en la salud y la sociedad. Pero para ello hemos de ir más allá de nuestra tendencia a concentrarnos en el ejercicio clínico individual y optar por ejercer un liderazgo social y de opinión en este campo –que por otra parte conocemos mejor que nadie. Hemos de asumir que la influencia política en defensa de la salud pública es un objetivo legítimo para nuestras profesiones. Y hemos de reforzar nuestra influencia buscando alianzas estables y coherentes con otros actores. Se trata de algo que en otros países es habitual, pero que entre nosotros lo es menos. Las causas de este fenómeno son complejas. Quizás influye el descrédito de la política que fomentó la dictadura franquista; tal vez existe una cierta candidez que nos lleva a limitar nuestra legitimidad profesional al ámbito del ejercicio clínico –abandonando su potencial de influencia colectiva. En cualquier caso, la trayectoria de los profesionales españoles de la salud en el fomento de las regulaciones del tabaco de 2005 y la experiencia de otros países aportan ejemplos positivos. Sugieren que los profesionales implicados en el tratamiento de las adicciones pueden aportar mucho al control de las sustancias adictivas en España mediante políticas públicas preventivas, mejorando así la salud de todos. Pero también se necesitan unas autoridades sanitarias comprometidas realmente con la salud colectiva, capaces de liderar el proceso de regulación y resistir a las presiones contrarias que emergerán<sup>17</sup>. Como en España la dispersión del mapa municipal hace difícil esperar que en este ámbito se den progresos que modifiquen la exposición poblacional, y el ámbito europeo nos queda muy lejos, los marcos autonómicos y del gobierno central parecen los escenarios principales en este momento. Es en esos ámbitos donde los profesionales implicados en el abordaje de las conductas adictivas podemos y debemos realizar acciones efectivas. Aunar esfuerzos desde perspectivas y experiencias complementarias como las procedentes del ámbito del alcohol y del tabaco<sup>18</sup> nos puede hacer más fuertes: en esta dinámica de generación de sinergias Socidrogalcohol puede y debe mantener un papel activo como sociedad científica.

## REFERENCIAS

- 1 Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional de Drogas, 2002.
- 2 Robledo T. Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa. *Adicciones* 2002; 14 (Supl 1): 303-15.
- 3 Calafat A. Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones* 2004; 14 (Supl 1): 319-37.
- 4 Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones* 2004; 16 (Supl 2): 25-58.
- 5 Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, Godfrey C, Holder HD, H. Lemmens P. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press. London. 1995.
- 6 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 (accesible en <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>).
- 7 Becoña E (Coord.) *Libro blanco de prevención del tabaquismo*. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; 253-258 (accesible en [http://www.cnpt.es/fr\\_info.html](http://www.cnpt.es/fr_info.html)).
- 8 Lundberg O, Yngwe MA, Starne MK, Bjork L, Fritzell J. *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Estocolmo: Stockholm University / Karolinska Institutet, 2008 (accesible en [www.chess.su.se](http://www.chess.su.se)).
- 9 Österberg E, Karlsson T. Políticas sobre el alcohol en los países miembros de la Unión Europea y Noruega, 1950-2000. *Adicciones* 2002; 14: 239-57.
- 10 Heather N. El problema del alcohol en el Reino Unido y lo que hace (y no hace) el gobierno al respecto. *Adicciones* 2006; 18: 225-36.
- 11 Córdoba R, Villalbí JR, Salvador T, López V. El proceso para la adopción de una legislación eficaz en la prevención del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 631-45.
- 12 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.
- 13 Michaels D. *Doubt is their product*. New York: Oxford University Press, 2008.
- 14 Villalbí JR, Granero L, Brugal T. Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? *Gac Sanit* 2008; 22 (Supl 1): 79-85.
- 15 Granero L, Villalbí JR, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro-tabaco en España. *Gac Sanit* 2004; 18: 374-9.
- 16 Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
- 17 Antoñanzas F, Puy M, Pradas R. Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. *Gac Sanit* 2008; 22: 175-8.
- 18 Nieva G, Gual A. El tratamiento del tabaquismo en alcohólicos: miopía o negligencia. *Adicciones* 2005; 17: 177-80.